



Estudios e Investigaciones

MUJERES EN LA SANIDAD: TRAYECTORIAS PROFESIONALES Y ACCESO A CARGOS DE RESPONSABILIDAD

Año 2006 – Año 2008

Equipo investigador dirigido por: **Inma Pastor Gosálbez**

- Rosa Aparicio Casals
- Judith Astelarra Bonomí (UAB)
- Angel Belzunegui Eraso
- Ignasi Brunet Icart
- Misericòrdia Carles Lavilla
- Montse Duch Plana
- Catalina Jordi Amorós

Universidad Rovira i Virgili. Tarragona

NIPO: 803-09-058-6

ISBN: 978-84-692-3204-0

Ref: 767 – 48-05



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT DE GESTIÓ D'EMPRESES

**Investigación del Plan Nacional I+D+I,
financiada por el Instituto de la Mujer**

**“MUJERES EN LA SANIDAD:
TRAYECTORIAS PROFESIONALES Y ACCESO A CARGOS
DE RESPONSABILIDAD”
Nº Exp: 48/05**

MEMORIA ANUAL 2008

Equipo investigador:

- **Inma Pastor, profesora de Sociología de la URV e investigadora principal del proyecto,**
- **Rosa Aparicio, profesora de Enfermería de la URV,**
- **Judith Astelarra, profesora de Sociología de la UAB,**
- **Angel Belzunegui profesor de Sociología de la URV,**
- **Ignasi Brunet, profesor de Sociología de la URV,**
- **Misericordia Carles, profesora de Economía de la URV,**
- **Montse Duch, profesora de Historia de la URV,**
- **Catalina Jordi, profesora de Economía de la URV.**

ÍNDICE

1.	PRESENTACIÓN.....	PÁG. 6
2.	METODOLOGÍA.....	PÁG. 12
2.1.	Características del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.....	PÁG. 13
2.2.	Realización de una fotografía del personal médico.....	PÁG. 15
2.2.1.	La búsqueda de información de fuentes estadísticas disponibles.....	PÁG. 16
2.2.2.	El recurso a fuentes primarias de información, básicamente registros administrativos.....	PÁG. 18
2.3.	Trabajo de campo: análisis de las trayectorias profesionales.....	PÁG. 23
3.	INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....	PÁG. 28
3.1.	Mujer, poder y toma de decisiones.....	PÁG. 29
3.2.	Algunas explicaciones para la diferencia de género en las trayectorias profesionales médicas.....	PÁG. 34
3.2.1.	La construcción de la identidad y la adjudicación de roles dentro de las instituciones.....	PÁG. 34
3.2.2.	Variables de efecto indirecto: las exigencias laborales y familiares producen <i>burnout</i>	PÁG. 39
3.2.3.	La fuerza de la socialización histórica en la medicina.....	PÁG. 40
3.2.4.	Las dinámicas dentro de las instituciones sanitarias como limitación a la promoción.....	PÁG. 42
4.	LAS MUJERES EN LA PROFESIÓN MÉDICA. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FUENTES DE DATOS.....	PÁG. 48
4.1.	Análisis estadístico de la EPA de 1r trimestre de 2006.....	PÁG. 49
4.1.1.	Características estructurales.....	PÁG. 49
4.1.2.	Características de la ocupación.....	PÁG. 55
4.2.	Comparativa con la EPA de 1r trimestre de 1988.....	PÁG. 63
4.2.1.	Características estructurales.....	PÁG. 63
4.2.2.	Características de la ocupación.....	PÁG. 69

4.3.	Encuesta de hospitales del Ministerio de Sanidad (2003).....	PÁG. 75
4.3.1.	Análisis de datos generales.....	PÁG. 75
4.3.2.	Datos según especialidad.....	PÁG. 77
4.3.3.	Gráficos.....	PÁG. 88
4.4.	Análisis de los datos del MIR.....	PÁG. 92
4.4.1.	Origen geográfico y centro de destino en las pruebas MIR.....	PÁG. 94
4.4.2.	Género y especialidades médicas en las pruebas MIR	PÁG. 96
4.5.	Análisis de la base de datos de profesionales del Instituto Catalán de la Salud, ICS (2008).....	PÁG. 101
4.6.	Base de datos del Departament de Salut de la Generalitat....	PÁG. 113
5.	LOS DISCURSOS SOBRE LAS MUJERES Y LA PROFESIÓN MÉDICA. UNA MIRADA CUALITATIVA A PARTIR DE ENTREVISTAS.....	PÁG. 116
5.1.	Ficha técnica – metodológica.....	PÁG. 117
5.2.	Datos relevantes sobre el proceso de inserción y selección.....	PÁG. 120
5.3.	Las formas de inserción, promoción y los perfiles profesionales.....	PÁG. 122
5.4.	La naturalización y la internalización de las características sociales del género.....	PÁG. 129
5.5.	El rol familiar como criterio de exclusión institucional.....	PÁG. 136
5.6.	EL capital social y dinámicas intrainstitucionales como determinantes de la trayectoria profesional.....	PÁG. 140
5.7.	La hipótesis demográfica – temporal.....	PÁG. 149
5.8.	Soluciones y paliativos: La Ley de Igualdad y otras propuestas.....	PÁG. 150
6.	LAS MUJERES EN LAS ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS DE LOS HOSPITALES.....	PÁG. 156
6.1.	Introducción.....	PÁG. 157
6.2.	Objetivos y justificación de la creación de la base de datos...	PÁG. 157
6.3.	Los organigramas de los hospitales y la trayectoria	

profesional.....	PÁG. 159
7. ESTUDIO DE CASOS DE HOSPITALES.....	PÁG. 164
7.1. Caso 1.....	PÁG. 165
7.1.1. Análisis cualitativo de las entrevistas.....	PÁG. 165
7.1.2. Análisis cuantitativo.....	PÁG. 190
7.2. Caso 2.....	PÁG. 209
7.2.1. Algunos datos según género de la plantilla profesional del ICS y de los cargos con responsabilidad hospitalaria del Caso 2.....	PÁG. 209
7.2.2. Análisis estructural y según tabla de códigos de las entrevistas.....	PÁG. 223
7.3. Caso 3.....	PÁG. 317
7.3.1. Informe de la estructura organizativa y funcional del Caso 3.....	PÁG. 317
7.3.2. Informe de las entrevistas al personal médico del Caso 3.....	PÁG. 337
8. JORNADA "MUJERES EN SANIDAD: TRAYECTORIAS PROFESIONALES Y ACCESO A CARGOS DE RESPONSABILIDAD": UN CASO DE TRASFERENCIA DE RESULTADOS.....	PÁG. 370
8.1. Introducción.....	PÁG. 371
8.2. Resumen de la jornada.....	PÁG. 374
9. CONCLUSIONES.....	PÁG. 380
9.1. Introducción.....	PÁG. 381
9.2. Sobre la manera que tienen las mujeres de estar en los hospitales y sobre la mirada y juicios que se ejercen sobre ellas.....	PÁG. 383
9.2.1. Sobre las formas de inserción, de promoción y los perfiles profesionales.....	PÁG. 384
9.2.2. Sobre la naturalización y la interiorización de las características sociales del género.....	PÁG. 386
9.2.3. Sobre el rol familiar como criterio de exclusión	

	institucional.....	PÁG. 386
9.2.4.	Sobre el capital social y las dinámicas intrainstitucionales como determinantes de las trayectorias profesionales.....	PÁG. 388
9.2.5.	La hipótesis demográfica – temporal.....	PÁG. 388
9.2.6.	Soluciones y paliativos: acerca de la Ley de Igualdad y otras propuestas.....	PÁG. 389
9.3.	Argumentos que sostienen el discurso hegemónico sobre las médicas en las organizaciones sanitarias.....	PÁG. 389
9.3.1.	El discurso de la negación: el discurso de no discriminación.....	PÁG. 386
9.4.	Reflexiones finales.....	PÁG. 394
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	PÁG. 399
ANEXO I. ANEXO DEL CAPÍTULO 6: ORGANIGRAMAS DE LA RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA (XHUP).....		
		PÁG. 446
ANEXO II. ANEXO DEL CAPÍTULO 8: DÍPTICO DE LA JORNADA “MUJERES EN SANIDAD”.....		
		PÁG. 465

1

PRESENTACIÓN

Esta investigación ha estudiado un sector de actividad que en los últimos años ha venido experimentado un importante proceso de feminización, es el caso de la sanidad. Si bien las mujeres tradicionalmente han estado presentes en este sector de los servicios, hasta hace poco lo habían hecho siendo mayoría en las categorías de menor responsabilidad, mientras en los puestos de mayor calificación profesional era habitual encontrar hombres. En los últimos años se constata un proceso de feminización en la profesión médica ya que ha crecido tanto el número de mujeres que estudian esta profesión como el número de mujeres que la ejercen. De 14.789 estudiantes de Ciencias de la Salud que en el curso 2003-2004 había en el conjunto de las universidades catalanes, el 76% eran mujeres (es decir un total de 11.229). Podemos decir que Ciencias de la Salud es de las especialidades más feminizadas en estos momentos. Igualmente ha crecido la incorporación de la mujer a la profesión médica ya que si bien en 1985 las mujeres representaban el 25% del conjunto de médicos, ahora éstas representan el 43% del total de profesionales que ejercen: así de 30.732 médicos colegiados en Cataluña en el 2005, 13.218 son mujeres.

Esta realidad nos generaba interrogantes acerca de si determinados cambios en las pautas de acceso al trabajo remunerado (incremento de mujeres con la licenciatura en Medicina y el aumento de mujeres en el ejercicio de esta profesión) están suponiendo la desaparición de las discriminaciones por razón de género o, más bien, los procesos de cambios van en dirección de transformar las discriminaciones existentes. En concreto nos interesaba reflexionar sobre los posibles cambios que se puedan estar dando tanto en las trayectorias profesionales de las mujeres como en las propias organizaciones donde se ejercen dichas profesiones. Es así que nuestro centro de interés está en la dimensión vertical de la segregación ocupacional y dos preguntas nos surgían a raíz de este interés. Por un lado nos hemos preguntado acerca de la promoción profesional de las mujeres en el sector sanitario, es decir hemos querido conocer si se dan diferencias en las trayectorias laborales de hombres y mujeres. Por otro lado, pero íntimamente relacionado, también nos hemos preguntado si la feminización de la profesión médica está suponiendo la feminización, en la misma proporción, de todos los puestos de responsabilidad de las organizaciones sanitarias.

Los estudios realizados en este ámbito constatan que se mantiene la segregación ocupacional existente en el mercado de trabajo de manera que el sector sanitario se nos presenta como uno de los más feminizados, con una cifra alrededor del 70% (Torns, 1999). Son estudios de datos agregados que nos permiten valorar la persistencia de ciertas pautas de funcionamiento del mercado de trabajo (Recio,

1991). Sin embargo, a nuestro entender, hace falta aportar una visión más detallada de la distribución del personal sanitario entre las diferentes especialidades y puestos de responsabilidad dentro de las organizaciones sanitarias. Partimos de la hipótesis general que las discriminaciones por razón de género tradicionalmente existentes en el mercado de trabajo están experimentando un proceso de transformación. El proceso de transformación se da, principalmente, en la medida que disminuyen las discriminaciones directas y se consolidan las discriminaciones indirectas (techo de cristal, discriminación salarial, acoso sexual...) siguiendo el análisis de Torns (2007). Esta hipótesis general se completa con otra subhipótesis en la que consideramos que los procesos de feminización de determinadas profesiones no implican necesariamente una mejora de las trayectorias profesionales de las mujeres en relación con su formación académica. Con esta investigación hemos querido constatar la idea que los puestos de responsabilidad (también en sectores muy feminizados en su base como el sanitario) están distribuidos de manera no proporcional entre hombres y mujeres, sino que la presencia de ellos sigue siendo mayoritaria en estos puestos.

En definitiva, este proyecto ha centrado su preocupación en el análisis de las barreras internas y externas que obstaculizan el acceso de las mujeres a los puestos de alta responsabilidad. Creemos que se necesita más información sobre el desarrollo de las carreras profesionales diferenciales de hombres y mujeres ya que, como han puesto de manifiesto diversas especialistas¹, la segregación ocupacional vertical es el verdadero núcleo duro de las desigualdades de género. Por este motivo, este estudio ha estado centrado en un sector feminizado pero en el que se mantienen desigualdades en las trayectorias profesionales.

Son varias las razones que justifican la elección de los servicios sanitarios como marco para desarrollar un estudio de este tipo. En primer lugar, hay que apuntar que nos encontramos en una sociedad que está siguiendo un proceso de terciarización de su estructura económica y eso hace que lo relacionado con este sector cobre importancia pese a que muchos estudios y reflexiones sobre el trabajo sigan haciendo referencia a un perfil de trabajador/a industrial que cada vez tiene menos peso en la población ocupada. En segundo lugar hay que apuntar que los servicios sanitarios son un colectivo donde las mujeres son mayoría, si bien hasta hace muy poco lo eran de una forma muy verticalmente segregada. Tradicionalmente los estudios sobre la promoción profesional de las mujeres se han tendido a llevar a cabo en sectores donde éstas eran minoría de entrada, el, por ejemplo, estudio de referencia "La carrera académica de las mujeres en la Universidad española:

¹ Torns (1999).

trayectorias profesionales por género” de las profesoras Marisa García de Cortázar y Ma^a Antonia García de León (1997). Con este proyecto se ha querido desarrollar el análisis de las trayectorias profesionales de mujeres y de acceso a puestos de responsabilidad partiendo de un contexto feminizado. En tercer lugar, se ha considerado que se trata de un terreno especialmente adecuado para la implementación de políticas renovadoras que puedan estimular cambios de modelos. Consideramos que en la medida que es un sector que ofrece, en su mayor parte, servicios públicos y una buena parte de este personal lo hace al servicio de la Administración pública, su funcionamiento puede ser en determinados aspectos maleable por la voluntad política y pudiera estar menos mediado por otros tipos de intereses.

Este estudio completa otras perspectivas utilizadas hasta ahora en el estudio de desigualdades laborales por razón de género en la medida que parte de un conocimiento ya elaborado y contrastado: la forma y el contenido que toman dichas desigualdades. Sin embargo hemos llevado a cabo un análisis nuevo en la medida que no nos hemos centrados exclusivamente en aquellas mujeres con más calificación o poder sino que queremos analizar el proceso de reparto de puestos de responsabilidad que se da en los centros sanitarios entre colectivos de hombres y mujeres. En concreto los objetivos de este estudio han sido:

- a) Hacer una fotografía del personal que trabaja en el sector sanitario con el objetivo de cuantificar una realidad que conocemos en base a estudios macro pero de la que no tenemos cifras exactas. Hemos querido saber exactamente dónde (ocupando qué puestos de trabajo y qué cargos) están las mujeres y los hombres que trabajan en los servicios sanitarios.
- b) Analizar las trayectorias profesionales del personal que trabaja en este sector para ver si se dan características diferenciales entre hombres y mujeres en el momento de promocionar. Se ha querido ver qué papel juegan variables como la formación en el desarrollo de las trayectorias profesionales y si juegan el mismo papel en un colectivo (hombres) que en el otro (mujeres).
- c) Descubrir los discursos que hacen los/as protagonistas en relación a su propia situación laboral. Nos ha interesado reelaborar las explicaciones que los propios implicados hacen de su situación para analizar las posibilidades de éxito que tendría un plan de actuación política dirigido a promover la igualdad.

Cuando se planteó este estudio se hizo con la voluntad de ser una aportación práctica en la línea de lo que se preveía como tareas pendientes de las empresas según la, en aquellos momentos futura, Ley de Igualdad. Es decir, nos propusimos dar instrumentos a los centros médicos para elaborar planes de igualdad internos que aseguraran que tanto el acceso a puestos de responsabilidad como el desarrollo de carreras profesionales se pudiesen desarrollar en condiciones de igualdad. A nuestro entender, y como muestra la sociología de las organizaciones, el funcionamiento de centros como los hospitales tienen unas especificidades que los diferencian de otras organizaciones como las empresas de cadena de montaje, por ejemplo, y los hacen similares a otras organizaciones como las Universidades: y es que su buen funcionamiento depende, por un lado, de la buena gestión pero, por otro lado y especialmente, dependen de la implicación del personal cualificado. Consideramos que un escenario como la feminización de la profesión médica requería reflexionar sobre las especificidades de estas organizaciones a la hora de afrontar el reto de un plan de igualdad. Si bien, ya existen guías metodológicas para la elaboración de planes de igualdad, en el caso de los centros médicos se dan especificidades que hay que conocer para tener éxito en el objetivo de la, ya realidad, Ley para la Igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Sin embargo, cualquier tratamiento que quiera ser eficaz en su praxis requiere un buen diagnóstico. Es necesario así, aportar el máximo conocimiento posible sobre el fenómeno de la desigualdad por razón de sexo, y así poder actuar. Es por esto que nuestro estudio parte de la realización de una fotografía del personal que trabaja en el sector sanitario con el objetivo de cuantificar una realidad que conocemos en base a estudios macro pero de la que no tenemos cifras exactas. Posteriormente explicamos las gestiones realizadas para conocer el número de médicos y de médicas que trabajan en la sanidad catalana. La primera gran constatación obtenida en el estudio es que no existe, en Cataluña, una base de datos que incluya todo el personal médico. Nuestro objetivo de saber exactamente dónde (ocupando qué puestos de trabajo y qué cargos) están las mujeres y los hombres que trabajan en los servicios sanitarios ha resultado más complicado de lo que inicialmente parecía. Posteriormente (en el capítulo de metodología) se explica en detalle la imposibilidad de obtener esta información en su totalidad.

En un segundo momento del proceso se han analizado las trayectorias profesionales del personal que trabaja en este sector para ver si se daban características diferenciales entre hombres y mujeres en el momento de promocionar. Queríamos ver qué papel jugaban variables como la formación o el peso del trabajo relacionado con la familia en el desarrollo de las trayectorias

profesionales y si jugaban el mismo papel en un colectivo (hombres) que en el otro (mujeres).

En un tercer momento de esta diagnóstico se han analizado los discursos que hacen los/as protagonistas en relación a su propia situación laboral. Nos ha interesado reelaborar las explicaciones que los/as propios implicados/as hacen de su situación para analizar las posibilidades de éxito que tendría un plan de actuación política dirigido a promover la igualdad. Es de resaltar que la mayoría de los entrevistados/as no consideraba necesario la implementación de medidas de acción a favor de las mujeres. El punto central de la información recogida es la mayoritaria negación de la necesidad de actuación a favor de la igualdad dentro del sistema sanitario.

2

METODOLOGÍA

En este capítulo se describe el trabajo metodológico realizado a lo largo de este proyecto de investigación. Las técnicas utilizadas han estado en consonancia con los objetivos generales previstos que son:

1. Realizar una fotografía del personal médico con el objetivo de cuantificar una realidad que conocemos en base a estudios macro pero de la que no tenemos cifras exactas,
2. Analizar las trayectorias profesionales del personal que trabaja en este sector para ver si se dan características diferenciales entre hombres y mujeres en el momento de promocionar,
3. Explicitar los discursos que hacen los protagonistas en relación a su propia situación laboral.

2.1. Características del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Dadas las características de la sanidad pública en Cataluña, se hace necesario describir las diferentes entidades que intervienen y a las cuales hemos tenido que recurrir en el momento de la búsqueda de datos. El modelo sanitario catalán es un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud. A partir del año 1981, el Gobierno de la Generalitat se planteó la disyuntiva entre la ampliación de la red propia de la Seguridad Social o la potenciación de estructuras de servicios ajenas a la Seguridad Social, manteniendo un conjunto de centros propios dentro de la estructura del Departamento de Sanidad a través de la figura del ICS. Finalmente se tomó este segundo camino como vía de desarrollo para el nuevo servicio sanitario catalán. Así, fundaciones privadas, órdenes religiosas, administraciones locales, mutualidades de previsión, etc., propietarios de centros y servicios sanitarios, quedaron integrados en la denominada Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). Así pues, aprovechando las posibilidades de la LGS su desarrollo en Cataluña adoptó el modelo de gestión diversificada de los servicios sanitarios y, finalmente, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990 validó normativamente el modelo de

separación de funciones. Modelo que adoptó la forma que se detalla en el cuadro siguiente.

Cuadro 1 **Modelo de separación de funciones sancionado por la LOSC**

Planificación y financiación: Departamento de Sanidad y Seguridad Social² de la Generalitat de Cataluña.

Aseguramiento y compra de servicios: Servicio Catalán de la Salud.

Provisión de servicios: entidades prestadoras de titularidad pública o privada. La prestación puede ser directa (mediante el ICS), indirecta (mediante entidades ajenas) o compartida (mediante consorcios con participación pública y privada).

Fuente: Elaboración propia a partir del texto de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) permitió en el año 1990 la consolidación de la XHUP y abrió el camino para avanzar en las nuevas modalidades de gestión: directa, indirecta y compartida. En la exposición de motivos de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña se hablaba de la necesidad de separar la responsabilidad de planificar y asegurar la cobertura sanitaria eficiente y eficaz a partir de los recursos disponibles, de la responsabilidad de gestionar la provisión de los servicios sanitarios. Entre otros constaba un objetivo explícito de evitar las rigideces derivadas de la estructura y naturaleza jurídica del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Se proponía hacer realidad este objetivo a través de la creación de un nuevo ente público de carácter institucional adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social (DSSS), el Servicio Catalán de la Salud (a partir de ahora, CatSalut), creado finalmente en el año 1991. El cuadro 2 lo resume.

² Desde mayo de 2004 este departamento ha pasado a denominarse Departamento de Salud. Empleamos las dos denominaciones ya que a veces se hace referencia al Departamento en una época anterior en la que su nombre no era el que se emplea ahora.

Cuadro 2 Rasgos generales de la LOSC (1990)

- Separación de funciones de planificación, ordenación, compra y provisión de servicios.
- Constitución del Servicio Catalán de la Salud como ente gestor y ordenador de recursos.
- Ordenación administrativa territorial para la gestión desconcertada.
- Creación de los órganos de dirección y participación en la gestión.
- Consolidación del sistema sanitario de provisión mixta de servicios (propios y concertados).
- Aprobación de nuevas formas de gestión de los recursos sanitarios (directa, indirecta y compartida).
- Establecimiento del Plan de Salud de Cataluña como instrumento principal de planificación sanitaria.
- Homologación y equiparación de las condiciones laborales y profesionales del personal de los centros adscritos al SCS.

Fuente: Elaboración propia a partir del texto de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990.

Así pues, en Cataluña existen múltiples entidades que gestionan y ofrecen servicios sanitarios y, por lo tanto, personal sanitario. Por un lado está el gran gestor de servicios sanitarios públicos que es el Instituto Catalán de la Salud que es un ente de la Administración pública y que gestiona tanto CAPS como hospitales públicos. Después están todos los otros CAPS y hospitales que son gestionados de forma privada (algunos con propiedad también privada y otros de propiedad pública).

2.2. Realización de una fotografía del personal médico

Respecto al primer objetivo del proyecto, el trabajo se ha dirigido a la búsqueda de información estadística que pudiera resultar útil para la investigación. Se trataba de acceder a toda/axa la información disponible e incluso explorar la posibilidad de

elaborar información no disponible mediante el contacto directo con los agentes responsables de la misma.

Nuestros esfuerzos se han centrado en dos direcciones:

2.2.1. La búsqueda de información de fuentes estadísticas disponibles

Se ha tratado de vaciar todas las fuentes de información estadística que pudieran aportarnos todo tipo de datos relativos a las relaciones de empleo que se dan en el sector sanitario. Por este motivo hemos trabajado en dos direcciones:

A. Estadísticas propias del sector sanitario, de entrada las principales fuentes de información disponibles son:

Sistemas de Información de Atención Primaria

Se trata de una fuente muy reciente, tan solo se dispone de datos para 2004 y en ningún caso proporciona información desagregada por sexo. Es una fuente de información que si nos proporcionara la desagregación por género nos resultaría muy útil ya que ofrece información de "*recursos estructurales y humanos por Áreas de salud, incluyendo médicos de familia, pediatras y enfermeras y sus correspondientes ratios de población asignada de tarjeta sanitaria*". Por lo tanto, cubre una población no analizada en otras fuentes de información, el personal médico no hospitalario. La información que se proporciona surge del propio sistema sanitario y se trata de elaborar indicadores que sean útiles para conocer la realidad y la toma de decisiones. En este sentido no disponemos de un cuestionario que nos proporcione información sobre si estos datos están desagregados por género, pero parecería lógico que así fuera. Se ha efectuado una consulta al respecto.

Estadística de indicadores Hospitalarios

Esta fuente de información, en la explotación que presenta el INE no proporciona datos desagregados por género. Sin embargo en el cuestionario aparece este ítem en todas las preguntas relativas a personal sanitario. Estamos intentando acceder a los datos primarios de esta encuesta con el objetivo de poder desagregar por género. Según observamos en el cuestionario deberíamos obtener información sobre el número de hombres y de mujeres por según profesión sanitaria y por especialidad, según si trabajan más o menos de 36h. semanales, según contrato

(contratado o colaborador), así como del personal no sanitario de dirección y gestión. Son todos ellos datos fundamentales para el estudio

Establecimientos sanitarios en régimen de internado.

Se trata de una encuesta que a partir de 1996 elabora el Ministerio de Sanidad, los resultados no se proporcionan desagregados por sexo, se busca la "*Obtención de datos estadísticos mediante censo o enumeración completa*" y se ha cursado una solicitud para ver si es posible acceder a ellos.

B. Estadísticas laborales. Este tipo de estadísticas laborales ordinarias presentan el problema de la baja significatividad en algunos resultados ya que al no ser específicas del sector sanitario la muestra puede no ser suficientemente grande para analizar algunos aspectos. Sin embargo al formular preguntas respecto a cuestiones laborales, son la única fuente de información de que disponemos para analizar muchos de los aspectos que nos interesan.

Encuesta de población activa

Hemos dispuesto de los microdatos de la EPA para el primer trimestre de 2006 desagregados a 3 dígitos de la CNAE. De estos datos se ha podido obtener la diferente situación laboral contractual de hombres y mujeres, respecto al paro, la ocupación, la antigüedad en el trabajo la duración en el caso de contrato temporal, diferencias entre horas trabajadas, las horas extraordinarias, la precariedad, el tipo de jornada, la formación continuada etc. Con el objetivo de hacer un estudio longitudinal se han analizado los datos de la EPA de un momento temporal anterior, los datos de 1988.

Encuesta de estructura salarial

Es la única fuente de información a la que podemos acudir para conocer datos salariales desagregados. Proporciona datos sobre salarios medios y distribución salarial, por sexo, tipo de contrato, ocupación, tipo de jornada, edad, antigüedad y nacionalidad, los datos vienen desagregados a dos dígitos de CNAE y CNO, vamos a pedir una explotación ad hoc de tablas a tres dígitos con el objeto de conocer las diferencias salariales del sector sanitario.

2.2.2. El recurso a fuentes primarias de información, básicamente registros administrativos

A. Ministerio de sanidad

Datos del MIR, se han analizado los datos de diferentes convocatorias del MIR para analizar la feminización en el acceso a la profesión médica.

B. Colegios profesionales

Personal médico colegiado.

Son las estadísticas de colegiación de los Colegios de Médicos, se trata de datos que provienen del registro administrativo del colegio profesional, en este caso sí están desagregados por sexo. Nos proporcionan tablas de:

- Profesionales sanitarios colegiados por edad, sexo y CCAA
- Número absoluto de profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, podólogos, etc.)
- Número de profesionales sanitarios por edad y provincia de colegiación
- Profesionales sanitarios según actividad (jubilados o no jubilados)
- Número de profesionales sanitarios según actividad y provincia de colegiación
- Tasa de profesionales por 100.000 habitantes

Los datos de los colegios profesionales podrían ser la mejor fuente de información para nuestro trabajo dada la colegiación obligatoria, sin embargo resulta muy difícil acceder a más información de la que proporciona el colegio al INE, en la que únicamente aparece el número de colegiados por sexo y edad. Nos hemos puesto en contacto con el colegio de médicos para intentar conseguir una mayor desagregación de los datos ya que no parece factible que podamos acceder a los datos primarios como sería deseable.

A excepción del año 2004, el número de mujeres, profesionales sanitarios, ha ido en aumento pasando en los últimos años de un 59% a un 62,5% aproximadamente. No obstante, llama la atención la diferencia entre médicos/as y Diplomados/as en Enfermería. Esta última continúa siendo una profesión

eminentemente femenina (82,5% del total), mientras la primera ha tenido una variación del 11,3%.

Gráfico 1 Profesionales sanitarias/os colegiadas/os

		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Datos Absolutos: Ambos sexos	Total	473.549	482.801	497.375	522.803	535.176	548.284
	Médicos/as	179.033	180.417	185.908	190.665	194.668	199.123
	Odontólogos/as y Estomatólogos/as	17.538	18.507	19.292	20.005	21.055	22.150
	Farmacéuticos/as	50.759	52.641	54.710	56.501	57.945	59.251
	Veterinarios/as	21.734	22.685	24.097	24.737	25.604	25.827
	Diplomados/as en Enfermería: Total (1)	204.485	208.551	213.368	220.769	225.487	231.001
	Diplomados/as en Enfermería: Matronas	6.439	6.463	6.547	6.764	6.698	6.774
	Podólogos/as				3.362	3.719	4.158
Total		58,92	59,52	59,89	60,96	61,71	62,47
% Mujeres	Médicas	37,82	38,90	39,84	40,69	41,37	42,10
	Odontólogas y Estomatólogas	37,02	38,22	39,27	39,99	40,46	40,48
	Farmacéuticas	66,80	67,17	67,43	68,01	68,28	68,69
	Veterinarias	29,07	30,66	32,02	33,73	35,10	35,71
	Diplomadas en Enfermería: Total (1)	80,48	80,46	80,45	81,60	81,61	82,58
	Diplomadas en Enfermería: Matronas	94,94	94,31	94,17	94,86	94,63	94,55
	Podólogas				47,83	50,36	52,00

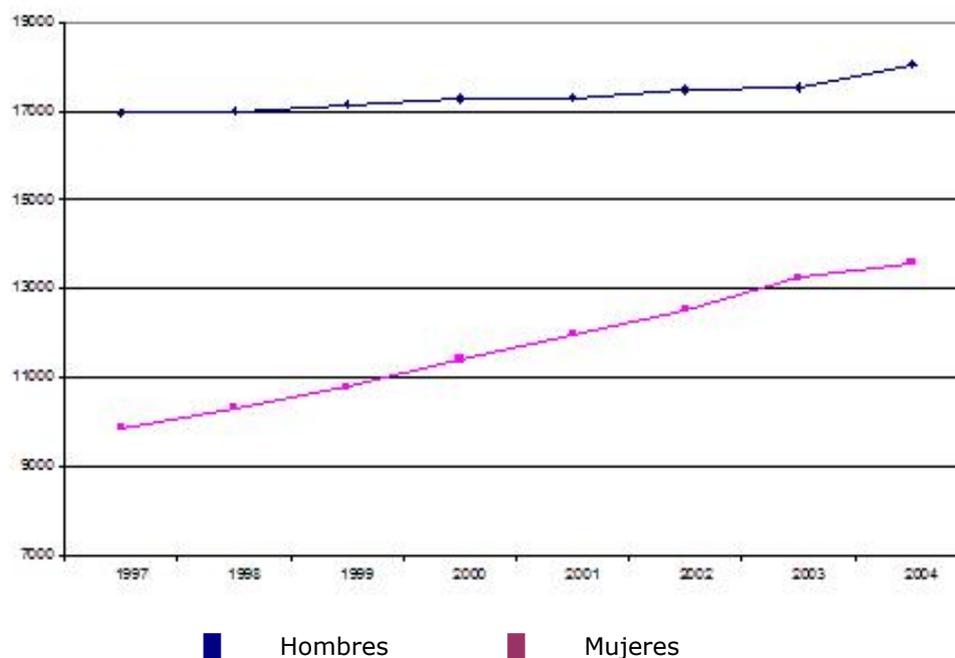
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE: Profesionales sanitarios colegiados

En conclusión, se han analizado aquellos datos secundarios que nos dan información sobre el colectivo de médicos y médicas. Las fuentes analizadas son los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI) y de las pruebas de acceso a las plazas de Médico Interno Residente (MIR). Estas tres fuentes de información resultan complementarias ya que cada una de ellas da información diferente.

La EPA nos ha dado una información recogida a través de preguntar directamente a los individuos laboralmente activos que aportan ellos mismos los datos sobre su situación laboral; es una encuesta que, sobre todo, nos permite dibujar una foto de los que actualmente están trabajando como médicos/as. Nos ha interesado la EESRI porque esta estadística da información sobre las mujeres contratadas por los hospitales, nos apunta la cantidad para cada especialidad (medicina general, cirugía, traumatología, obstetricia y ginecología, pediatría,

psiquiatría, servicios centrales, unidad de cuidados intensivos, rehabilitación y urgencias-guardia) y además nos dice si han sido contratadas por más de 36 horas semanales o por menos. También se considera a aquellos profesionales que son identificados como colaboradores habituales. Finalmente, los datos del MIR nos han permitido ver la situación de la población que comienza su trayectoria laboral en la medicina. Este análisis nos ayuda a dibujar escenarios de futuro ya que es una población que inicia su formación como especialista y, previsiblemente, acabará incorporándose a un hospital que es el lugar donde centramos el estudio de este proyecto.

Gráfico 2 Médicos colegiados en Cataluña, por sexo (1997 – 2004)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE: Profesionales sanitarios colegiados

C. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

En esta institución se realizaron gestiones para conseguir datos primarios de los profesionales. En relación a este punto hay que recordar que no existe un registro único de los profesionales sanitarios en Cataluña de manera que no es posible

conocer, por parte de los usuarios, las características ni tampoco el volumen total de los profesionales de la medicina.

Por parte del Departamento de Salud y en colaboración con el Instituto de Estudios de la Salud se han empezado gestiones para impulsar la existencia de un registro de profesionales sanitarios. La Dirección Estratégica y Coordinación del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña junto con el Instituto de Estudios de la Salud presentaron en noviembre de 2005 un documento de trabajo redactado por una comisión creada para el desarrollo operativo del *Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias en Cataluña*. En este documento de trabajo se aboga por la creación de un registro único de profesionales del sector de la sanidad. El punto de partida de dicho informe es la constatación de la falta de información accesible e integrada sobre las características de los recursos humanos profesionales del sistema sanitario. Se destacan las consecuencias graves de este hecho insistiendo en la dificultad de planificar y analizar las necesidades de profesionales así como en la falta de información que encuentran los ciudadanos cuando quieren acceder al conocimiento de los profesionales sanitarios.

Actualmente existen diversos registros independientes que no tienen conexión entre sí y que únicamente responden a las necesidades de cada organización de manera que los colegios profesionales mantienen el suyo, también lo hacen las entidades proveedoras de servicios sanitarios a la población, la propia administración sanitaria pública y diversas asociaciones científicas y profesionales. El *Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias de Cataluña*, ya apuntaba entre los puntos críticos del sistema, la falta de integración de datos sobre recursos humanos. Igualmente, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias especifica que se debe disponer de registros profesionales accesibles a la población y a la administración sanitaria y que será cada comunidad autónoma que determine las características de estos registros.

Dada esta situación, en nuestro grupo de investigación, se optó, como opción para recoger información, por pedir los datos referentes a médicos y médicas a los diferentes contratadores de estos profesionales que, en el caso de Cataluña, son múltiples. Por un lado está el Institut Català de la Salut (ICS) que es el principal proveedor público de servicios sanitarios y que gestiona un total de 36000 profesionales sanitarios, fundamentalmente de atención primaria pero también de los mayores hospitales de Cataluña. Por otro lado están las empresas privadas que ofrecen servicios sanitarios de carácter público a través de un concierto con el Departamento de Salud de la Generalitat, empresas de titularidad diversa y formas de gestión también diversa. Están agrupadas en dos organizaciones patronales, por un lado la Unión Catalana de Hospitales que representa a 97 miembros asociados

que, a su vez, gestionan un total de 39.283 personas trabajadoras de las cuales el 61'5% son trabajadores/as de establecimientos sanitarios, el 33% son centros miembros de la XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública, en sus siglas en catalán), el 13'2% son trabajadores/as de la propia entidad (la Unió) y el resto son trabajadores/as de residencias, trabajadores/as familiares, mutuas y otros. Por otro lado, está el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC) que es una asociación voluntaria de los hospitales comarcales y sin ánimo de lucro, vinculados a las administraciones locales, creada el año 1983. En la actualidad, el CHC agrupa más de 60 centros y representa el asociacionismo sanitario que ha impulsado la renovación y modernización de los hospitales de las comarcas catalanas.

Al constatar que no existe un registro único de información sobre los médicos que dan servicios en la sanidad pública se iniciaron gestiones para obtener información por otras vías. Como hemos indicado, para tener acceso a la información sobre los médicos se ha tenido que pedir información a las organizaciones que ofrecen estos servicios. Así, por un lado nos pusimos en contacto con la responsable de RRHH del Instituto Catalán de la Salud (ICS) y le solicitamos información sobre el colectivo médico que trabaja para ellos. Esta base de datos sí ha sido conseguida y se presentan los datos en el capítulo correspondiente.

Por otro lado, nos pusimos en contacto con las organizaciones patronales que representan a las empresas e entidades que dan servicios sanitarios públicos pero desde empresas gestionadas de forma privada. Para ello se contactó con la Unió Catalana d'Hospitals y con el Consorci Català Hospitalari. Igualmente les solicitamos su colaboración con el estudio. Según la información aportada, no existe tampoco un registro del personal que trabaja en estos centros y al que las organizaciones patronales tengan acceso. La colaboración solicitada pasaba por que estas organizaciones hicieran la gestión de solicitar a cada centro los datos que nosotras necesitábamos. Este extremo no ha sido conseguido de manera que no se disponen de datos primarios respecto al colectivo médico que trabaja en las organizaciones de carácter privado (ni siquiera para las que dan servicios contratados por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña). La gran dificultad era que había que obtener los datos solicitándolos a cada empresa u organización de forma individual. Este proceso resultaba sumamente complejo pues son muchas las peticiones a gestionar dada la diversidad de proveedores de la sanidad pública (tal y como ya se ha apuntado).

En conclusión, se puede apuntar que, a través de estos tres organismos, ICS, Unió y CHC se intentó obtener los datos primarios que nos harían posible dibujar el perfil profesional del personal médico de Cataluña. En el caso del ICS, la misma

institución es la que dispone de los datos ya que es la que gestiona al personal médico estatutario de Cataluña. Se han obtenido los datos correspondientes a esta organización y se presenta el análisis realizado en el capítulo de información estadística. De las otras organizaciones no se han obtenido datos y por lo tanto no podemos ofrecer una "foto" del personal médico que trabajaba en Cataluña para organizaciones privadas.

Como hemos apuntado, respecto a los datos solicitados sobre características de los profesionales de la medicina así como de las características de sus trayectorias profesionales, sí se ha conseguido tener acceso a los datos de los profesionales del ICS. Esto nos ha permitido realizar el análisis pormenorizado de dichos datos y poder estudiar comparativamente, entre hombres y mujeres, la situación de estos profesionales.

En el capítulo 4 se exponen los principales resultados. Se han destacado aquellos datos que nos han sido útiles para tomar decisiones metodológicas, es decir decisiones respecto cómo debía ser la recogida de información cualitativa.

2.3. Trabajo de campo: análisis de las trayectorias profesionales

El segundo momento metodológico del proceso de investigación se ha diseñado para dar respuesta a los objetivos número 2 y número 3 de la misma. La información que se ha considerado necesaria para este segundo momento era de tipo cualitativo y para llevar a cabo su recogida se elaboró una tipología de centros hospitalarios entre los que se seleccionaron los casos de estudio. El planteamiento fue realizar entrevistas en profundidad a dos niveles, por un lado a informantes privilegiados y expertos (la información se expone en el capítulo 5) y, por otro lado, desarrollar en profundidad tres estudios de casos (la información se expone en el capítulo 7). Estos estudios de casos han implicado tanto análisis documental como entrevistas en profundidad. Esta fase del trabajo de campo requirió una decisión metodológica importante: estudiar únicamente hospitales y no Centros de Atención Primaria. Se ha optado por no estudiar en profundidad estas unidades del sistema sanitario porque, una vez hechas las entrevistas exploratorias, se constató que en estas unidades el desarrollo de trayectorias profesionales era de muy pocas posibilidades de promoción. Dado que a nosotras nos interesaba ver las diferencias en base al género a lo largo de la carrera profesional, no parecía muy útil analizar estructuras organizativas sencillas y (prácticamente) planas en su jerarquía y funcionamiento. Así pues se decidió estudiar únicamente hospitales.

La clasificación de las organizaciones se ha hecho en base a dos variables que son: propiedad y gestión del centro (se diferencian 3 tipos: centros de propiedad pública y gestión pública, centros de propiedad pública y gestión privada, centros de propiedad y gestión privada); tamaño de los centros (se diferencian 3 tipos: grandes, medianos y pequeños).

Dos son los puntos de partida de este apartado. Por un lado se ha partido de las entrevistas exploratorias realizadas a médicas y responsables de centros sanitarios y, por otro lado, se han utilizado los datos secundarios analizados para realizar una tipología de profesionales.

Una idea importante de algunas de las entrevistas exploratorias es la negación de la existencia de desigualdad, y también de discriminación entre hombres y mujeres. Fundamentalmente se usan dos hipótesis para explicar la baja presencia de mujeres en cargos de poder y la alta presencia de mujeres en los puestos inferiores de las trayectorias laborales de la carrera médica. Por un lado se considera que hay un factor temporal y por otro lado se considera que hay una explicación en las propias actitudes de las mujeres. El factor tiempo implica considerar que por sí solas, dejando pasar el tiempo, "las cosas cambiarán"; en la medida que se incorporen nuevas generaciones que según esta hipótesis, han vivido sin limitaciones normativas las diferencias entre hombres y mujeres irán desapareciendo. Paralelamente, pues suelen ser pensamientos complementarios, se considera que son las propias mujeres las que "se ponen barreras" en sus carreras profesionales dado que tienen otras preferencias y dedican más tiempo a actividades como la familia.

El hecho de que esta idea se presente como natural en muchas de las entrevistas exploratorias realizadas nos ha impelido a realizar un trabajo previo al análisis de trayectorias profesionales, es el proceso de visibilización del sexismo existente en el ámbito de la sanidad y en concreto entre el colectivo de médicos, hombres y mujeres. Esta tarea es un trabajo de contextualización que ha requerido un trabajo metodológico de identificación y construcción de indicadores de sexismo en la sanidad. Es decir, consideramos que cualquier acción de igualdad en el ámbito de la sanidad pasa por hacer visible el sexismo existe. Este camino se ha empezado con éxito considerable únicamente en un ámbito de la sanidad y ha sido gracias a la contribución de algunas especialistas en la materia pero también gracias a la institucionalización –reciente pero decidida- del Observatorio de la salud de las mujeres del Ministerio de Sanidad. Nos referimos al ámbito de la salud. En este punto diversos estudios han puesto de manifiesto las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en las pautas de morbilidad, en las pautas de enfermar, en el grado de medicación, en el tipo de atención recibida... Es decir cada vez se sabe más

(aportaciones científicas) de las diferencias en salud. Sin embargo, en este grupo de investigación se considera que no se ha visibilizado suficientemente la existencia de desigualdades en el ámbito profesional: dónde llegan las mujeres en su desarrollo profesional y cuánto les cuesta.

Paralelamente, se analizaron los datos secundarios, especialmente la información aportada por la EPA, para identificar las características de las trayectorias laborales de las médicas, de forma comparativa a las de ellos. Este trabajo nos permitió construir una tipología de médicas según su trayectoria profesional. Algunas de las características de estas trayectorias se exponen a continuación.

El primer dato que nos permite dibujar una tipología es el hecho que ellas (las médicas) llegan a la estabilidad de un contrato laboral indefinido a una media de años superior a ellos, en concreto llegan 5 años después. Los datos lo muestran: en el grupo de edad entre 30 y 34 años el 54% de los hombres tienen contrato indefinido mientras que en el caso de las mujeres, es el 30'3%. El paso a indefinidas en el colectivo de las mujeres se produce entre los 35 y 39 años: el 51'4% de las médicas gozan de contrato indefinido. En el caso de los hombres, entre 35 y 39 años, este porcentaje supone el 71% es decir 20 puntos porcentuales por encima del colectivo de las mujeres. El grupo de edad en el que se nivelan los porcentajes de indefinidos es a partir de los 45 años. Otras variables que nos ayudan a definir el perfil de mujeres es el hecho que la precariedad les afecta mucho más a ellas que a ellos, de hecho según la EPA, tres de cada cuatro mujeres menores de 35 años tienen un contrato temporal mientras que en el colectivo masculino este dato es 12 puntos porcentuales menor. Además ellas tienen en mayor porcentaje un contrato a tiempo parcial respecto a ellos. Preguntados por las razones que les hacen tener un contrato parcial ellos afirman que esta situación es voluntaria en un porcentaje 3 veces superior al de las respuestas de ellas.

Otras variables nos dibujan otro tipo de médicos, son aquellos mayores de 35 años y con contratos estables. En este colectivo, los hombres presentan mayores proporciones de empresarios con asalariados como primera ocupación (frente a ellas) y presentan mayores porcentajes (el doble que ellas) de realización de una segunda actividad.

Tenemos además que, a pesar del incremento constante de mujeres en todas las especialidades de la medicina, se constata, entre los profesionales actualmente contratados por los hospitales, una segregación ocupacional considerable entre hombres y mujeres. Esta segregación consiste en que ellas son mayoría (y en un

grado elevado) en algunas especialidades como medicina familiar y comunitaria, pediatría o obstetricia y ginecología. En otras especialidades todavía son minoría (cirugía o neurocirugía).

Esta información nos pone luz en los tipos de profesionales que conviene entrevistar para captar la realidad mayoritaria de las médicas. Es así que tenemos prevista una tipología que es el resultado del cruce de las siguientes variables: edad, estabilidad, especialidad, segunda ocupación, cargos de gestión o responsabilidad. La tipología resultante es la siguiente:

A. Jóvenes (finalización reciente de la especialidad) que no han tenido acceso a los cargos de gestión pero de los que nos interesa conocer su visión de "recién llegados" a la profesión:

- Mujer menor de 35 años con contrato temporal y de especialidad feminizada.
- Mujer menor de 35 años con contrato temporal y de especialidad masculinizada.
- Hombre menor de 35 años con contrato temporal y de especialidad feminizada.
- Hombre menor de 35 años con contrato temporal y de especialidad masculinizada.

B. Adultos estables en la profesión (gozan de estabilidad laboral) y, dada su trayectoria laboral, han tenido acceso a cargos de gestión. Además nos interesa captar el perfil de aquellos que tienen una segunda ocupación. Esta variable se tendrá en cuenta para la selección definitiva, especialmente en el caso de los hombres ya que es este colectivo el que protagoniza la segunda ocupación. De hecho, el estudio de 2003 del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona sobre la profesión apunta que, si bien el 41% de los profesionales tienen una segunda ocupación, son fundamentalmente hombres de más de 35 años mientras que ellas el porcentaje que tiene una segunda ocupación es reducido. La tipología prevista contiene las siguientes categorías:

- Mujer mayor de 35 años con contrato estable, especialidad feminizada y sin cargos de gestión.
- Mujer mayor de 35 años con contrato estable, especialidad feminizada y con cargos de gestión.
- Mujer mayor de 35 años con contrato estable, especialidad masculinizada y sin cargos de gestión.

- Mujer mayor de 35 años con contrato estable, especialidad masculinizada y con cargos de gestión.
- Hombre mayor de 35 años con contrato estable, especialidad feminizada y sin cargos de gestión.
- Hombre mayor de 35 años con contrato estable, especialidad feminizada y con cargos de gestión.
- Hombre mayor de 35 años con contrato estable, especialidad masculinizada y sin cargos de gestión.
- Hombre mayor de 35 años con contrato estable, especialidad masculinizada y con cargos de gestión.

C. Hay una tercera categoría de médicos definida fundamentalmente por la edad, que son los **mayores de 60 años** pero entre los que las mujeres son minoría. A estas nos interesará entrevistarlas para conocer su visión de las trayectorias femeninas en contextos muy masculinizados, sin embargo nos parece que representan una etapa de la medicina demasiado diferente a la actual. Es decir, los cambios en la composición de la población de los médicos así como de las condiciones de ejercer la medicina hace difícil extrapolar su realidad a la de las generaciones más jóvenes (tanto hombres como mujeres).

Igualmente hay otra variable que se tendrá en cuenta en el análisis pero que no nos ha parecido imprescindible de tener en cuenta en la construcción tipológica, es la ocupación en el sector privado o en el público. En primer lugar hay que decir que la gran mayoría de profesionales de la medicina trabajan para el sector público, y en segundo lugar hay que constatar que el desarrollo de las carreras profesionales en medicina pasa sobre todo por las dinámicas hospitalarias con lo que implican de grandes organizaciones. En este punto, hipotizamos que si bien pueden darse dinámicas parcialmente diferentes en el sector público y en el sector privado, el peso de las dinámicas organizativas y específicas de la profesión médica pudiera tener mayor incidencia, en la conformación de las trayectorias laborales de hombres y mujeres, que la característica de público o privado. Seguramente, el tipo de especialidad, el tamaño del hospital u otras variables organizativas son más relevantes para este análisis, sin olvidar que la diferencia entre público y privado siempre debe formar parte de las reflexiones.

3

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

3.1. Mujer, poder y toma de decisiones

La feminización del sector médico es un fenómeno social que ha venido aumentando en los últimos años en España. De hecho, el porcentaje de mujeres en la profesión médica supera al porcentaje de mujeres en el empleo total (que es un 41,30%) en un 15%. Los estudios demográficos sobre el sector médico coinciden en que la medicina se feminiza a gran velocidad. En asistencia primaria ya hay más mujeres médicas que hombres y en la medicina especializada superan el 40%. Pero el aumento de las estudiantes de medicina, de las residentes y de las médicas facultativas no está acompañado de un crecimiento proporcional de las profesionales en puestos de gestión y dirección en los hospitales. Existe una escasa representación de las mujeres tanto en los altos cargos profesionales, académicos y sindicales, así como en las especialidades de mayor autoridad (Ulstad, 1993; Milles, 1991; Ortiz Gómez et al., 2003).

Este fenómeno no es exclusivo del sector sanitario. Una importante cantidad de literatura se dirige a comprobar las desigualdades de género en los cargos relacionados con tomas de decisiones tanto en el sector privado como en el sector público. No obstante, hay diferentes tipos de enfoques en relación con este hecho social: aquellos que se ajustan a describir este tipo de desigualdad entre hombres y mujeres y los que además formulan algunas hipótesis en torno a cuáles pueden ser las causas.

Aquellos que se restringen a mostrar indicadores sobre la toma de decisiones y la participación de las mujeres llegan en general a dos conclusiones. En primer lugar, existe una distancia importante entre hombres y mujeres en relación con el acceso a estos cargos. En segundo lugar, se pone en evidencia que la distancia se ha acortado durante los últimos años.

Algunos indicadores lo ofrece el Instituto Nacional de Estadística. El informe publicado en el año 2007 sobre la actividades de hombres y mujeres en España señala que los puestos de trabajo relacionados con la administración del Estado están ocupados mayoritariamente por hombres (79,2%). La presencia femenina en órganos como el Tribunal Constitucional, el de Cuentas o el Consejo General del Poder Judicial, es muy reducida. Incluso en el caso del Poder Judicial, donde la presencia femenina es mayor (44,8%), la mayoría de los magistrados del Tribunal Supremo (95%) son hombres.

De este estudio se desprende que los hombres tienen mayor éxito en las carreras profesionales que las mujeres. "Si se analiza al funcionariado de carrera

conforme al puesto que ocupa a partir de su correspondiente complemento de destino, se observa que a mayor complemento de destino, menor porcentaje de funcionarias de carrera.” (INE, 2007; 70) ³

Es interesante observar los datos que se ofrecen del sector privado, sobre todo de las grandes empresas, ya que puede ser una referencia para ver el grado de participación de las profesionales médicas en los hospitales que pertenecen a grande consorcios sanitarios. En el estudio se recoge que de los 35 puestos de presidente existentes en las empresas que participaron de la muestra tan sólo una es mujer. En el caso del cargo de vicepresidente, el porcentaje femenino es aún más bajo, el 2,44%, es decir, sólo hay una mujer entre los 41 vicepresidencias de estas empresas. Se puede concluir que las grandes empresas son instituciones privadas dirigidas y gestionadas principalmente por hombres.

Otro elemento a destacar de este estudio es que en el mundo de la política las desigualdades de género en relación con la toma de decisiones son menores. Si bien el informe no se pronuncia al respecto, es probable que este acortamiento de distancias se deba al impacto de los discursos relacionados con la igualdad, su traducción a políticas públicas y la apertura a la que está sometido el sistema político en materia de control ciudadano y visibilidad (mucho mayor si se lo compara con el sector privado).

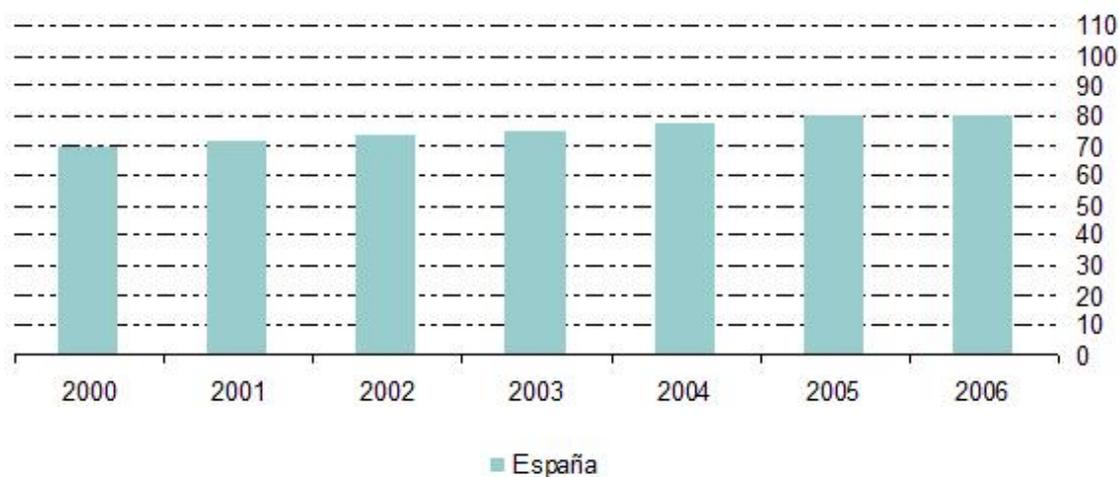
Entre 1999 y 2006 se observa cómo el porcentaje total de mujeres parlamentarias de sus respectivas comunidades autónomas, ha pasado de un 29,47% a un 37,77%, lo que supone un aumento de 8,3 puntos porcentuales. La representación femenina en el Congreso ha ascendido de una legislatura a otra, pasando de un 28,29% en 2000-2004 a un 36% para el periodo 2004-2008. Esta tendencia se dispara desde el año 1982.

El Informe Anual sobre Desarrollo Humano (2006) de La ONU propone un índice de potenciación de género (IPG). Éste mide la desigualdad de género en esferas clave de la participación económica y política y de la adopción de decisiones. Los resultados son esperanzadores para las mujeres españolas, mientras en el año 1996 el valor del IPG era 0,49, en el año 2005 este sube a 0,75.

³ “En efecto, en el nivel 30 de subdirecciones generales, vocal/as asesores/as y asimilados/as o en el nivel 29 de subdirectores generales adjuntos y similares, en los niveles superiores de la función pública, las mujeres no alcanzan el 30% de representación. En los niveles 28 de jefaturas de área, consejeros técnicos y similares hasta los 26 de jefaturas de servicio, la participación de las funcionarias varía entre el 35% y el 46%. Es preciso descender al nivel 24 de jefatura de sección para que se observe una mayoría de mujeres, que luego no vuelve a ocurrir hasta llegar a los niveles 18 al 12, ocupados fundamentalmente por auxiliares administrativas.” (2007; 70)

La encuesta de población activa del INE también confirma esta tendencia a acortar distancias entre hombres y mujeres en puestos de dirección y responsabilidad.

Gráfico 1 **Técnicos, directivos y similares.**
Número de mujeres por cada 100 hombres



Fuente: Encuesta de Población Activa, INE

No obstante, esta tendencia positiva no es igual en los diferentes ámbitos, según lo muestra la Tabla 1, elaborada a partir de los datos del INE.

Tabla 1 **Porcentaje de mujeres en diferentes ámbitos profesionales (2000-2005)**

Ámbito profesional	2000	2005
Total población ocupada	35,1%	41,4%
Dirección de las empresas y de la administración pública	31,1%	31,8%
Poder ejecutivo y legislativo de la admin. pública, dirección de organizaciones	25%	45,7%
Dirección de empresas con 10 ó mas trabajadores	13,7%	21,3%

Gerencia de empresas sin asalariados/as	46,8%	47,3%
---	-------	-------

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Población Activa, INE

A igual que en ciertas empresas privadas y en el sector público, el crecimiento de la participación de la mujer en cargos directivos y de gestión en las instituciones sanitarias parece haber crecido poco. A pesar de la feminización de la profesión médica, algunos estudios han demostrado que este proceso ha tenido poco impacto en la promoción y en la obtención de cargos de responsabilidad y gestión dentro de las instituciones relacionadas con la salud (Arrizabalaga y Valls – Llobet, 2005; Reed et al., 2001, Reed, 2001).

En este grupo de estudios, no solamente se exponen datos (que son más difíciles de encontrar en materia de trayectorias profesionales médicas), sino que proponen hipótesis para entender las desigualdades. Por ejemplo, un estudio realizado por Ortiz Gómez et al. (2004) pone en evidencia que siguen existiendo desigualdades que se manifiestan en procesos de segregación vertical y dificultades para la participación de las mujeres en puestos de responsabilidad, poder y autoridad profesional y científica.

La investigación dirigida por Ortiz Gómez se centra en la distribución según los cargos de los equipos directivos de sociedades profesionales de salud pública y muestra que los puestos donde se concentran las mujeres son las tesorerías y las vocalías, y que no hay presidentas, pauta que coincide con la de otras sociedades especializadas. En materia de publicación las mujeres se comportan de manera similar a los hombres pero la mayoría no figura como primeras firmantes de los artículos. Según la investigadora, esto demuestra que su forma de incorporación y participación en los equipos de trabajo está todavía subordinada respecto a sus colegas masculinos, que lideran los equipos de investigación, igual que las sociedades profesionales.

En otro artículo, Ortiz Gómez (2007) concluye que el género es un determinante de las oportunidades sociales, y por tanto, incide sobre las trayectorias profesionales de los hombres y las mujeres. La autora señala que es fundamental comenzar a realizar una mirada sexuada a la práctica profesional sanitaria e identificar la presencia de hombres y mujeres, así como de los espacios que ocupan en las profesiones sanitarias. Así mismo plantea que, formulando las causas específicas de éstas desigualdades, se puede buscar políticas para revertir el fenómeno.

Otro estudio realizada por Colomer y Peiró (2002) se orientó a observar las diferencias de género dentro de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Los resultados demostraron que no solo las mujeres participan menos de ésta sociedad sino también de los cargos directivos (junta directiva, órganos de publicación, comités científicos, etc.). Estas autoras demostraron que sólo con hacer visibles los resultados de su investigación y, por tanto, de la desigualdad de género, se instituyó un impacto positivo en la participación femenina. Las mujeres que pudieron acceder a estos datos se organizaron y presionaron para tener presencia, tanto en órganos de poder como en las actuaciones científicas que convoca la SESPAS.

Arrizabalaga y Valls – Llobet (2005) señalan que a pesar de la feminización del sector médico, la promoción es dispar entre hombres y mujeres. “La relación entre el número de mujeres que ejerce la medicina y las que ocupan puestos de responsabilidad está desproporcionada” (2005; 36). Para demostrar esto, las autoras estudian el acceso de las mujeres doctoras a las cátedras universitarias de Medicina, a las áreas de investigación, a los puestos directivos y los cargos de gestión de los centros sanitarios españoles. Sólo el 24% de los puestos de atención primaria en 2001 estaba ocupado por mujeres. Además se constata que solo un 7% de los cargos de responsabilidad en la atención especializada de los hospitales y centros de especialidades públicos de España los ostentan las mujeres. En los centros de atención primaria, donde las mujeres son amplia mayoría (el 53% de los facultativos), ellas sólo ocupan uno de cada cuatro cargos de gerencia.

Además, las mujeres docentes se promocionan menos que sus compañeros masculinos, incluso después de ajustar sus currículos académicos. Para el 2005 había sólo 15 catedráticas de Medicina en facultades españolas. Si bien se ha incrementado la presencia en la investigación biomédica en los últimos años en España, sólo un 4% de los responsables de los centros de investigación son del colectivo femenino.

Otro dato interesante que resulta de esta investigación es que la probabilidad de que la mujer médica sea discriminada crece en el ámbito académico. Las mujeres son amplia mayoría en las aulas de las universidades de medicina (72% de las matrículas). No obstante, sobre 27 facultades de Medicina sólo tres decanatos están ocupados por mujeres.

3.2. Algunas explicaciones para la diferencia de género en las trayectorias profesionales médicas

Esta diferencia entre la feminización del sector médico y el bajo nivel de participación de las mujeres en cargos de toma de decisiones en las instituciones sanitarias ha sido objeto de algunos estudios y motivo de debates en torno a sus causas.

Según la Federación Europea de Médicos Asalariados, las médicas, en general, prefieren jornadas de trabajo más cortas, les interesa menos el pluriempleo y dedican más tiempo a los/as pacientes que acuden a las consultas. Por este motivo, el aumento de las mujeres en el sector médico constituye una preocupación, sumado a que leen esta tendencia como "un signo de descenso en las retribuciones en el sistema público sanitario y auguran una disminución de la cobertura médico asistencial".

Otros investigadores, en cambio, sostienen que esta caracterización de las médicas se debe a la construcción simbólico-institucional que se hace del género y su impacto específico en el sector médico. En otras palabras, el menor acceso a cargos de mando no necesariamente se debe a que las mujeres tienen ciertos comportamientos y preferencias, sino que deriva de un mecanismo amplio donde participan las reglas tácitas de las instituciones y las miradas de las otras personas en la construcción de la subjetividad individual. A continuación, se describirán un grupo de estudios claves que se caracterizan por exponer diferentes variables explicativas para el fenómeno anteriormente descrito.

3.2.1. La construcción de la identidad y la adjudicación de roles dentro de las instituciones

Uno de los factores que explica las diferencias de género en el acceso a los puestos de responsabilidad es el rol que se le adjudica a la mujer dentro de la familia. Se repite bastante la hipótesis de la incompatibilidad ente la vida familiar y el éxito profesional. La exigencia en horas y compromiso que tienen las jefaturas de servicio, las direcciones médicas y otro tipo de cargos jerárquicos sería inconciliable con las tareas relacionadas con el hogar y la familia (sobretudo, atención a los hijos e hijas).

No obstante, esta sentencia puede ser atribuida a la percepción de las propias mujeres que se *autolimitan* a acceder a los puestos de responsabilidad como a una forma de discriminación en el ámbito laboral a la hora de seleccionar el personal directivo. Además, el peso de los sentidos construidos en torno a la "mujer" se extiende más allá de los discursos de los implicados.

Una encuesta realizada a pacientes pone en evidencia que efectivamente existe una percepción generalizada acerca del rol social que debe ocupar la mujer y la vida laboral. En promedio, el 70,5% de los/as entrevistados/as piensa que es más difícil para las mujeres ser médicas y atender las tareas domésticas. Este porcentaje aumenta entre aquellos/as que tienen más de 45 años (77,20%) (Cuesta Rubio et al., 2006). Otros estudios han demostrado también que los/as pacientes asocian la excelencia profesional, desde un punto de vista técnico, a los hombres y coinciden en que las mujeres son mejores "escuchando", poseen mayor empatía y humanidad (Fennema et al., 1990; Delgado Sánchez et al., 1999).

Este discurso social es hegemónico, en el sentido de que funciona como un consenso que articula una serie de instituciones, actores e intereses diversos y que actúa como guía de la acción social. También desde las asociaciones y las instituciones relacionadas con la salud se ha señalado este hecho. Un alto cargo del COMB declaró a un diario que las mujeres prefieren concentrarse en una sola actividad laboral, preferentemente en la sanidad pública, ya que esto "les permite tener un horario más fijo y dedicarse a otras tareas como cuidar de la familia y de los/as hijos/as". De este proceder puede deducirse que para las mujeres "ser médico es muy importante en su vida, pero no lo es todo" (Diario El Médico Interactivo, 2005-03-05).

En el mismo diario, un alto cargo en la junta directiva de La Asociación de Escuelas de Medicina de Europa (AMSE) declaró que el proceso de feminización se intensifica sobre todo en especialidades como medicina familiar y comunitaria o pediatría. En su opinión, estas especialidades están menos tecnificadas y requieren menor fuerza física, además de que implican una relación más cercana con el paciente. Este experto agrega a sus declaraciones que la incorporación de más mujeres a la profesión en general es un proceso "muy positivo", ya que la medicina es una profesión que "exige una sensibilidad y unas aptitudes y actitudes que afloran más fácilmente las mujeres". El experto agrega que la actual igualdad de derechos entre los sexos hace posible que no haya "problemas de acceso" a la profesión por parte de las mujeres y destaca que desde que ha empezado a darse esta incorporación de la mujer a la profesión médica los facultativos varones han ido

"aprendiendo las cualidades positivas" que tienen sus colegas del sexo opuesto (Diario El Médico Interactivo, 2005-03-05).

El discurso hegemónico sobre las médicas se define por asociar el sexo con unas determinadas características más allá de lo profesional, relacionadas con un estereotipo de las mujeres (cuidadoras, sensibles, familiares, menos fuertes, menos tecnificadas). Como se ve, el estereotipo está presente tanto en el sentido común de los pacientes como de los profesionales asociados al sector sanitario y como entre los propios médicos.

El impacto de esta construcción social de significados y sentidos en torno a la diferencia sexual es una de las hipótesis causales que explican la desigualdad de la participación de las médicas en cargos de gestión (Riska y Wegar, 1993). Sea porque las mujeres son interpeladas socialmente y asumen el discurso como propio ("prefiero no acceder a cargos de gestión porque no es compatible con mi vida familiar") o porque los seleccionadores lo adoptan de antemano para descartar las candidaturas femeninas ("las mujeres tienen otras prioridades aparte de su profesión", "no tienen cualidades para la dirección de un grupo médico"), este entramado significativo se traduce en prácticas concretas que explican la desigualdad.

Más allá de los procesos generales que ayudan a explicar cómo se construye el género, los argumentos, las descripciones y las connotaciones van variando según el contexto laboral. En los juegos de roles profesionales se naturaliza ciertas cualidades o estilos de las mujeres como propias de su condición definida por el género, lo que a su vez condiciona su actitud profesional y su relación con el paciente (LoCicero, 1993).

Arrizabalaga y Valls - Llobet (2005) señalan que, pese a la larga educación universitaria, "las mujeres médicas no son insensibles a la influencia social, a la de los medios de comunicación y a la de su propio grupo de pertenencia, que todavía las persuade de que la realización familiar son estados deseables y de que ese rol debe de tener preferencia sobre el de su trabajo profesional [...] Las mujeres nunca han aceptado plenamente un modelo de dedicación plena y casi excluyente al mundo laboral". En otras palabras, el rol social y cultural asignado a la mujer impacta sobre su identidad y obstaculiza la incorporación de éstas a puestos de mando dentro de los hospitales. Si bien este estudio posee datos estadísticos, presentados en la sección anterior, acerca de las desigualdades en torno a la promoción jerárquica, metodológicamente no tiene como comprobar que una de las causas de esta variable

es la construcción de la subjetividad de las médicas. No obstante, esta hipótesis parece bastante razonable y posible de verificar.

Otro estudio publicado en 1993 por la revista *Annals of Internal Medicine*, sigue este mismo argumento: los miembros de las familias formadas por médicos suelen representar los roles tradicionales de su sexo. El artículo señala que ellas suelen disfrutar de un menor éxito profesional, ya que desempeñan simultáneamente otras responsabilidades además de la laboral. "La de madre preocupada por desarrollar vínculos afectivos con sus hijos, esposa o compañera sentimental, cultivando la relación y dedicándole su tiempo, educadora permanente, organizadora del hogar, encargada de la prestación sanitaria de toda la familia, cocinera, decoradora, promotora, etcétera, desarrollando multitud de roles. [...] Y todos ellos tienen preferencia sobre el rol profesional".

En otras palabras, las médicas asumen aquella percepción generalizada de lo que debe ser y es la mujer para estructurar su conducta laboral. Delgado Sánchez et al. (2003) señalan que muchas mujeres asumen el discurso dominante, lo incorporan a sus propios discursos y lo reproducen en su práctica profesional. Para ellas este fenómeno se da de forma más acusada en las especialidades médicas que son consideradas más femeninas o más apropiadas para mujeres ya que existe una relación entre su actividad profesional, su especialidad y su forma de identificarse como mujeres.

Estas autoras parten de algunas teorías feministas, entre las cuáles se destaca la psicoanalista Jean Baker Miller y Mabel Burín. La primera ha señalado que la identidad de las mujeres y, por tanto, su bienestar, su fortalecimiento narcisista va a depender del sentimiento de formar parte de una relación, del "yo en relación" (Miller, 1987). En este sentido, Burín (1996) pone de manifiesto que entre las mujeres el ideal del yo se articula con ser comprensivas, ser afectuosas, estar disponibles y ser cuidadoras. Estos valores del signo *mujer* se asocian a la vez al sentido que se adjudica al rol de las *madres*. Con estas herramientas conceptuales, Delgado Sánchez et al. (2003) establecen una relación entre la profesión y la construcción de la identidad femenina. "Como consecuencia de su estructura normativa (súper yo), muchas mujeres abandonan otras facetas de su vida para cuidar de sus hijos, o bien eligen una profesión que, según su criterio, armonice con el desarrollo de ese rol materno. Este tipo de elección implica una jerarquía de valores donde lo primero, casi siempre, es la atención a los otros y lo último el propio desarrollo personal. En muchos casos, además, *los otros* son, exclusivamente, la pareja, los hijos y la familia, no el mundo en un sentido amplio" (Sánchez et al., 2003; 593).

Así, para evitar sanciones externas (críticas, rechazo, conflicto) como internas (culpa, malestar, ansiedad, contradicciones) las mujeres eligen priorizar lo familiar por sobre lo profesional. Para confirmar este hecho, estas autoras han desarrollado tres grupos focales. Las médicas entrevistadas, en general, se identificaron con valores maternos (que los asociaron a "instintos naturales de cuidadoras", "atentas", "buenas escuchas") y se relacionaron menos con la posibilidad de dar órdenes, de tomar decisiones y con la ambición en sus trayectorias médicas. Así, la construcción de género de la mujer impacta sobre su práctica profesional de manera tal que tienen una valoración negativa de si mismas como profesionales en comparación con los hombres, muestran inseguridad en la práctica profesional y no tienen incentivos para fortalecer sus trayectorias profesionales en términos jerárquicos.

Otra especialista en el tema, Colomer Revuelta, pone en evidencia que el uso de cierto lenguaje es fundamental en cuanto se refiere a la construcción de las identidades y el rol profesional. "Hay que asumir el concepto lingüístico de reparto de tareas en casa frente a otras fórmulas interesadas que hablan de hombres que ayudan, ceden, colaboran. El lenguaje siempre refleja lo que llevamos dentro, incluso aunque uno no quiera. Los medios tienen un papel clave por su enorme impacto. O la escuela y, por supuesto, la aprobación de normas como la Ley para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres."

En este sentido, es importante estudiar "las definiciones de la práctica profesional que hacen las y los profesionales, las instituciones y las personas no expertas, así como identificar los valores y símbolos de género que se utilizan para ello. Hay que analizar y tener presentes los sesgos de género que puedan subyacer a las ideas dominantes sobre la mujer como ser biológico y social, y tener en cuenta el papel que éstos desempeñan en el ámbito de trabajo cotidiano, en la investigación y en la asistencia médica" (Ortiz Gómez et al., 2004; 190).

En síntesis, las médicas, cómo otras mujeres, no se escapan de las desigualdades relacionadas con el género. No obstante, el contexto profesional crea sus propios significados y sentidos que producen al interior del campo médico relaciones de poder entre hombre y mujeres. Así, a la mujer médica se le imprime ciertos calificativos que restringen el acceso a cargos de responsabilidad. Si bien cómo médica puede ser un excelente profesional, como mujer está asociada al espacio privado, familiar, material. Por tanto, se construye un estereotipo que es incompatible con asumir cargos que tienen que ver con la vida pública y sobre todo asociado a adjetivos masculinos.

No obstante, en un estudio (Schroen et al., 2004) se demuestra que no existe correlación significativa entre la maternidad y la vida familiar y el retraso de las mujeres médicas. Estos autores recogieron datos sobre la experiencia profesional de 3.228 miembros del Colegio Americano de Cirujanos. La muestra recogía no solamente el sexo sino diferentes rangos, estatus en el escalafón, aspiraciones de carrera e ingresos. Uno de los resultados fue que las mujeres cirujanas habían publicado en promedio 10 artículos, comparado con 25 en hombres. No obstante, el matrimonio y la maternidad no podrían explicar las diferencias entre el número de publicaciones.

De esto se podría deducir, entonces, que el peso de los estereotipos recae más sobre aquellos que seleccionan el personal y que esta variable pesaría más a la hora de explicar la desigualdad en el acceso.

3.2.2. Variables de efecto indirecto: las exigencias laborales y familiares producen *burnout*

El llamado *burnout* (síndrome del profesional quemado) es otra variable, relacionada íntimamente con la anterior y que permite explicar de manera indirecta la desigualdad en el acceso a cargos de responsabilidad dentro de los hospitales.

Según Arrizabalaga y Valls - Llobet (2005) las médicas tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, *burnout* y acoso moral en el trabajo que sus colegas masculinos. Las autoras manifiestan que los médicos expresan la insatisfacción a través de síntomas somáticos diversos y las médicas la manifiestan mediante el desgaste psíquico o *burnout*. Las autoras hacen referencias a diversas investigaciones realizadas en Estados Unidos que demuestran que las médicas tienen una probabilidad de un 60% mayor que sus compañeros a desarrollar *burnout* y a sufrir mayor estrés. Además, el tratamiento por depresión y la tendencia al suicidio es superior respecto a sus colegas masculinos y a la población femenina en general. Este fenómeno está explicado por la sobrecarga asistencial combinada con las demandas domésticas y familiares, lo que contribuye al estrés derivando en el agotamiento, la decepción y la pérdida de interés laboral.

No obstante, también la propia maternidad supone una penalización para las facultativas. Para las autoras del citado estudio, "la mujer ya no frena su carrera por causa de la maternidad, sino que es la maternidad la que frena su carrera", lo que provoca en la profesional "una mezcla de amor incondicional, sentimiento de

culpabilidad y anhelo por el crecimiento personal vivido como egoísmo y abandono de los hijos". En este caso, la relación entre variables sería invertida, ya no se trata de que las mujeres prefieran priorizar la vida familiar. Se constituiría un círculo vicioso, la vida laboral les genera estrés y culpabilidad en tanto las obliga a abandonar su vida familiar, teniendo consecuencias a largo plazo en el rendimiento profesional.

Según algunas investigaciones, este síndrome (considerado una enfermedad laboral por los tribunales en España) es más frecuente en el personal de los hospitales que en el de los centros de salud, siendo el perfil típico una mujer, mayor de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad profesional y más de 11 años en el mismo centro de trabajo, dedicando a los enfermos al menos el 70% de su jornada laboral y trabajando entre 36 y 40 horas semanales.

Se puede desprender de estos estudios que, probablemente, el efecto *burnout* es un obstáculo para que las mujeres asuman más responsabilidades y compromisos horarios con las instituciones hospitalarias. Pero, además, también puede ser un fenómeno que ayude a construir y consolidar el imaginario que destaca que los hombres son mejores líderes y más eficientes en los puestos de toma de decisiones.

3.2.3. La fuerza de la socialización histórica en la medicina

Otra línea de estudios sobre las médicas es la histórica. Según se pone de manifiesto en diversos estudios (Cabré i Pairet et al., 2001; Dodd et al.1994; Elston, 2001; Ortiz Gómez et al., 1999; Ortiz Gómez, 2007), dentro de la historia de la medicina la mujer ha estado sometida a mecanismos de exclusión o subordinación que, como consecuencia, la han limitado a acceder a tareas y especialidades de menor importancia en materia de investigación, generación de conocimiento o toma de decisiones.

Para Ortiz Gómez (1999), la actual feminización es radicalmente diferente a las limitaciones de las mujeres desde el siglo XIII y hasta finales del XIX para entrar en las universidades. Previamente al 1900 las mujeres no eran admitidas en las aulas y, aunque luego se erradicó esta prohibición, durante mucho tiempo la segregación de las mujeres a determinadas actividades de carácter marginal y subalterno fue eficaz y la discriminación continuó por otras vías.

A finales de aquel siglo mujeres pertenecientes a la clase media comenzaron a estudiar medicina, pero la medicina se siguió desarrollando a través de identidades profesionales sexuadas. Según la experta, la consecución de la identidad profesional

se ha basado en la selección de los miembros del grupo profesional en función de su sexo y en la incorporación de valores de género a las prácticas sanitarias. La asociación entre determinadas actividades y especialidades y el género se ha ido transformando en el tiempo, como ocurrió con la atención del parto en los siglos XVIII y XIX que, de ser un espacio definido como femenino, pasó a ser practicado posteriormente por los hombres.

En otro texto, Ortiz Gómez (2007) señala que ha sido muy efectivo el efecto socializador que jugaron los programas de educación sanitaria asociada a la construcción y desarrollo de los Estados durante el último siglo y medio. Éstos estuvieron dirigidos exclusivamente a mujeres, con el objeto de convertirlas en agentes de salud en el ámbito doméstico. Dichos planes públicos fueron realizados entre expertos (médicos higienistas) y estados en toda Europa. En España se tradujeron en cursos, charlas, visitas o adiestramiento individualizado a través de diferentes instituciones benéficas, escuelas de maternología y cartillas sanitarias. Incluso el franquismo impuso el estudio obligatorio de asignaturas exclusivas para niñas y adolescentes que tenían como contenido la crianza, la higiene doméstica y la salud en el hogar.

Estos mecanismos históricos de segregación contribuyeron a la selección de las especialidades según el sexo. "No deja de ser llamativo que en medicina, a pesar de la diferencias entre países, las mujeres estén más representadas en ciertas especialidades (preferentemente generalistas, de diagnóstico o salud mental), mientras que los hombres dominan en la totalidad de especialidades quirúrgicas. O que en odontología, ortodoncia y odontopediatría sean especialidades de elección mayoritariamente femenina, mientras que los varones se inclinan por prótesis o cirugía oral (Ortiz Gómez, 2007; 65).

Es interesante retomar esta hipótesis a la hora explicar las diferentes formas de promoción según el género y las especialidades. Así, Cabré i Pairet y Ortiz Gómez (2001) confirman la idea de que existe una construcción androcéntrica de la medicina a través de la historia, copada por hombres y por valores masculinos, en tanto, las mujeres quedan representadas en profesiones sanitarias con menor poder. Miqueo et al. (2004) comentan que la visión femenina, relegada y limitada a su función meramente reproductiva, entraría en conflicto con las necesidades crecientes de mano de obra por parte del expansionismo industrializador del capitalismo, que serían satisfechas en forma creciente por la aportación femenina.

Mediante el estudio del discurso y las políticas públicas, estos autores sostienen que la figura femenina asume un lugar importante en la política sanitaria del

Gobierno español en la era de la industrialización, lo que supone un redimensionamiento del rol tradicional de la mujer. No obstante, se da importancia sobre todo a sus funciones de curadora y de portadora de saberes transmitidos tradicionalmente (Miqueo et al., 2004).

El peso puesto en el factor histórico ha sido destacado también por estudios de otros países y constituye una corriente de estudio sobre las trayectorias médicas y las desigualdades producto del género. Elston (2001) pone el énfasis en los hospitales construidos a fines del siglo XIX y XX en Gran Bretaña administrados por médicas y dirigido a las mujeres. En este estudio se destaca que existía el juicio general que sostiene que la atención médica en hospitales dirigidos por médicas era más apropiada a las necesidades de las mujeres y no para atender a todo tipo de pacientes. Este juicio era sostenido no solamente por aquellas personas que estaban relacionadas con el ámbito sanitario, sino también por las propias directoras de los denominados *the women-run medical institutions*. Dichos hospitales y su planta de profesionales constituían una red en la cual se superponían las amistades y los compromisos profesionales entre las organizaciones profesionales de médicos mujeres (Association of Registered Medical Women, Medical Women's Federation). Así, se sostenía una coordinación informal y se fue constituyendo una concepción compartida en torno al rol moral de la mujer como guardián espiritual y cuidadora, en otras palabras, asociada a su rol maternal. Según este estudio muchas mujeres fundaron sus carreras en esta creencia, creando aún más hospitales dirigidos por y hacia mujeres. Los autores concluyen que esta ideología continuó a pesar de la expansión de los derechos de igualdad y libertad en el siglo XX.

Así, estos análisis históricos sostienen que la inercia de una tradición en el tiempo permite entender el lugar de las mujeres en la medicina, su asignación en diferentes profesiones del campo de la salud y las relaciones de poder que se producen en este ámbito.

3.2.4. Las dinámicas dentro de las instituciones sanitarias como limitación a la promoción

Es difícil distinguir entre los diferentes obstáculos que tiene una médica para acceder a puestos de toma de decisiones, ya que las causas se funden unas con otras en un mismo proceso. Como se analizó previamente, la literatura pone de relieve que las mujeres tienen, en general, obstáculos para asumir responsabilidades dentro de

las empresas e instituciones. Muchas veces son las mujeres mismas las que se *autolimitan* asumiendo un discurso que beneficia a los hombres (en cuanto al poder se refiere). Otras veces son las demás personas (entre las que se encuentran las que seleccionan el personal) quienes ponen obstáculos a su promoción al asociar a las médicas con ciertos estereotipos que no son compatibles con la carrera jerárquica. Finalmente, las exigencias a las que están sometidas las mujeres hacen que éstas terminen por disminuir su rendimiento y, probablemente, su éxito en la trayectoria laboral. Todas estas variables interactúan obstaculizando la promoción jerárquica entre las médicas (Reed et al., 2001). No obstante, hay que analizar con cuidado aquella variable que está relacionada con las exigencias y con las dinámicas dentro de las instituciones sanitarias y, en particular, de los hospitales.

Un concepto que se ha utilizado mucho se centra en las limitaciones institucionales es el de *techo de cristal*. Burín (1996) define este concepto como un límite superior en las carreras profesionales que opera tácitamente desde las prácticas de las otras personas y de las propias médicas. Existen un conjunto de acciones y prácticas basadas en redes formales e informales que excluyen a las mujeres de los cargos de mando y poder. Asimismo, como se dijo anteriormente, esto termina por interpelar a las mujeres e impacta sobre la subjetividad, aceptando su lugar dentro de las organizaciones sanitarias.

Colomer y Peiró (2002) recurren a este concepto para señalar que no existe evidencia científica ni social de que las desigualdades se resuelvan espontáneamente. Es decir, no se trata de que la incorporación tardía de la mujer en el espacio profesional equilibre las desigualdades de manera progresiva a través del paso del tiempo, sino que existen factores estructurales, propios de la sociedad patriarcal, incluso cuando no existen impedimentos legales o explícitos. Según las autoras, el *techo de cristal* es producto de un tipo de retórica que hay que transformar, pero también es necesario generar políticas para provocar roturas en el techo de cristal.

No obstante, el *techo de cristal* puede ser explicado por varias vías: discriminación sexual, acoso moral y sexual, reglas tácitas dentro de los hospitales, rigidez en las carreras, etc. Como primera aproximación, María Cinta Cid, médica consultora del Servicio de medicina interna del Hospital Clínico de Barcelona, señala las dificultades a las que están sometidas las mujeres. La doctora declara que las primeras palabras que le dirigió el jefe del servicio en el que iba a realizar el MIR fueron: "entre un hombre y una mujer, siempre preferiré a un hombre". Ésta agrega que "para llegar a donde he llegado he tenido que demostrar mi capacidad y mis méritos con mucho más empeño que mis compañeros del sexo masculino" (Entrevista publicada en El País, 21.06.2005). En sintonía con esta entrevista, la

investigación realizada por Schroen et al. (2004) pone en evidencia que la mayoría de las médicas encuestadas declaran que las oportunidades no estaban igualmente disponibles para ellas como para sus colegas masculinos. Las dinámicas dentro de las instituciones a la hora de seleccionar al personal y a los cargos directivos perjudican a las mujeres médicas.

El acoso moral y sexual es una forma de discriminación que sufren las mujeres dentro de la profesión médica. Arrizabalaga y Valls - Llobet (2005) señalan que, gracias a vías judiciales, se ha conocido que el acoso moral y sexual dirigido contra las médicas es alarmante y que un 44% de las médicas han sufrido discriminación laboral. Gil Deza (2005) cita este fenómeno. Según veinticinco investigaciones, existe un 40% más de suicidio entre los médicos con respecto a otros profesionales en la misma edad y un 130% más de suicidio entre las médicas. La diferencia que desfavorece a las médicas se debe fundamentalmente a dos cosas: el acoso sexual de las médicas en el trabajo (hay una correlación directa entre acoso sexual e intento de suicidio) y la insatisfacción laboral por no poder acceder a puestos de dirección (Gil Deza; 2005). Estos indicadores demuestran la discriminación y las presiones en el interior de las instituciones a las cuáles se somete a las médicas por su género. Es interesante poner en evidencia que este tipo de bibliografía extrapola al interior de las instituciones sanitarias lo que sucede en la vida pública en general. Los signos y los significados que se asocian al sexo femenino y sus dimensiones negativas como ser el sexo débil, asociado a la vida privada, la reproducción y a cumplir el deseo masculino, somete a las mujeres a presiones en el ámbito laboral. Finalmente, esto termina operando como obstáculos invisibles en su carrera profesional.

Según la teoría del lenguaje, los signos adquieren su identidad a partir de la distancia y diferencia que establecen con otros. Derrida agrega que no solamente los signos son dependientes de la existencia de otros signos sino también de un suplemento. Blanco sería impensable sin negro, arriba sin abajo y hombre sin mujer. El segundo elemento se caracteriza, entonces, por ser el signo negativo, por no poseer las cualidades del otro.

Otro argumento, íntimamente relacionado con lo anterior y con importantes consecuencias sobre la promoción, es la identificación del poder con la figura del hombre y la masculinidad. Esto no es diferente en otras áreas de las profesiones y de la vida social. Que el hombre en una organización detente el poder se considera algo normal. No obstante, que una mujer posea un cargo de autoridad no está previsto socialmente, genera desconfianza y duda. Algunas autoras señalan que inclusive cuando se llega a considerar a una mujer como fuente de poder solamente se la reconoce como una excepción (Susi, 1998, Cabré i Pairet y Ortiz Gómez, 2001; Ortiz

Gómez, 2001; Sartori, 1998) Finalmente, esta concepción del poder como típicamente masculino afecta a los criterios de la selección de cargos de responsabilidad.

Las definiciones del éxito, la competencia, la capacidad de tomar decisiones, el liderazgo están asociadas con la figura masculina y, agregado a ello, aquellos que se encargan de seleccionar o tienen poder sobre la selección del personal tienden a hacerlo entre candidatos que son similares a ellos. Como aquellos que tienen altos cargos son en general hombres, se comprende en qué sentido un criterio de selección no dicho es el sexo (Reed et al, 2001; Morahan et al., 2001). Estos autores señalan también que la concepción de éxito dentro de los estudios de medicina es que éste es un acto independiente y neutral. No obstante, ciertas acciones típicas entre las mujeres (como ser más colaboradoras con las estructuras organizativas y tener una visión holística del paciente) son menos valoradas y, por tanto, no se asocian con el éxito. Los esquemas de género, por tanto, impactan sobre las evaluaciones propias y ajenas de la *performance* entre los médicos, en que los hombres son sobreestimados y a las mujeres se les agregan dificultades para acumular ventajas sobre sus pares masculinos.

Así, se puede deducir de estos textos que, más que evaluar los indicadores de éxito de las mujeres según los parámetros estandarizados por un discurso masculino (por ejemplo, analizar cuanto publican las mujeres u observar que tipo de gestión hacen), e intentar que asuman prácticas según ese estándar, lo que hay que cambiar es el criterio de lo que se considera exitoso en la promoción profesional.

Ortiz Gómez et al. (2004) señala que las dinámicas institucionales son fundamentales para entender estas diferencias. Las autoras sostienen que algunos modelos para explicar la organización y la estructura de la medicina tienen en común que parten de la idea de la homogeneidad interprofesional y que todos mantienen una perspectiva androcéntrica. Sin distinguir entre el sexo de los profesionales y según el criterio de homogeneidad, las elites profesionales y los órganos de representación y poder de la profesión médica se equiparan con la generalidad de la profesión. De esta manera, se ocultan las diferencias jerárquicas, económicas y entre especialidades, así como las diferencias por razón de sexo. Ni siquiera se contempla la existencia de mujeres y hombres en las profesiones sanitarias y se "utiliza los términos «médico/s» o «profesional/es» como si fueran sexualmente neutros, ambiguos, genéricos o universales en vez de masculinos" (2004; 190). Las citadas autoras proponen aplicar un modelo de las organizaciones sanitarias, asociaciones y publicaciones españolas que atienda a la categoría de género, ya que de esta manera

se pueden detectar las desigualdades y generar políticas hacia el interior de las instituciones que las limiten o inhiban.

En el estudio realizado por Delgado Sánchez et al., las médicas declararon que su entorno profesional no les otorga suficiente autoridad. "Por un lado, creen que ciertas cualidades, como la rapidez o la fortaleza física, consideradas socialmente masculinas, y de las que ellas supuestamente carecen, son necesarias en algunas ocasiones para recibir autoridad de los pacientes. Y, por otro, perciben que los valores que se atribuyen a las mujeres en el sistema de género no están cargados, simbólicamente, de autoridad" (2003; 603).

Se podría derivar de estos estudios que, si bien a los hombres se les otorga un *cheque de confianza* al asumir un cargo de toma de decisiones (se considera de antemano que "lo hará bien") a las mujeres médicas le pasa todo lo contrario, lo que provoca mayor estrés, obstaculiza su función, y la obliga a demostrar con más ímpetu sus capacidades de gestión bajo la mirada atenta de sus compañeros. Muchas veces esta presión desincentiva a las mujeres para fortalecer su trayectoria jerárquica.

Otro factor institucional que se suele poner como causante de la falta de promoción entre las mujeres es la carga horaria que se exige, sobre todo en el sector privado. Según Reed et al., (2007), en algunas instituciones sanitarias la exigencia horaria es de 60 y 70 horas semanales y diseña un perfil médico claro: personas jóvenes, sin responsabilidades más allá del hogar y que por lo general son hombres (Reed et al. 2007, Cortés-Flores et al. 2005).

Riska y Wegar (1993) son las compiladoras de un libro que analiza comparativamente las estructuras sanitarias de la India, Gran Bretaña, Estados Unidos y Finlandia. Se acercan a su objeto a través de la división sexual del trabajo dentro de estas instituciones, el rol del estado y, finalmente, las formas de segregación en los modelos de las organizaciones. Esta investigación pone de relieve cómo las barreras institucionales restringen las oportunidades de las médicas, sobre todo a partir de la constitución de redes informales de poder que las excluye de los altos cargos de tomas de decisiones. Se argumenta que la división sexual del trabajo en el interior de las organizaciones sanitarias refleja las evaluaciones acerca de las habilidades médicas pero tamizadas por la posición que las mujeres tienen en la sociedad. De esta forma se devalúa el trabajo hecho por las médicas mientras que los hombres son más valorados porque, como ya se había nombrado anteriormente, la profesión los define como el modelo para medir las habilidades profesionales. Los artículos del libro no solamente atienden a la segregación de la mujer en materia de

cargos de poder sino también en relación con las especialidades, evidenciando que las diferencias en las carreras profesionales deben resolverse, sobre todo, con cambios en las oportunidades otorgadas a las mujeres.

Cortés-Flores et al. (2005) señalan que sobre todo en especialidades que siguen estando masculinizadas (como la cirugía) la promoción jerárquica es todavía más difícil para la mujer. Algunas causas son las horas exigidas, la falsa idea de que es necesaria una fuerza física que no es compatible con el cuerpo femenino, la existencia de hombres en cargos de selección del personal que sesgan los criterios de éxito profesional, el embarazo (que se percibe como un impedimento para practicar la especialidad) y el hostigamiento sexual.

“Las residencias quirúrgicas implican una condición mucho más compleja. Para tomar la decisión de realizar una residencia quirúrgica, la mujer tiene que considerar diversos factores, entre ellos, la dificultad de ingresar en un mundo dominado generalmente por hombres, en donde habrá que demostrar la capacidad con el doble de esfuerzo. Una vez dentro de la residencia quirúrgica, los obstáculos a los que tendrán que enfrentarse van desde discriminación de género, embarazo y familia, inequidad salarial hasta hostigamiento sexual.” (Cortés-Flores et al. 2005: 341).

Pero la hegemonía masculina en ciertas especializaciones no solamente impacta sobre las médicas de esa área sino más allá de ésta. Como se ha dicho anteriormente, existe una diferencia de género en la elección de las especialidades. Esto ha sido una estrategia histórica en donde la interpelación del rol social de la mujer en general ha impactado sobre la construcción de sus propias identidades como médicas. Si bien esto ha servido para que las mujeres se abrieran espacio dentro de los hospitales como excelentes profesionales en ciertas áreas, al mismo tiempo se ha constituido en otro obstáculo para acceder a puestos de toma de decisiones.

En la estructura hospitalaria ciertos servicios son más importantes que otros, tanto en número de profesionales médicos como en recursos (es el caso de las unidades de cirugía o urgencias). En general, se estima que una persona que ha ocupado una jefatura y que ha estado al mando de este tipo de especialidades está más capacitada para ocupar una dirección médica o asistencial. En otras palabras, ciertas jefaturas de unidades o servicios son vías que facilitan el éxito en la trayectoria jerárquica de un profesional médico. Debido a que estas especialidades son generalmente ocupadas por médicos, se entiende por qué las probabilidades de éxito disminuyen entre las mujeres.

4

LAS MUJERES EN LA PROFESIÓN MÉDICA. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FUENTES DE DATOS

4.1. Análisis estadístico de la EPA de 1r trimestre de 2006

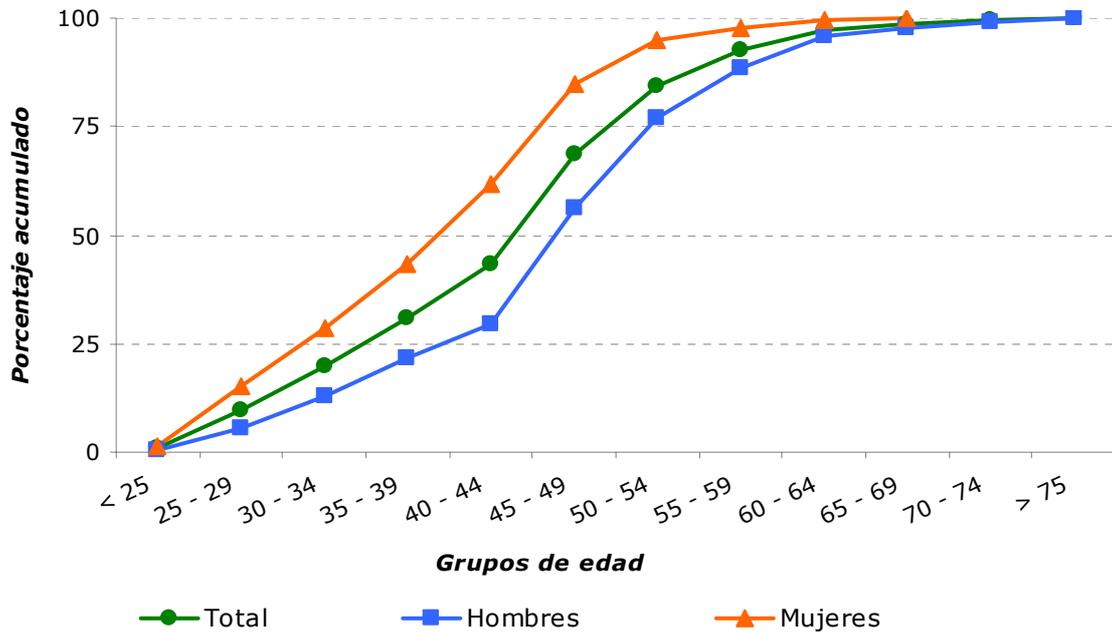
Para la selección de casos se han aislado las profesiones agrupadas en el código 212 de la Clasificación Nacional de Ocupaciones, CNO (INE). Esto incluye al código 2121 de Médicos y al código 2122 de Odontólogos, con una muestra resultante de 620 individuos. La explotación estadística de los datos nos ha permitido realizar un primer retrato de las características asociadas al colectivo en general, desagregando por sexo y considerando otras variables que puedan estratificar los resultados.

4.1.1. Características estructurales

La muestra se compone por 620 personas, de las cuales 353 son hombres y 267 son mujeres. La proporción de mujeres en el colectivo de profesionales sanitarios estudiado es de poco más del 43%. Esta distribución invita a considerar una tendencia global a la masculinización del colectivo, pero la introducción de la variable edad muestra diferencias importantes entre los distintos grupos de edad. La edad media para el conjunto de la muestra es de 44,7 años pero entre hombres y mujeres hay una diferencia (o distancia) de 7 años, ya que la edad media sube hasta 47,8 años para el colectivo de hombres mientras que disminuye hasta 40,7 años para las mujeres.

El Gráfico 1 muestra el detalle de estas diferencias en grupos de edad quinquenales, a partir de la distribución de los porcentajes acumulados para el total de la muestra y para el grupo de hombres y el de mujeres.

Gráfico 1 Distribución por sexo y edad. Frecuencias acumuladas

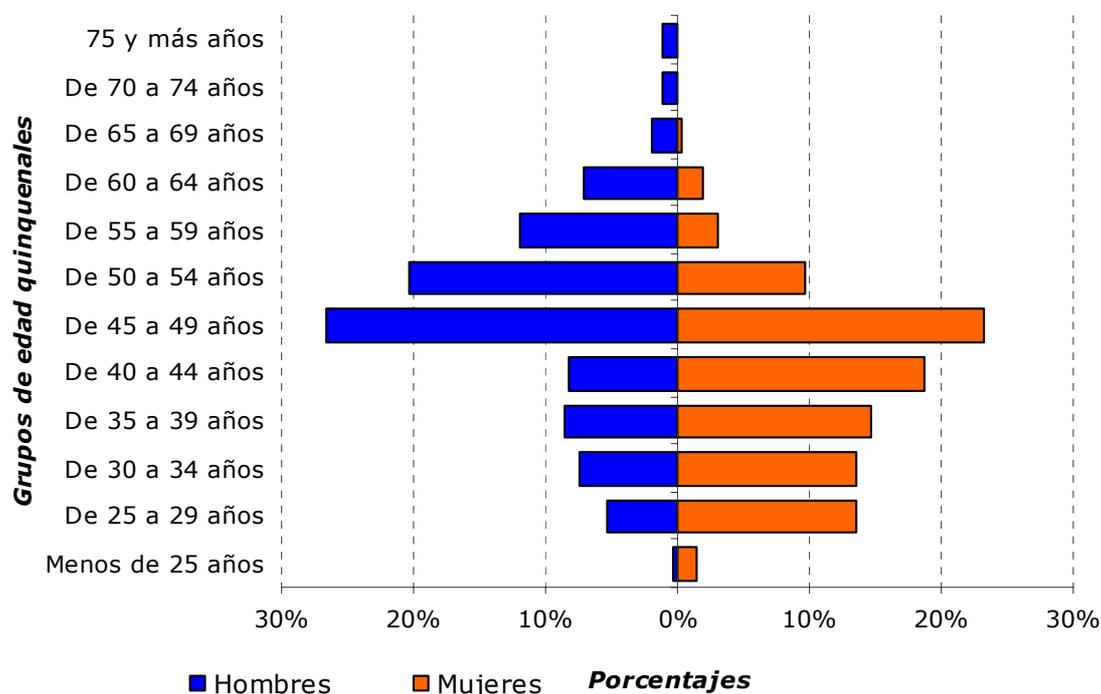


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

La mediana del grupo de hombres sitúa al 50% del colectivo por debajo los 48 años. Entre las mujeres, la mediana está en los 42 años, de modo que el 50% de las mujeres tienen menos de 42 años. La curva dibujada por la distribución del grupo de hombres alcanza todos los grupos de edad. En cambio, la presencia de mujeres se trunca a los 65 años. En las primeras franjas de edad las mujeres ascienden más rápidamente. Llegados al 25% de cada distribución, las mujeres están por sobre los 30 años, mientras que los hombres están cerca de los 40 años. A partir de la acumulación del 75% de cada grupo, los hombres superan los 50 años mientras que las mujeres aún no han alcanzado los 45. Estos datos indican una mayor juventud del colectivo de mujeres.

El Gráfico 2 nos permite valorar el peso de cada grupo de edad, a partir de la distribución por sexo y edad en porcentajes relativos.

Gráfico 2 Distribución por sexo y edad. Frecuencias relativas

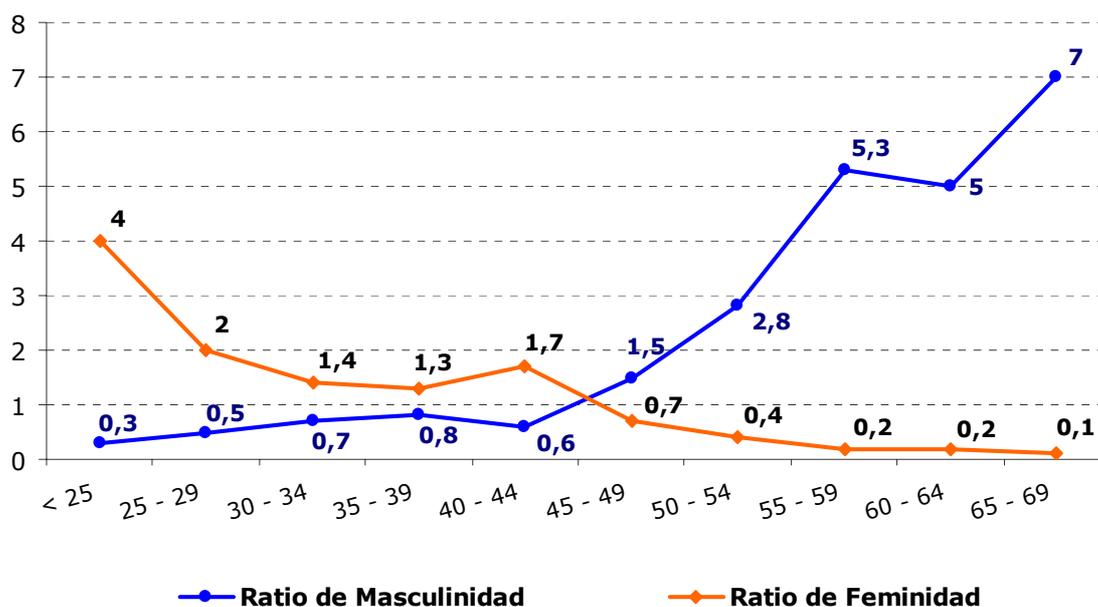


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

La pirámide de población nos muestra distintas distribuciones para hombres y mujeres. La franja de edad con mayor representación es, en los dos casos, la que comprende las edades de entre 45 y 49 años, si bien en este caso es mayor el peso de los hombres. Por encima de esa edad hay mayor presencia de hombres y, por debajo, mayor presencia de mujeres. Entre los hombres, las edades con más peso relativo son las comprendidas entre los 45 y los 54 años, con porcentajes superiores al 20% del total de hombres. En menor medida, el grupo de edad de 55 a 59 años supera el 10% del colectivo. Sumando estas tres franjas de edad, resulta que prácticamente el 60% de los hombres de la muestra tienen entre 45 y 59 años. Entre las mujeres, las concentraciones por grupos de edad no son tan marcadas y se reparten más equitativamente entre las edades inferiores a los 45 años. De todos modos, se puede destacar que el 57% de las mujeres tienen entre 35 y 49 años. Todas las edades por debajo de los 45 años tienen pesos relativos sensiblemente superiores al 10%, mientras que por encima de los 49 no se supera el 10% para ningún grupo de edad.

La proporción entre hombres y mujeres da lugar al cálculo de los ratios de feminidad y masculinidad, para los distintos grupos de edad observados. Destaca el comportamiento opuesto que tiene un sexo respecto al otro. Los ratios de feminidad empiezan en sus niveles más altos en las edades más jóvenes y van descendiendo situándose por debajo del 1 a partir de los 45 años. El Gráfico 3 muestra estos datos.

Gráfico 3 Ratios de feminidad y masculinidad

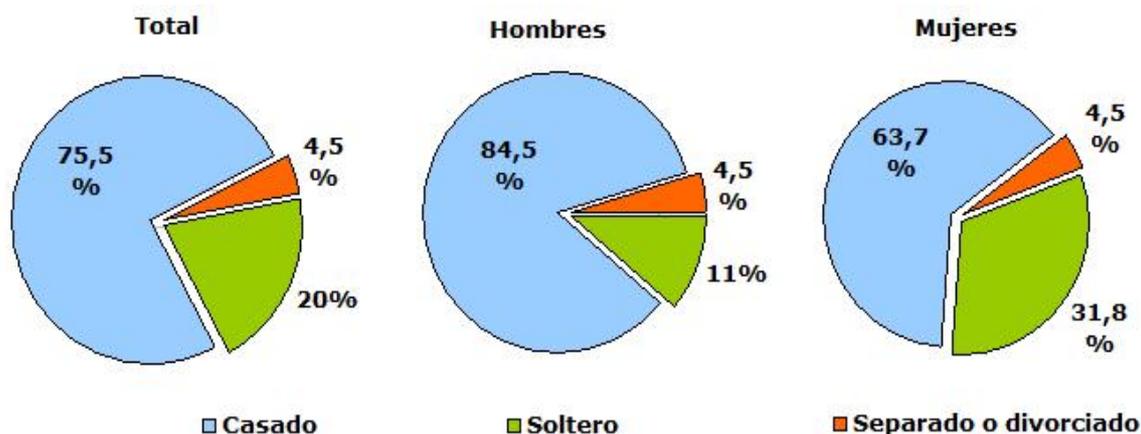


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

Los ratios de masculinidad alcanzan sus valores más altos a partir de los sesenta años, cuando por cada mujer encontramos más de 5 hombres. El ratio de masculinidad más elevado se alcanza en las edades más maduras. En cambio, en las edades más jóvenes tienen protagonismo los ratios de feminidad. Entre los/as profesionales de menos de 25 años encontramos 4 mujeres por cada hombre y entre los 25 y los 29 años encontramos 2 mujeres por cada hombre. Tan sólo encontramos un momento de cruce entre unos y otras, sobre los 45 años, momento de mayor paridad de sexos en el colectivo de profesionales (momento que coincide con la mayor concentración de efectivos, tanto hombres como mujeres).

También encontramos diferencias en el estado civil de los individuos que componen la muestra, como se aprecia en el Gráfico 4. El conjunto de población analizada consta como casado en más del 75%. Entre los hombres el porcentaje de casados es significativamente mayor (84,5%) y entre las mujeres el porcentaje de casadas es mucho menor (63,7%). Hay que tener en cuenta el efecto de la estructura por sexo y edad antes comentada: la mayor concentración de mujeres en las edades más jóvenes, en un contexto social donde se ha retrasado la edad media para el matrimonio y la maternidad, hace incrementar el peso de mujeres solteras en relación a los hombres, mayoritariamente concentrados en edades más maduras. Cabe destacar que los porcentajes de personas separadas o divorciadas se mantienen igual para ambos sexos.

Gráfico 4 Distribución por sexo y estado civil

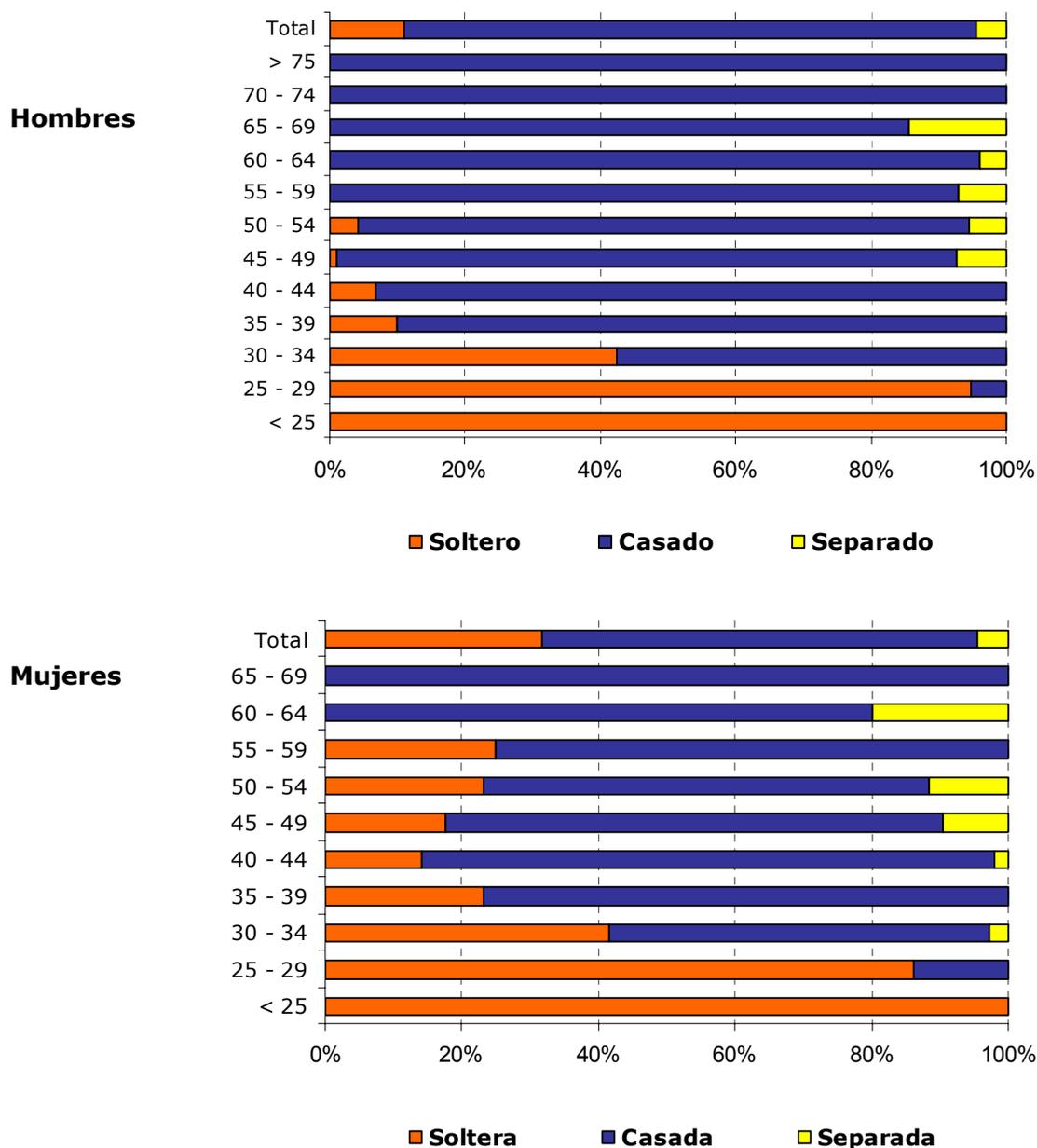


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

La distinción del estado civil por grupos de edad refleja pautas diferentes según el sexo a la hora de establecer lazos familiares. Las diferencias entre el colectivo de solteros y solteras se produce no en los años más jóvenes, sino en la época adulta. Por debajo de los 29 años, lo que tradicionalmente se considera en lenguaje de la sociología de la familia como la "búsqueda del nido", los hombres solteros presentan un 95% de soltería frente a un 86% de las mujeres. En ambos sexos el número de solteros disminuye significativamente a partir de los 30 años, cuando su peso supera de poco el 40%, en ambos sexos. Sin embargo, a partir de ahí la presencia de

solteros entre los hombres es poco importante mientras que entre las mujeres mantiene cierto protagonismo, pues incluso en el grupo de 55 a 59 años encontramos más de un 20% de mujeres solteras.

Gráfico 5 Distribución por sexo, estado civil y edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

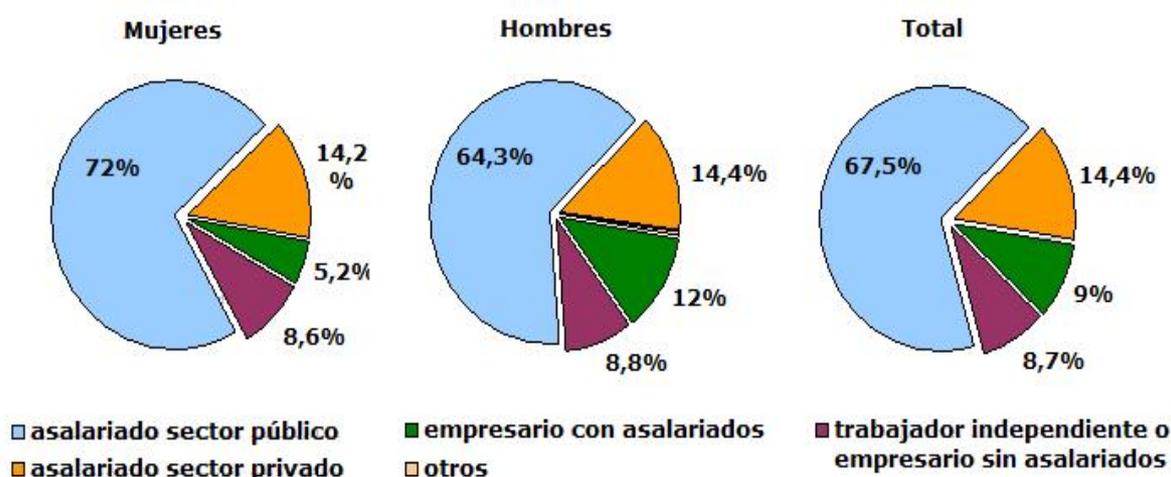
Entre las mujeres también es mayor la presencia de personas separadas o divorciadas. Éstas se encuentran mayoritariamente en edades por encima de los 45 años y, especialmente, a partir de los 60 años. Como hemos apuntado

anteriormente, esta desigual distribución del estado civil podría estar indicando una mayor dificultad para compaginar vida familiar y profesional para el colectivo femenino. Esta distribución también podría indicar que fueron las mujeres de las primeras generaciones que se incorporaron a la profesión las que más dificultades tuvieron para compatibilizar vida laboral y personal.

4.1.2. Características de la ocupación

El empleo en el sector sanitario está claramente determinado por el empleo público, la universalización del servicio sanitario provoca que 67,50% del empleo principal sea asalariado del sector público. Este hecho implica que las condiciones laborales que se establezcan en el sector público son las de referencia del sector. En la distinción por sexo, observamos que entre las mujeres el porcentaje de asalariadas del sector público sube hasta un 72%, mientras que para los hombres el porcentaje es inferior (64,3%). La menor presencia en el sector público entre los hombres se explica por un mayor peso de empresarios con asalariados (12%), situación que entre los hombres ocurre más del doble de veces que entre las mujeres (5,2%). Esta mayor concentración, sin embargo, no nos permite confirmar la existencia de relación entre sexo y situación profesional⁴.

Gráfico 6 Situación profesional principal según sexo

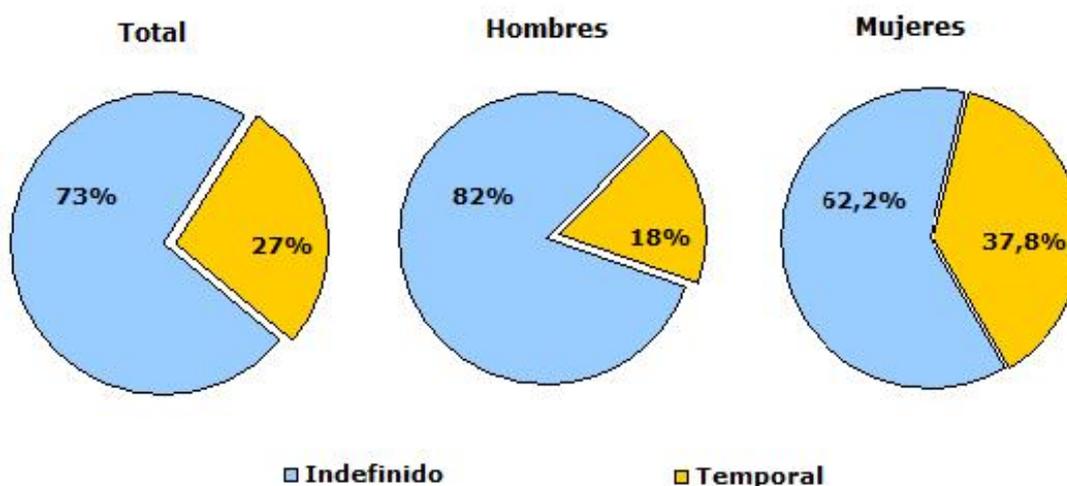


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

⁴ Esto se corrobora con el Test Chi-cuadrado, que refleja una probabilidad de cometer el Error Tipo I de 0,068. Por tanto la conclusión es que no puede rechazarse la hipótesis nula de inexistencia de asociación. El sexo, por consiguiente, no condicionaría la situación profesional del colectivo.

Uno de los elementos clave para entender si hay o no discriminación en el mercado de trabajo es el tipo de relación laboral que se establece. La calidad del puesto de trabajo (medido aquí por el eje temporalidad/indefinido) tiene un dato importante en el carácter permanente o temporal del contrato de trabajo. Aquí sí se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres⁵.

Gráfico 7 Temporalidad del contrato principal según sexo

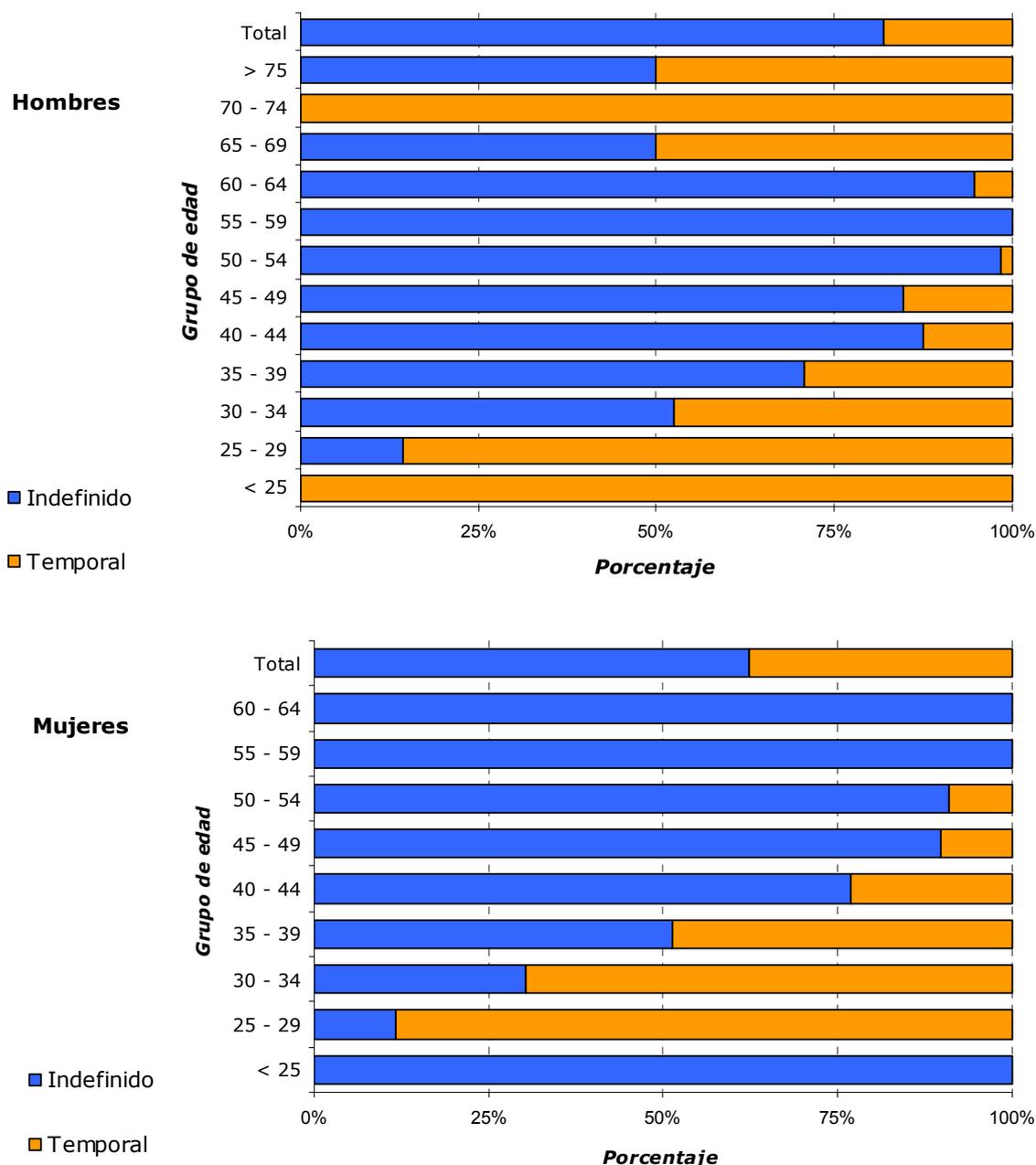


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

El resultado es muy visible: el porcentaje de precarización de los hombres es de un 18%, en cambio en el caso de las mujeres es de un 37,8%, es decir, más del doble. Esta diferencia se matiza en función del grupo de edad al que nos referimos. En los grupos de edad hasta los 40 años las mujeres presentan porcentajes de temporalidad superiores a los de los hombres, excepto en el grupo de menos de 25 años. Las edades reproductivas para las mujeres son en las que más incide esta diferencia.

⁵ Con una Chi-cuadrado = 25,2 para la tabla de referencia y un nivel de significatividad de 0,000. El coeficiente de contingencia, que mide la robustez de la asociación, indica, sin embargo, una asociación moderadamente débil.

Gráfico 8 Temporalidad del contrato principal según sexo y edad



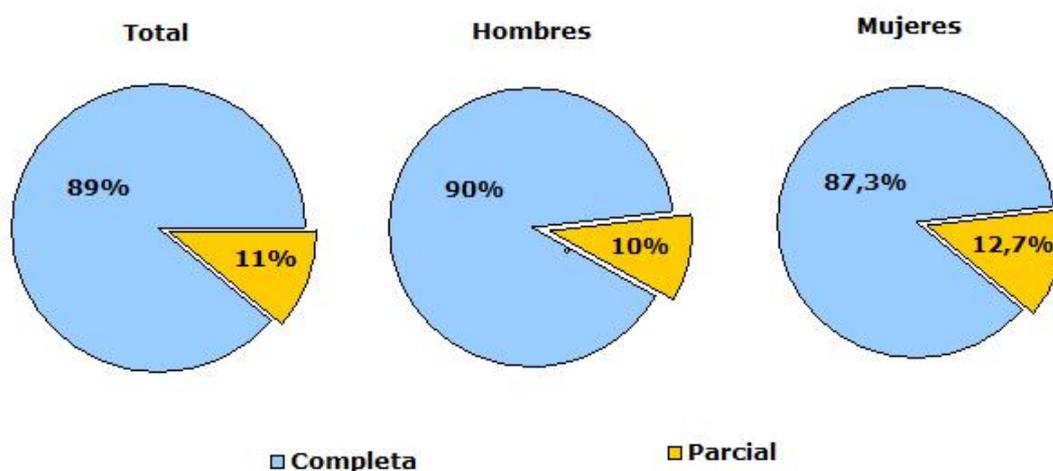
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

Es el grupo de edad de entre 35 a 39 años en el que hay un 51% de mujeres con contrato indefinido, hecho que se produce cinco años antes para los hombres (entre los 30 y 34 años). Sin embargo, es interesante señalar que mientras que para los hombres la evolución al contrato indefinido es más rápida y clara, para las mujeres es más prolongada: en el grupo de edad de 40 a 44 años, prácticamente un

85% de los hombres gozan de contrato indefinido, mientras que las mujeres igualan este porcentaje en el grupo de edad de 45 a 49 años. Las mujeres han de esperar hasta los 45 años para equipararse en porcentaje a los hombres respecto al contrato indefinido.

Otra dimensión que describe la situación en el empleo es el tipo de jornada laboral en la que se trabaja, distinguiendo entre jornada a tiempo completo o a tiempo parcial. El Gráfico 9 muestra estos datos, para el total de la muestra estudiada y para los colectivos de hombres y mujeres.

Gráfico 9 Tipo de jornada laboral por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

El Gráfico nos indica que la jornada parcial no está muy extendida: sólo el 11% de la muestra tiene este tipo de jornada. Entre las mujeres, el porcentaje es más elevado, llegando casi al 13%. Entre los hombres, el porcentaje es ligeramente inferior (10%). Las personas que tienen jornada parcial, en más de un 20% no lo tienen porque no lo quieren. En el caso de los hombres este motivo es mucho más frecuente que entre las mujeres (31,4% para ellos frente a 11,8% para ellas).

Tabla 1 Motivo de tener jornada parcial según sexo

	Total	Hombres	Mujeres
Seguir cursos de enseñanza o formación	4,3%	2,9%	6%
Enfermedad o incapacidad propia	1,5%	0%	2,9%
Cuidado de niños o de adultos enfermos, ...	7,2%	2,9%	11,7%
Otras obligaciones familiares o personales	8,7%	5,7%	11,7%
No haber podido encontrar trabajo de jornada completa	16%	8,6%	23,5%
No querer un trabajo de jornada completa	21,7%	31,4%	11,8%
Otras razones	40,6%	48,5%	32,4%
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

En consecuencia, entre las mujeres más del 20% no ha podido encontrar un trabajo a jornada completa, mientras que entre los hombres esta situación tan sólo ocurre en un 8,6%. También destaca la diferencia en los casos de tener obligaciones familiares o personales y de tener que cuidar de niños o adultos enfermos, que entre las mujeres ocurre en casi un 12% en cada caso, mientras que entre los hombres ocurre en cerca de un 6% en el primer caso y en menos de un 3% en el segundo caso. Así, las cargas familiares no suponen un motivo principal en el caso de los hombres como sí lo es para las mujeres. Como vemos el trabajo a tiempo parcial tiene diferente significado en hombres y mujeres.

Por otro lado, no encontramos diferencias significativas en las horas de trabajo semanales entre hombres y mujeres con empleo a jornada completa. La media de horas pactadas semanales es de 46 horas semanales, siendo una hora más para los hombres y una hora menos para las mujeres. En el cálculo de las horas efectivas de trabajo, en ambos sexos la media sube cerca de las 48 horas semanales y en ambos casos la mediana se sitúa en las 40 horas semanales. Puede que en el mínimo de horas pactadas los hombres se sitúen por debajo con un mínimo de 20 horas semanales, pero en las horas habituales hombres y mujeres tiene un mínimo de 30 horas. El máximo habitual para las mujeres, sin embargo, no supera las 83 horas semanales mientras que el máximo de los hombres llega a las 96 horas.

Tabla 2 Horas de trabajo por sexo

		Total	Hombres	Mujeres
HORAS PACTADAS	Media	46	46,8	44,9
	Mediana	38	40	37,3
	Mínimo	20	20	32
	Máximo	96	96	80
HORAS HABITUALES	Media	47,8	48	47,5
	Mediana	40	40	40
	Mínimo	30	30	30
	Máximo	96	96	83

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

La diferencia entre horas pactadas y horas de trabajo habituales se debe mayoritariamente a la existencia de horarios flexibles o variables. Entre las mujeres (31,7%) esta razón no es mucho mayor que entre los hombres (29,3%). Otras razones que aparecen son la existencia de días de fiesta en la localidad de trabajo y la realización de horas extra. En este último aspecto, tampoco destacan comportamientos diferentes entre hombres y mujeres.

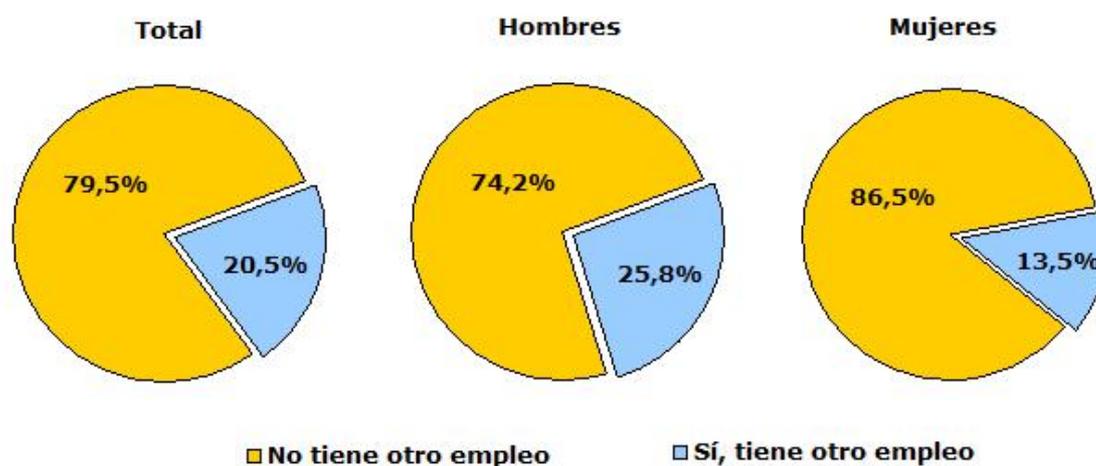
Tabla 3 Razón principal para la diferencia entre horas de trabajo pactadas y habituales, por sexo

	Total	Hombres	Mujeres
Vacaciones o días de permiso	2,6%	3%	2,8%
Días de fiesta en la localidad	19,5%	10,3%	15,1%
Enfermedad, accidente o incapacidad	1,3%	1,5%	1,4%
Horario flexible, variable o similar	33,8%	29,3%	31,7%
Huelga o conflicto laboral	0%	1,5%	0,7%
Fin de empleo sin comenzar nuevo	1,3%	0%	0,7%
Formación fuera del establecimiento	2,6%	0%	1,4%
Razones personales, responsabilidades familiares	1,3%	3%	2%
Horas extraordinarias	15,6%	16,1%	15,9%
Otras causas	22%	35,3%	28,3%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

Un último aspecto a comentar sobre los datos de ocupación de la EPA es la situación de pluriempleo. En la muestra estudiada, un poco más del 20% declara tener un segundo empleo. Las diferencias entre ambos sexos son en este caso significativas. Entre los hombres más del 25% tiene un segundo empleo. En cambio, entre las mujeres el porcentaje de pluriempleadas es de menos del 14%.

Gráfico 10 Situación de pluriempleo según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

En esta segunda actividad, la gran apuesta es el trabajo por cuenta propia (51,6% de los hombres y 41,7% de las mujeres). En el caso de los hombres casi un 20% son empresarios con trabajadores, muy lejos del 5,4% de los casos en que las mujeres son empresarias con asalariados en su actividad secundaria. El porcentaje en el caso de trabajo por cuenta propia sin asalariados es más parecido (32% en los hombres y 36,1% en las mujeres). Por otro lado, en ambos sexos la mitad de las personas que tienen un segundo empleo lo tienen como asalariados en el sector público y privado, a partes semejantes estas dos situaciones.

Tabla 4 Situación profesional en el segundo empleo según sexo

	Total	Hombres	Mujeres
Empresario con asalariados	15,7%	19,7%	5,6%
Trabajador independiente o empresario sin asalariados	33,1%	32%	36,1%

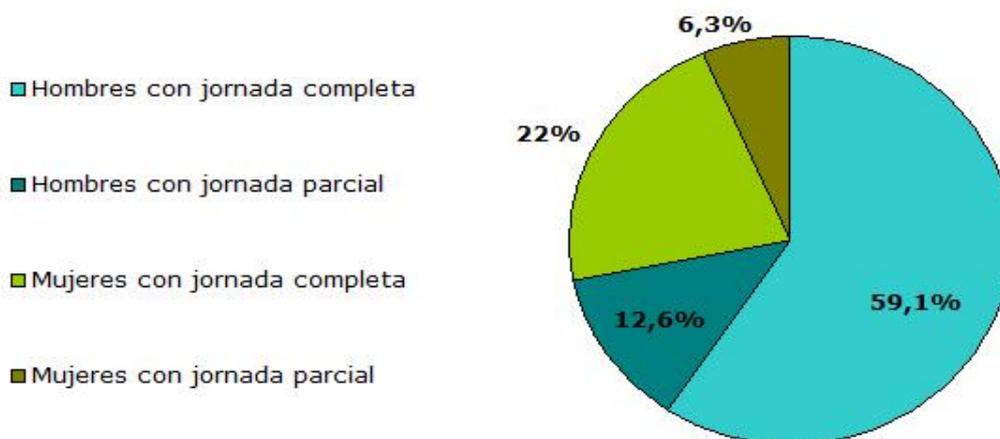
Asalariado Sector Público	23,6%	22%	27,8%
Asalariado Sector Privado	26,8%	26,3%	27,8%
Otra situación	0,8%	0%	2,7%
<i>Total</i>	100%	100%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

Hemos querido averiguar si el hecho de la existencia de un segundo empleo está relacionado con trabajos a tiempo parcial. El Gráfico 11 nos muestra el tipo de jornada laboral del empleo principal para las personas que tienen un segundo empleo. El 59% de las personas con pluriempleo son hombres que trabajan a jornada completa en su empleo principal. En cambio, las mujeres con trabajo principal a jornada completa y además un segundo empleo son menos de la mitad, un 22% de las personas en situación de pluriempleo. También cuando el empleo principal es de jornada parcial, la proporción de hombres con pluriempleo es el doble que la de mujeres.

Gráfico 11

Tipo de jornada laboral principal de las personas en situación de pluriempleo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 2006 (1r trimestre)

Finalmente, mirando los datos desde otra perspectiva, observamos que de los hombres que trabajan a jornada completa, el 23,6% tienen un segundo empleo. En cambio, entre las mujeres que trabajan a jornada completa la proporción de pluriempleadas es del 12%. En el caso de las personas que tienen una jornada

parcial como empleo principal, los hombres tienen un segundo empleo en casi un 46%, mientras que las mujeres lo tienen en casi un 24%. Por lo tanto, el segundo empleo es mucho más habitual entre las personas con jornada parcial, a la vez que es más común entre hombres que entre mujeres.

4.2. Comparativa con la EPA de 1r trimestre de 1988

El análisis comparativo con los datos de 1988 nos permitirá establecer la evolución de las características estructurales de los profesionales de la salud recogidos por la muestra de la EPA. Se han escogido aquellos datos que coinciden metodológicamente en las dos muestras y que, por lo tanto, pueden compararse en sus respuestas. En algunos casos, sin embargo, ha sido necesario hacer algunas agrupaciones en las respuestas, casos que comentaremos en su debido momento.

La selección de casos de la muestra de la EPA de 1r trimestre de 1988 ha aislado las profesiones agrupadas en los códigos 061 ("médicos y cirujanos") y 063 ("médicos odontólogos") de la Clasificación Nacional de Ocupaciones, CON, de 1979. La muestra resultante es de 394 individuos. La coincidencia en las preguntas y respuestas de las muestras de 2006 y de 1988 nos ha permitido repetir gran parte de las desagregaciones realizadas en el apartado anterior.

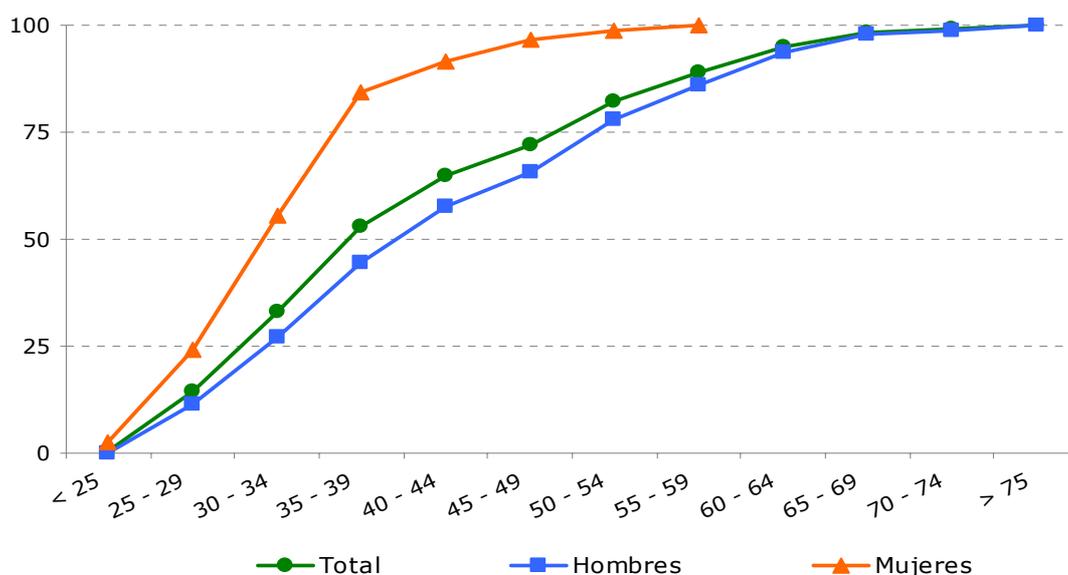
4.2.1. Características estructurales

La muestra se compone por 394 personas, de las cuales 311 son hombres y 83 son mujeres. La proporción de mujeres en el colectivo de profesionales sanitarios estudiado es de poco más del 21%. Este primer dato nos indica un cambio importante en relación a la muestra estudiada de 2006, cuando la proporción de mujeres se situaba sobre el 43%. Si la muestra de la EPA fuera extrapolable al conjunto de profesionales médicos, se podría decir que de 1988 a 2006 se ha doblado la presencia de mujeres entre este colectivo profesional.

Por lo tanto, en 1988 la muestra estaba muy masculinizada. En la distinción según la variable edad, observamos también diferencias estructurales entre ambos sexos. La edad media para el grupo de hombres es de 44 años, mientras que para las mujeres es de 34 años, 10 años más joven. La distribución por grupos de edad nos indica que la mitad de los hombres queda por debajo los 42 años. En cambio, la

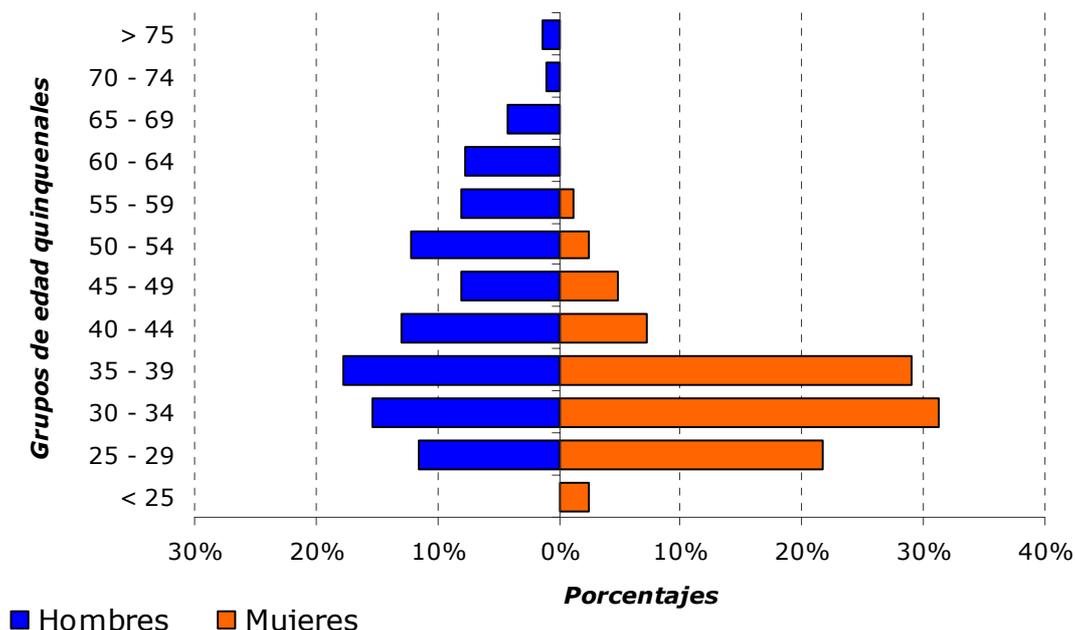
mitad de las mujeres no sobrepasa los 33 años. El Gráfico 13 muestra el detalle de la distribución por grupos de edad en porcentajes acumulados, para el total de la muestra y para el grupo de hombres y el de mujeres.

Gráfico 12 Distribución por sexo y edad. Frecuencias acumuladas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

En comparación con el gráfico construido con los datos de 2006, destaca la diferenciación de la curva del grupo de mujeres respecto a las demás. Dada la importancia numérica de los hombres dentro del conjunto, las curvas del grupo de hombres se asemeja mucho a la curva que dibuja el total de la muestra. En estas dos curvas, el 25% se sitúa entre los 30 y los 34 años. Muy cerca, el 50% de las curvas se sitúa en el siguiente grupo de edad, entre los 40 y los 44 años. En cambio, la curva de las mujeres tiene una inclinación más pronunciada, que revela una mayor concentración de sus efectivos en los grupos de edad más jóvenes. El 25% de la muestra está entre los 25 y 29 años, mientras que para el 50% se sube hasta la franja de 30 a 34 años. Más distante aún, al llegar al 75% de cada grupo, las mujeres están todavía en edades tempranas, por debajo de los 40 años. En cambio, los hombres en su 75% se sitúan sobre los 50 años.

Gráfico 13 Distribución por sexo y edad. Frecuencias relativas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

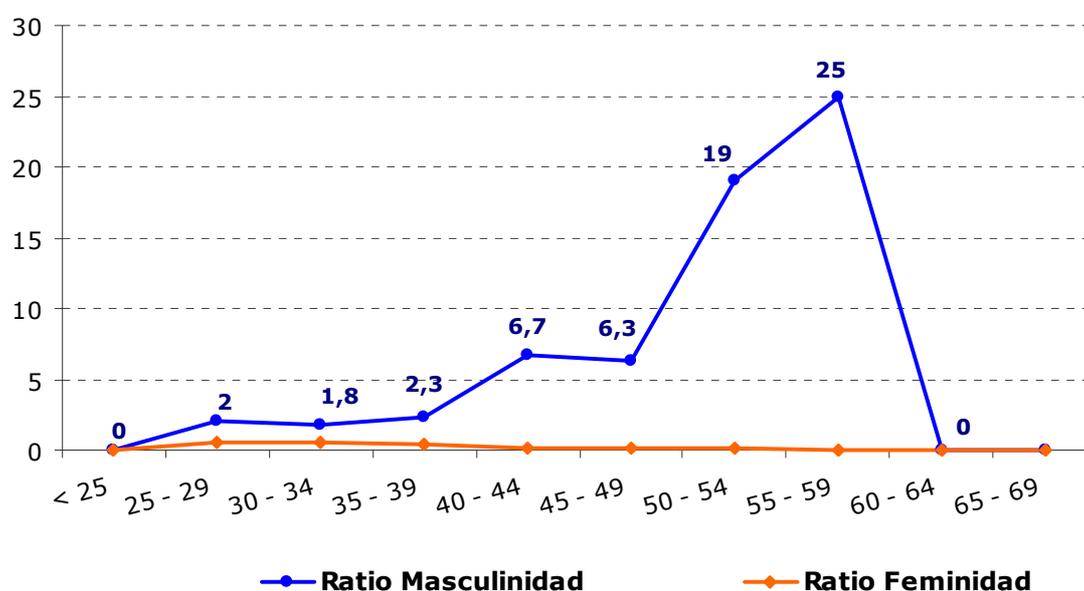
La pirámide de población nos confirma las distintas concentraciones entre hombres y mujeres. La edades con mayor representación son, en los dos casos, las comprendidas entre los 30 y los 39 años, pero en las mujeres el peso relativo es mucho más marcado que en los hombres. En concreto, los hombres entre 30 y 39 años representan el 33% de los hombres, mientras que las mujeres entre 30 y 39 años suman el 60% de las mujeres. Esta fuerte concentración va en detrimento de la escasa presencia de mujeres por encima de los 45 años y su nula presencia a partir de los 60 años, edades únicamente masculinas. En cambio, por debajo de los 25 años, si bien se trata de pocos efectivos, sólo encontramos mujeres.

En comparación con la pirámide construida con la muestra de 2006, observamos como en 1988 la muestra era estructuralmente menos homogénea pero presentaba pautas similares: el colectivo de mujeres está más concentrado en determinadas edades que, además, son más jóvenes que los hombres. Estos tienen presencia en todas las edades y están menos concentrados, si bien tienden a tener las bases más debilitadas que las mujeres. Ya en 1988 se apuntaba, pues, la feminización del colectivo de profesionales médicos.

El cálculo de los ratios de feminidad y masculinidad también muestran diferencias significativas respecto la muestra de 2006. En el Gráfico 15 podemos

observar cómo los ratios de feminidad se mantienen cercanos a cero en todo momento. Por el contrario, los ratios de masculinidad van ascendiendo progresivamente a medida que aumenta el grupo de edad. Así, en el grupo de 25 a 39 años encontramos 2 hombres por cada mujer. Llegados a los 40 años, el ratio asciende hasta casi 7 hombres por cada mujer. El nivel más elevado se alcanza a los 59 años, cuando el ratio indica 25 hombres por cada mujer. A diferencia de la muestra de 2006, por lo tanto, en ningún momento se alcanzan ratios que indiquen paridad de sexos, así como tampoco en ningún momento los ratios de feminidad superan el 1 (es decir, en ningún grupo de edad hay más proporción de mujeres que de hombres).

Gráfico 14 Ratios de feminidad y masculinidad. Comparativa

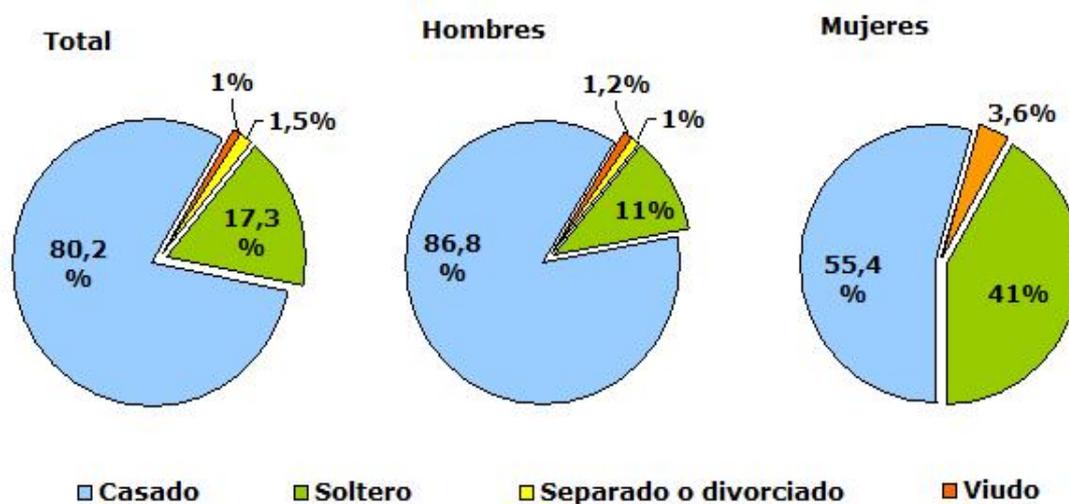


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

En relación al estado civil, en los datos de la EPA del 88 encontramos un claro protagonismo de personas casadas. Para el total de la muestra, las personas casadas representan el 80,2%. El resto está casi todo compuesto por personas solteras, que representan el 17,3% de la muestra. Tan sólo un 1,5% son personas separadas o divorciadas. Al distinguir entre sexos, aparecen diferencias importantes. Por un lado, los hombres tienen mayor número de personas casadas (86,8%) y menor presencia de personas separadas o divorciadas (1%). Por otro lado, las mujeres tienen una fuerte presencia de personas solteras, que llegan a sumar el 41% de su grupo, frente

a un 55,4% de casadas. También en las mujeres el número de personas separadas o divorciadas es mayor, llegando al 3,6% de las mujeres.

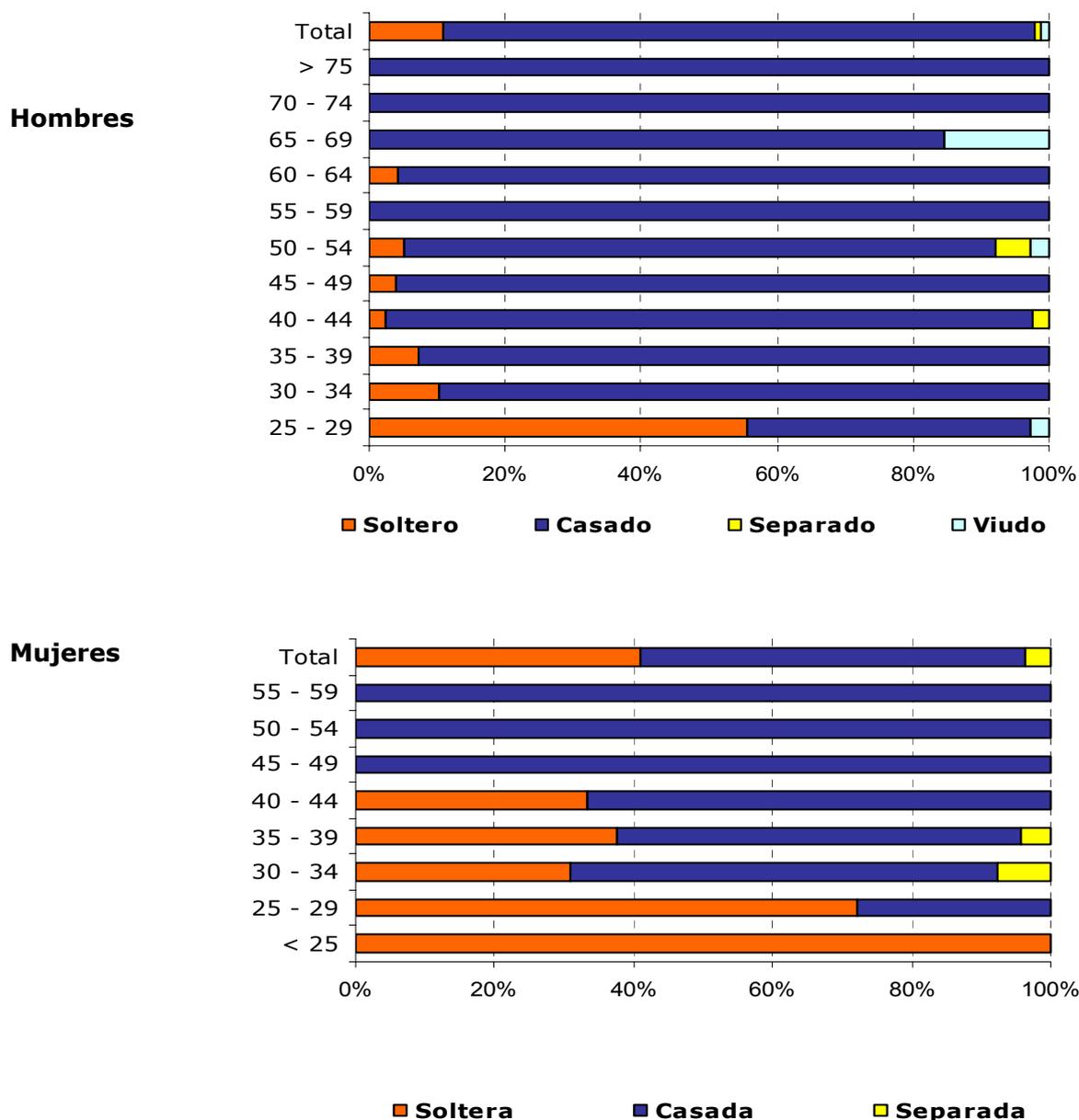
Gráfico 15 Distribución por sexo y estado civil



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

En la muestra de 2006 también las mujeres presentaban mayor número de personas solteras, pero la diferencia respecto los hombres no era tan grande. En cambio, el porcentaje de personas separadas o divorciadas era el mismo para hombres y mujeres, en la muestra de 2006, mientras que en el 88 hemos comprobado que las mujeres tiene un porcentaje de separadas tres veces mayor que los hombres. Debido a la concentración de las mujeres en los grupos de edad más jóvenes, la variable edad puede incidir en la distribución del estado civil. Del mismo modo que hemos hecho con la muestra de 2006, hemos cruzado el estado civil con la edad de las personas, distinguiendo entre hombres y mujeres. El Gráfico 17 muestra estos datos.

Gráfico 16 Distribución por sexo, estado civil y edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

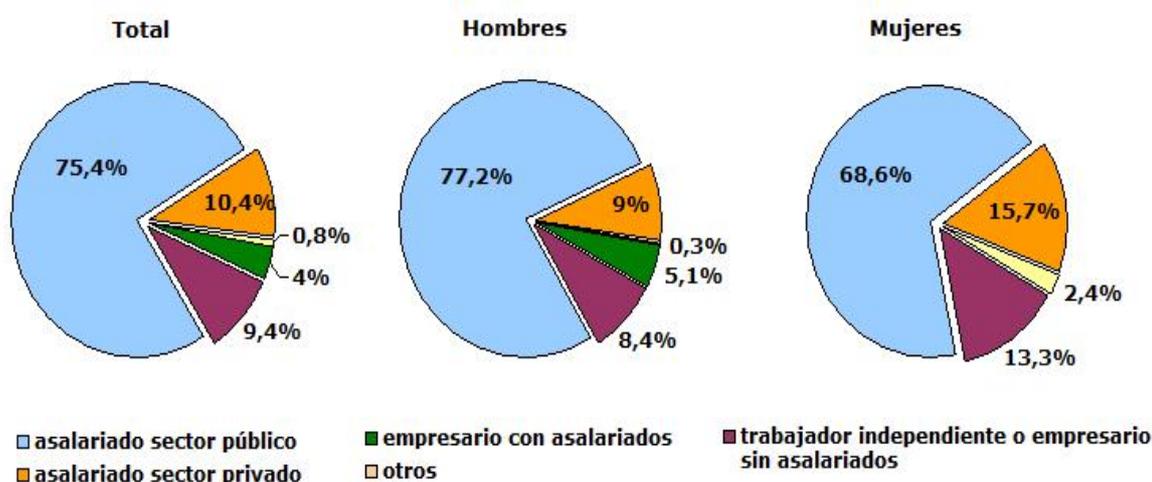
La presencia de solteros en el grupo de hombres se concentra básicamente en el grupo de 25 a 29 años. A partir de los 30, su presencia es casi residual. En las mujeres, la presencia de personas solteras es significativa hasta los 44 años. De los 25 a los 29 años las solteras son amplia mayoría (más del 70% de ese grupo de edad). De los 30 a los 44 años el peso de la soltería disminuye pero sigue teniendo valores importantes, alrededor del 30% en cada grupo de edad. La presencia de mujeres separadas o divorciadas se concentra entre los 30 y los 39 años.

Estos datos indican una mayor presencia de soltería en las mujeres de la muestra de 1988 que en la de 2006. Este dato refuerza la hipótesis de una mayor dificultad para la mujer para compatibilizar vida laboral y personal. En la evolución hasta 2006, esta situación parece haber mejorado, pues en 2006 hay más mujeres solteras que en el 88 hasta los 34 años, pero en el 88 el protagonismo de la soltería se mantiene hasta los 44 años. Las primeras generaciones de mujeres que se incorporaron a la profesión pudieron tener más dificultades.

4.2.2. Características de la ocupación

La distribución de la muestra del 88 según su ocupación muestra una distribución muy parecida a la de 2006. En ambos casos la ocupación en el sector público representa prácticamente 3 cuartas partes de la muestra. En este caso, sin embargo, la proporción es ligeramente superior. En la distinción por sexos, observamos que los hombres tienen una dedicación al sector público mayor que las mujeres (77,2% frente a un 68,6%), mientras que en 2006 esta distinción se produce a la inversa. La menor dedicación de las mujeres al sector público se traduce en una mayor presencia en el sector privado (15,7%) y también un mayor número de empresarias sin asalariados (13,3%). En cambio, entre las mujeres no aparecen empresarias con asalariados, mientras que entre los hombres esta situación se produce en un 5,1%.

Gráfico 17 Situación profesional principal según sexo

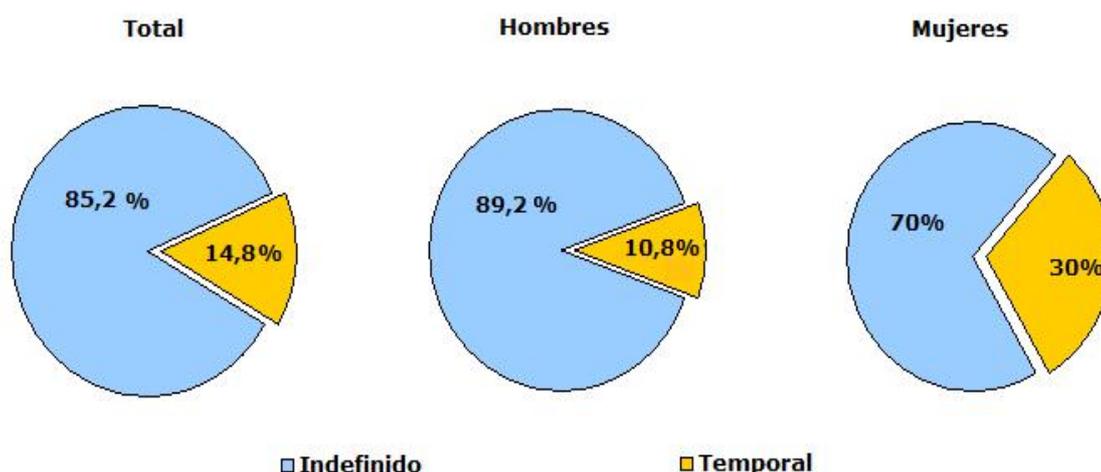


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

En comparación con los datos de 2006, cabe destacar que del 88 al 2006 los hombres pasan a trabajar menos en el sector público y más por cuenta propia con asalariados, mientras que las mujeres, a la inversa, pasan a trabajar más en el sector público y menos en el privado y por cuenta propia. Puede que las condiciones de acceso al trabajo en el sector público presenten menos obstáculos para las mujeres que en el sector privado, además de menores dificultades para la conciliación laboral y familiar.

Los datos sobre la temporalidad del empleo principal muestran una menor precarización en la muestra de 1988. En esta muestra, la proporción de contratos indefinidos es del 85,2%. Se aprecian diferencias entre hombres y mujeres. Ellos tienen contratos indefinidos en casi un 90%, pero ellas en sólo un 70%.

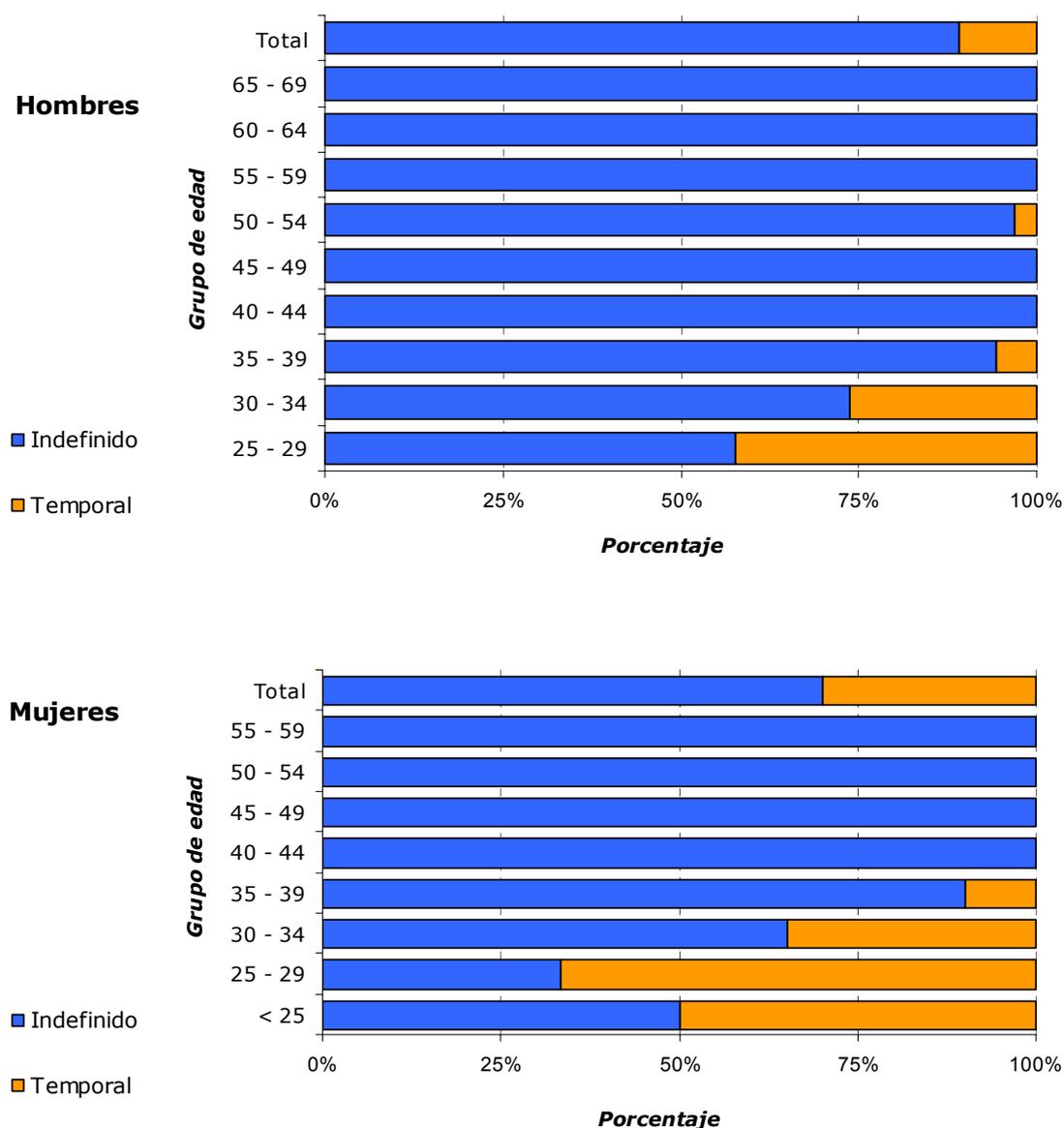
Gráfico 18 Temporalidad del contrato principal según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

A pesar de estas diferencias, hemos de recordar que la distancia entre hombres y mujeres es aún mayor en la muestra de 2006. Por lo tanto, según estos datos podríamos afirmar que la precariedad en las mujeres ha aumentado, al aumentar en 7 puntos el número de mujeres con contratos temporales. A continuación, el Gráfico 20 presenta la distribución de la temporalidad en los contratos por grupos de edad.

Gráfico 19 Temporalidad del contrato principal según sexo y edad



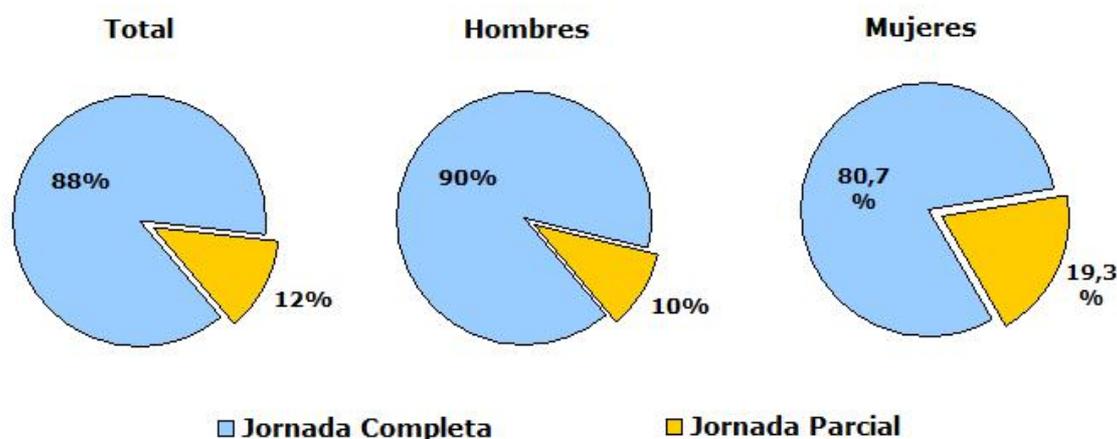
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

En el colectivo de hombres, los contratos temporales se concentran principalmente en las edades más jóvenes, entre los 25 y los 34 años. De los 25 a los 29 años, la temporalidad es de más del 40%. De los 30 a los 34 años disminuye un poco, pero se mantiene por encima el 25%. Los contratos temporales, en los hombres, desaparecen a partir de los 40 años. En el colectivo de mujeres tiene pautas similares pero con pesos relativos significativamente superiores. Además, se extiende al grupo de menores de 25 años.

Tanto en hombres como en mujeres los porcentajes de contratos temporales han aumentado de 1988 a 2006, no sólo en porcentajes relativos sino alcanzando edades más maduras. En especial, se ha extendido en mayor medida entre las mujeres.

A continuación, el Gráfico 21 muestra la distribución del tipo de jornada laboral del empleo principal, distinguiendo también entre hombres y mujeres.

Gráfico 20 Tipo de jornada laboral por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

El Gráfico nos indica que la jornada parcial no ha variado mucho para el total de la muestra. En cambio, entre las mujeres ha disminuido. En esta muestra de 1988 las mujeres tienen jornada parcial en más de un 19%, mientras que para el 2006 recordamos que es de casi el 13%. Entre los hombres, la distribución de un año para otro es la misma, siendo la jornada parcial del 10%.

Tabla 5 Motivo de tener jornada parcial según sexo

	Total	Hombres	Mujeres
No haber podido encontrar trabajo de jornada completa	21,3%	19,3%	25%
No querer un trabajo de jornada completa	10,6%	6,5%	18,8%

Otras razones	68,1%	74,2%	56,3%
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

En la presentación de los motivos para tener jornada parcial, se mantienen lo que podemos llamar distintos significados para hombres y mujeres, pues el motivo de no querer una jornada parcial para los hombres es del 6,5% mientras que para las mujeres es del 18,8%. Hágase notar que para la muestra de 1988 las respuestas no contemplan tanto detalle como obtuvimos para la muestra de 2006, de modo que no podemos profundizar del mismo modo en los motivos para la jornada parcial.

En el recuento de horas de trabajo, las principales diferencias respecto 2006 residen en un número menor de horas pactadas pero un número mayor de horas habituales de trabajo. La media de horas semanales es de 38 horas, sin haber diferencias entre hombres y mujeres. Las horas habituales suben hasta 40,6 horas semanales, también del mismo modo para hombres y mujeres.

Tabla 6 Horas de trabajo según sexo

		Total	Hombres	Mujeres
HORAS SEMANALES	Media	38,2	38,4	37,2
	Mediana	40	40	40
	Desviación típica	10,8	10,9	10,3
	Mínimo	0	0	0
	Máximo	70	70	60
HORAS HABITUALES	Media	40,6	40,6	40,7
	Mediana	40	40	40
	Desviación típica	7,2	7,5	6,1
	Mínimo	0	0	30
	Máximo	72	72	72

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

Los motivos expuestos para la diferencia de horas de trabajo pactadas y habituales tampoco muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres, a excepción de una mayor presencia de horas extra en las mujeres. Sin embargo, en la muestra de 1988 no se contemplan las respuestas referidas a cargas familiares, de modo que no podemos valorar la evolución de esta situación.

Tabla 7 Razón principal para la diferencia entre horas de trabajo pactadas y habituales, por sexo

	Total	Hombres	Mujeres
Vacaciones o días de permiso	75%	73,8%	79,0%
Enfermedad, accidente o incapacidad	7,1%	6,2%	10,4%
Horario flexible, variable o similar	6%	6,1%	5,3%
Horas extraordinarias	2,4%	1,5%	5,3%
Otras causas	9,5%	12,4%	0%
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

El último aspecto que aquí podemos comentar, comparativamente, es la situación de pluriempleo. En esta muestra, casi el 20% declara haber trabajado en otro empleo. Hay que tener en cuenta que la distribución de las respuestas no coincide exactamente con la muestra de 2006 (donde sólo se contempla la situación de pluriempleo). Las diferencias entre ambos sexos son significativas. Casi el 25% de los hombres declara haber tenido otro u otros trabajos. En cambio, entre las mujeres tan sólo el 3,6%. Salvando las distancias entre las dos muestras, este dato podría confirmar la mayor dificultad de las mujeres para encontrar trabajo y compaginar distintas actividades.

Gráfico 21 Situación de pluriempleo según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA 1988 (1r trimestre)

Los datos disponibles en la muestra de la EPA de 1988 no permiten comparar el resto de datos presentados en la muestra de la EPA de 2006.

4.3. Encuesta de hospitales del Ministerio de Sanidad (2003)

4.3.1. Análisis de datos generales

De la matriz "personal hospitales 2003" (N = 15.715) se ha llevado a cabo un análisis descriptivo mediante *tablas de frecuencias* en relación a las variables *sexo* y *jornada laboral*. Primero con todos los casos de la matriz y en una segunda fase filtrando la totalidad por la variable *especialidad* (servicios médico y quirúrgico, otros servicios sanitarios, personal no médico).

Las distribuciones porcentuales de los profesionales sanitarios por razón de **sexo** están claramente diferenciadas según el tipo de servicio en el que se encuentran. Los *servicios médicos* aún siendo más numerosos los hombres (como por ejemplo en traumatología) encontramos en otros una presencia más igualitaria de médicas (como en los servicios de pediatría, psiquiatría, medicina general). Sin

embargo en los *servicios quirúrgicos*, englobados en la única categoría de "cirugía", la proporción de los profesionales según su sexo refleja una realidad casi de feudo profesional ya que encontramos que el 81% son hombres y el 19% mujeres.

Sin embargo esta situación se invierte al analizar a *otros servicios sanitarios* ya que únicamente en urgencias el porcentaje más numeroso es el de los hombres (58%) aunque sin ser una proporción desigual. El resto de los servicios están porcentualmente equilibrados (servicios centrales y UCI) o hay una abrumadora presencia femenina como es el caso de farmacia en el que el 76% son mujeres.

La distribución del *personal no médico* dentro de los centros sanitarios públicos es más bien la situación opuesta a la de los servicios médico-quirúrgicos. Es decir, estos profesionales sanitarios son predominantemente mujeres y en las únicas categorías en las que hay mayoría de hombres son dirección-gestión (52,5%), por oficio cualificado (76%) y otros profesionales no sanitarios (60%). Hay que tener en cuenta que el resto de unidades o servicios a los que estamos haciendo referencia están considerados socialmente como profesiones femeninas, como por ejemplo enfermería, fisioterapia, auxiliares de clínica, ayudantes sanitarios, administrativos, matronas, asistentes sociales, etc.

En relación a la **jornada laboral** (diferenciada en dos categorías: >36h/sem o <36h/sem) se observa una misma tendencia por razón de sexo. Es decir, la distribución de realización de la jornada de >36h/sem y la de <36h/sem es igual para médicos y médicas (60% hombres y 40% mujeres). Esta situación se invierte en las especialidades de psiquiatría (53% de médicas hacen jornada <36h/sem), se iguala en pediatría (53% hombres y 47% mujeres con jornada <36h/sem) y ginecología (52% hombres y 48% mujeres con jornada <36h/sem). Dentro del ámbito de otros servicios sanitarios, observamos que hay más mujeres (53,5%) en los servicios centrales que realizan la jornada >36h/sem.

a) Datos totales

N = 15.715 médicos/as

Médicos n = 10.334 representan el 66% del total

Médicas n = 5.381 representan el 34% del total

b) Datos según el tipo de jornada laboral

Médicos/as totales con jornada laboral >36 horas semanales

N = 9.675 representan 61,5%

Médicos/as totales con jornada laboral <36 horas semanales

N = 2.136 representan 13,5%

Médicos/as totales colaboradores

N = 3.904 representan 25%

Jornada de >36 horas semanales (el 61,5% del total):

Médicos n = 5.849 representan el 60%

Médicas n = 3.826 representan el 40%

Jornada de <36 horas semanales (el 13,5% del total):

Médicos n = 1.294 representan el 60%

Médicas n = 842 representan el 40%

Colaboradores (el 25% del total):

Médicos n = 3.191 representa el 82%

Médicas n = 713 representan el 18%

4.3.2. Datos según especialidad

1. MEDICINA GENERAL

a) Totales (N = 4.119):

Médicos n = 2.601 son el 63%

Médicas n = 1.518 son el 37%

b) Por jornada laboral:

- Médicos >36h n=1.782 son el 60% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
- Médicas >36h n=1.191 son el 40%

- Médicos <36h n=249 son el 57%
- Médicas <36h n=189 son el 43%

- Colaboradores médicos n=570 son el 80%
- Colaboradoras médicas n=138 son el 20%

2. CIRUGÍA

a) Totales (N = 2.761):

Médicos n= 2.251 son el 81,5%

Médicas n= 510 son el 18,5%

- b) Por jornada laboral:
- Médicos >36h n=1.167 son el 77,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Médicas >36h n=340 son el 22,5%

 - Médicos <36h n=228 son el 80%
 - Médicas <36h n=57 son el 20%

 - Colaboradores médicos n=856 son el 88%
 - Colaboradoras médicas n=113 son el 12%

3. TRAUMATOLOGÍA

- a) Totales (N = 1.183):
- Médicos n=1.043 son el 88%
 - Médicas n=140 son el 12%
- b) Por jornada laboral:
- Médicos >36h n=531 son el 87% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Médicas >36h n=79 son el 13%

 - Médicos <36h n=95 son el 84%
 - Médicas <36h n=18 son el 16%

 - Colaboradores médicos n=417 son el 90%
 - Colaboradoras médicas n=43 son el 10%

4. OBSTETRICIA-GINECOLOGÍA

- a) Totales (N=1.334):
- Médicos n=925 son el 69%
 - Médicas n=409 son el 31%
- b) Por jornada laboral:
- Médicos >36h n=303 son el 57% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Médicas >36h n=228 son el 43%

 - Médicos <36h n=54 son el 52%
 - Médicas <36h n=50 son el 48%

- Colaboradores médicos n=568 son el 81%
- Colaboradoras médicas n=131 son el 19%

5. PEDIATRÍA

- a) Totales (N = 818):
- Médicos n=497 son el 61%
 - Médicas n=321 son el 39%
- b) Por jornada laboral:
- Médicos >36h n=240 son el 53,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Médicas >36h n=209 son el 46,5%
 - Médicos <36h n=60 son el 53%
 - Médicas <36h n=53 son el 47%
 - Colaboradores médicos n=197 son el 77%
 - Colaboradoras médicas n=59 son el 23%

6. PSIQUIATRÍA

- a) Totales (N = 627):
- Médicos n=362 son el 58%
 - Médicas n=265 son el 42%
- b) Por jornada laboral:
- Médicos >36h n=220 son el 56% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Médicas >36h n=173 son el 44%
 - Médicos <36h n=76 son el 47%
 - Médicas <36h n=85 son el 53%
 - Colaboradores médicos n=66 son el 90%
 - Colaboradoras médicas n=7 son el 10%

7. SERVICIOS CENTRALES

- a) Totales (N=2.678):
- Hombres n=1.378 son el 51%
 - Mujeres n=1.300 son el 49%
- b) Por jornada laboral:

- Hombres >36h n=1.007 son el 46,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
- Mujeres >36h n=1.154 son el 53,5%
- Hombres <36h n=106 son el 58%
- Mujeres <36h n=76 son el 42%
- Colaboradores hombres n=265 son el 79%
- Colaboradoras mujeres n=70 son el 21%

8. UCI

a) Totales (N=370):

Hombres n= 246 son el 66,5%

Mujeres n=124 son el 33,5%

b) Por jornada laboral:

- Hombres >36h n=182 son el 65% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
- Mujeres >36h n=99 son el 35%
- Hombres <36h n=33 son el 67%
- Mujeres <36h n=16 son el 33%
- Colaboradores hombres n=31 son el 77,5%
- Colaboradoras mujeres n=9 son el 22,5%

9. REHABILITACIÓN

a) Totales (N=222):

Médicos n=104 son el 47%

Médicas n=118 son el 53%

b) Por jornada laboral:

- Médicos >36h n=59 son el 43% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
- Médicas >36h n=79 son el 57%
- Médicos <36h n=16 son el 38%
- Médicas <36h n=26 son el 62%
- Colaboradores médicos n=29 son el 69%
- Colaboradoras médicas n=13 son el 31%

10. URGENCIAS

- a) Totales (N = 1.613):
- Médicos n=937 son el 58%
 - Médicas n=676 son el 42%
- b) Por jornada laboral:
- Médicos >36h n=368 son el 57% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Médicas >36h n=274 son el 43%
 - Médicos <36h n=377 son el 58%
 - Médicas <36h n=272 son el 42%
 - Colaboradores médicos n=192 son el 60%
 - Colaboradoras médicas n=130 son el 40%

11. FARMACIA

- a) Totales (N = 335):
- Hombres n=81 son el 24%
 - Mujeres n=254 son el 76%
- b) Por jornada laboral:
- Hombres >36h n=72 son el 28% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=186 son el 72%
 - Hombres <36h n=8 son el 12%
 - Mujeres <36h n=58 son el 88%
 - Colaboradores hombres n=1 son el 9%
 - Colaboradoras mujeres n=91 son el 91%

12. OTROS TITULADOS SUPERIORES

- a) Totales (N = 717):
- Hombres n=260 son el 36%
 - Mujeres n=457 son el 64%
- b) Por jornada laboral:
- Hombres >36h n=169 son el 40,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=248 son el 59,5%

- Hombres <36h n=65 son el 28%
- Mujeres <36h n=166 son el 72%
- Colaboradores hombres n=26 son el 38%
- Colaboradoras mujeres n=43 son el 62%

13. ENFERMERÍA

- a) Totales (N = 19.012):
- Hombres n=2.368 son el 12,5%
 - Mujeres n=16.644 son el 87,5%
- b) Por jornada laboral:
- Hombres >36h n=1.917 son el 12,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=13.381 son el 87,5%
 - Hombres <36h n=407 son el 11,5%
 - Mujeres <36h n=3.117 son el 88,5%
 - Colaboradores hombres n=44 son el 23%
 - Colaboradoras mujeres n=146 son el 77%

14. ATS-DUE

- a) Totales (N = 17.637):
- Hombres n=2.143 son el 12%
 - Mujeres n=15.494 son el 88%
- b) Por jornada laboral:
- Hombres >36h n=1.769 son el 12% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=12.681 son el 88%
 - Hombres <36h n=365 son el 12%
 - Mujeres <36h n=2.772 son el 88%
 - Colaboradores hombres n=9 son el 18%
 - Colaboradoras mujeres n=41 son el 82%

15. MATRONAS

- a) Totales (N = 591):
- Hombres n=40 son el 7%

Mujeres n=551 son el 93%

b) Por jornada laboral:

- Hombres >36h n=11 son el 3% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
- Mujeres >36h n=330 son el 97%
- Hombres <36h n=1 son el 1%
- Mujeres <36h n=132 son el 99%
- Colaboradores hombres n=28 son el 24%
- Colaboradoras mujeres n=89 son el 76%

16. FISIOTERAPEUTAS

a) Totales (N = 784):

Hombres n=185 son el 24%

Mujeres n= 599 son el 76%

b) Por jornada laboral:

- Hombres >36h n=137 son el 27% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
- Mujeres >36h n=370 son el 73%
- Hombres <36h n=41 son el 16%
- Mujeres <36h n=213 son el 84%
- Colaboradores hombres n=7 son el 30,5%
- Colaboradoras mujeres n=16 son el 69,5%

17. OTROS TITULADOS MEDIOS SANITARIOS

a) Totales (N = 285):

Hombres n=101 son el 35,5%

Mujeres n=184 son el 64,5%

b) Por jornada laboral:

- Hombres >36h n=77 son el 37% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
- Mujeres >36h n=132 son el 63%
- Hombres <36h n=18 son el 27%
- Mujeres <36h n=48 son el 73%
- Colaboradores hombres n=6 son el 60%

- Colaboradoras mujeres n=4 son el 40%

18. AYUDANTES SANITARIOS

- a) Totales (N = 17.338):
 - Hombres n= 2.369 son el 14%
 - Mujeres n=14.969 son el 86%
- b) Por jornada laboral:
 - Hombres >36h n=1.842 son el 13,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=11.788 son el 86,5%
 - Hombres <36h n=527 son el 14%
 - Mujeres <36h n=3.181 son el 86%

19. AUXILIARES de CLÍNICA

- a) Totales (N = 15.190):
 - Hombres n=1.791 son el 12%
 - Mujeres n=13.399 son el 88%
- b) Por jornada laboral:
 - Hombres >36h n=1.380 son el 11,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=10.557 son el 88,5%
 - Hombres <36h n=411 son el 13%
 - Mujeres <36h n=2.842 son el 87%

20. TÉCNICOS SANITARIOS

- a) Totales (N = 2.148):
 - Hombres n=578 son el 27%
 - Mujeres n=1.570 son el 73%
- b) Por jornada laboral:
 - Hombres >36h n=462 son el 27% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=1.231 son el 73%
 - Hombres <36h n=116 son el 26%
 - Mujeres <36h n=339 son el 74%

21. DIRECCIÓN y GESTIÓN

- a) Totales (N=1.345):
- Hombres n=706 son el 52,5%
 - Mujeres n=639 son el 47,5%
- b) Por jornada laboral:
- Hombres >36h n=647 son el 52% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=597 son el 48%
 - Hombres <36h n=46 son el 64%
 - Mujeres <36h n=26 son el 36%
 - Colaboradores hombres n=13 son el 45%
 - Colaboradoras mujeres n=16 son el 55%

22. ASISTENTES SOCIALES

- a) Totales (N = 405):
- Hombres n=19 son el 5%
 - Mujeres n=386 son el 95%
- b) Por jornada laboral:
- Hombres >36h n=13 son el 4,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=279 son el 95,5%
 - Hombres <36h n=6 son el 5%
 - Mujeres <36h n=106 son el 95%
 - Colaboradores hombres n=1 son el 100%
 - Colaboradoras mujeres n=0

23. POR OFICIO

- a) Totales (N = 7.081):
- Hombres n=3.382 son el 48%
 - Mujeres n=3.699 son el 52%
- b) Por jornada laboral:
- Hombres >36h n=2.297 son el 49,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=3.058 son el 50,5%

- Hombres <36h n=385 son el 37,5%
- Mujeres <36h n=641 son el 62,5%

24. POR OFICIO CUALIFICADO

- a) Totales (N = 1.452):
 - Hombres n=1.104 son el 76%
 - Mujeres n=348 son el 24%
- b) Por jornada laboral:
 - Hombres >36h n=1.026 son el 77,5% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=299 son el 22,5%
 - Hombres <36h n=78 son el 61%
 - Mujeres <36h n=49 son el 39%

25. POR OFICIO NO CUALIFICADO

- a) Totales (N = 5.629):
 - Hombres n=2.278 son el 40,5%
 - Mujeres n=3.351 son el 59,5%
- b) Por jornada laboral:
 - Hombres >36h n=1.971 son el 42% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=2.759 son el 58%
 - Hombres <36h n=307 son el 34%
 - Mujeres <36h n=592 son el 66%

26. ADMINISTRATIVOS

- a) Totales (N = 6.807):
 - Hombres n=1.347 son el 20%
 - Mujeres n=5.460 son el 80%
- b) Por jornada laboral:
 - Hombres >36h n=1.213 son el 21% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
 - Mujeres >36h n=4.534 son el 79%
 - Hombres <36h n=132 son el 13%

- Mujeres <36h n=912 son el 87%
- Colaboradores hombres n=2 son el 12,5%
- Colaboradoras mujeres n=14 son el 87,5%

27. OTROS NO SANITARIOS

a) Totales (N = 336):

Hombres n=202 son el 60%

Mujeres n=134 son el 40%

b) Por jornada laboral:

- Hombres >36h n=164 son el 57% del total de profesionales que hacen esta jornada laboral
- Mujeres >36h n=125 son el 43%
- Hombres <36h n=32 son el 84%
- Mujeres <36h n=6 son el 16%
- Colaboradores hombres n=6 son el 66%
- Colaboradoras mujeres n=3 son el 33%

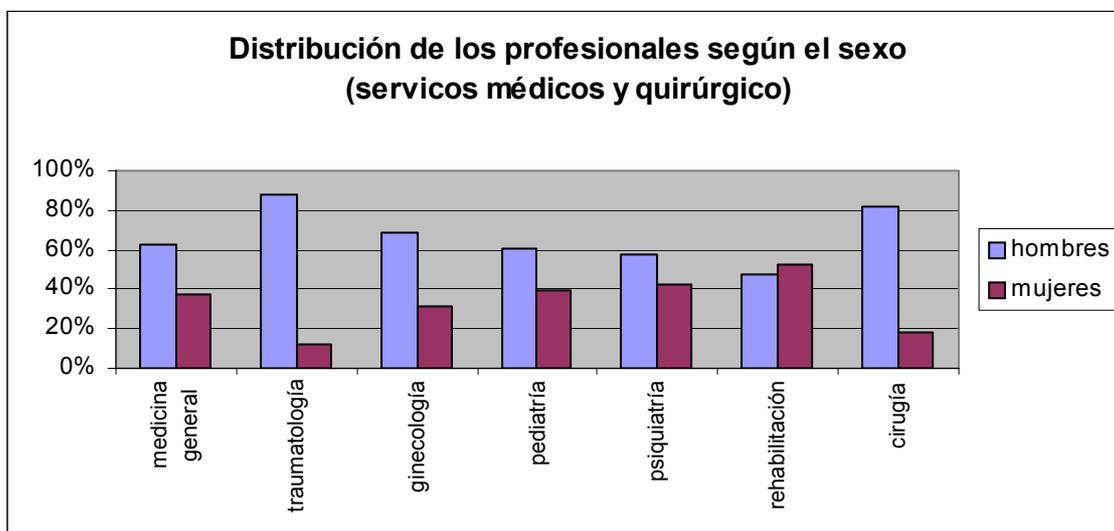
28. MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES (N = 2.414)

29. OTROS RESIDENTES (N = 76)

30. OTRO PERSONAL en PROGRAMA de FORMACIÓN POSTGRADO (N = 664)

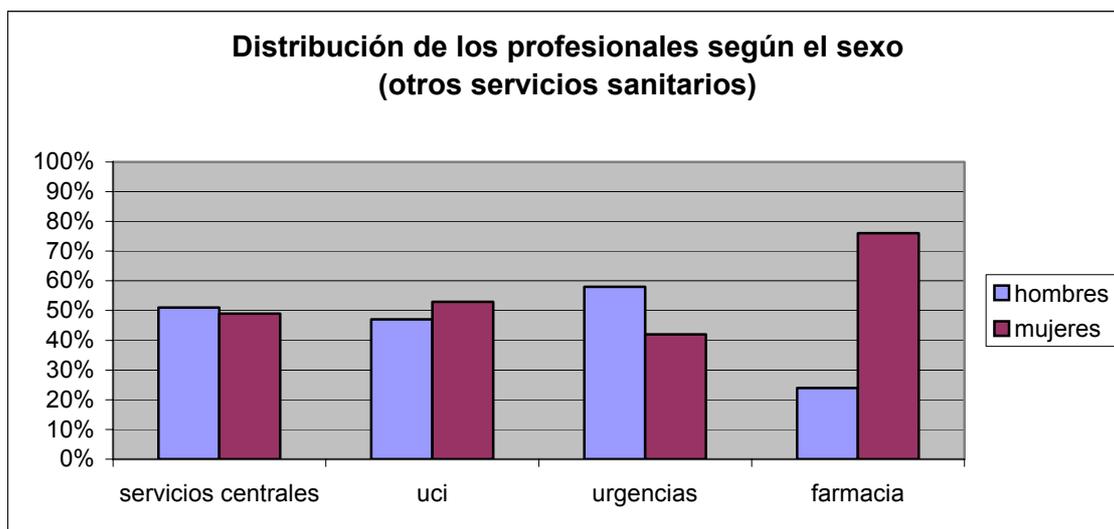
4.3.3. Gráficos

Gráfico 22 Distribución de los profesionales según el sexo (servicios médicos y quirúrgico)



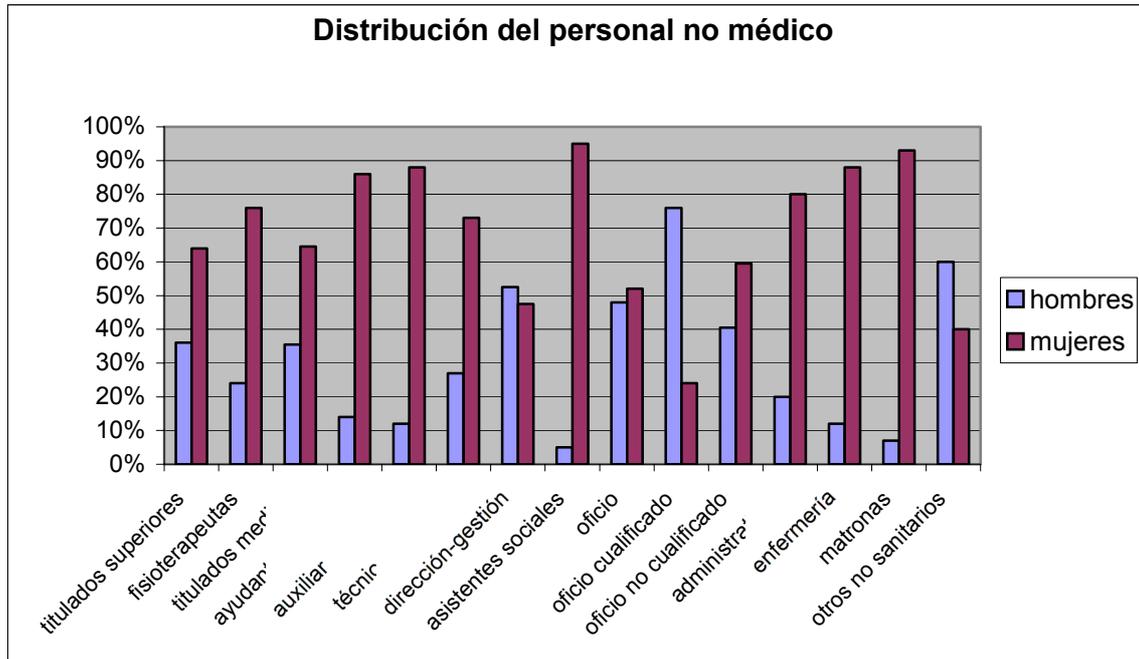
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta (2003)

Gráfico 23 Distribución de los profesionales según el sexo



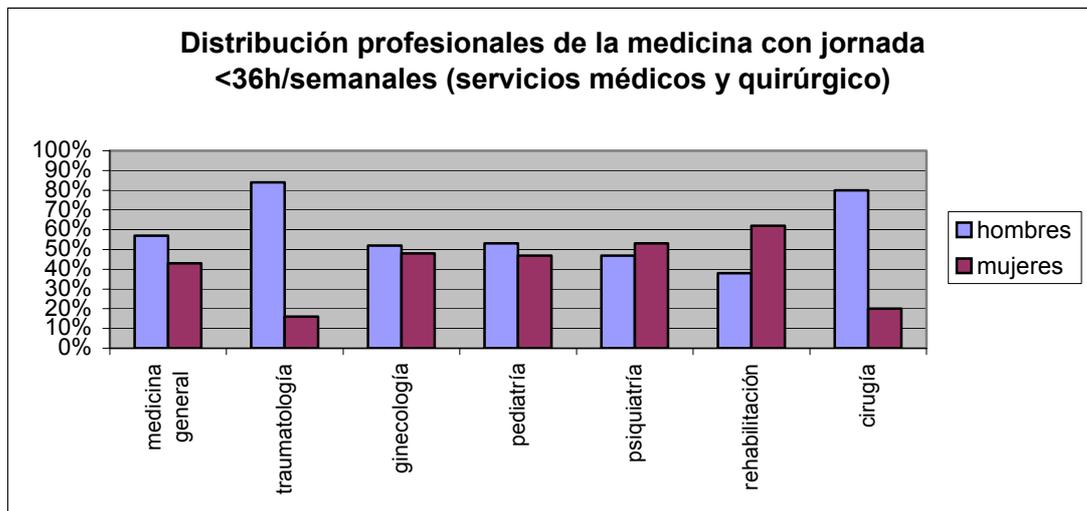
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta (2003)

Gráfico 24 Distribución del personal no médico



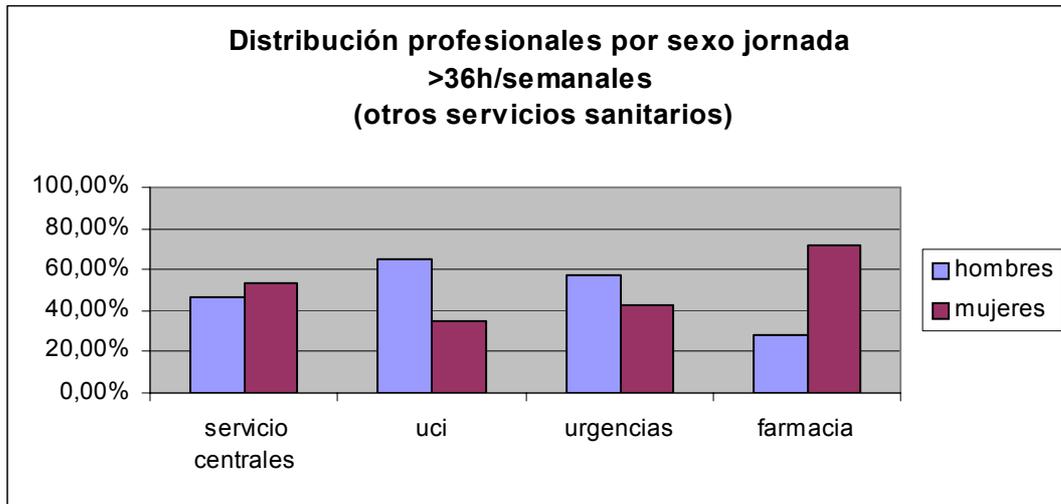
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta (2003)

Gráfico 25 Distribución profesional de la medicina con jornada <36 h/s



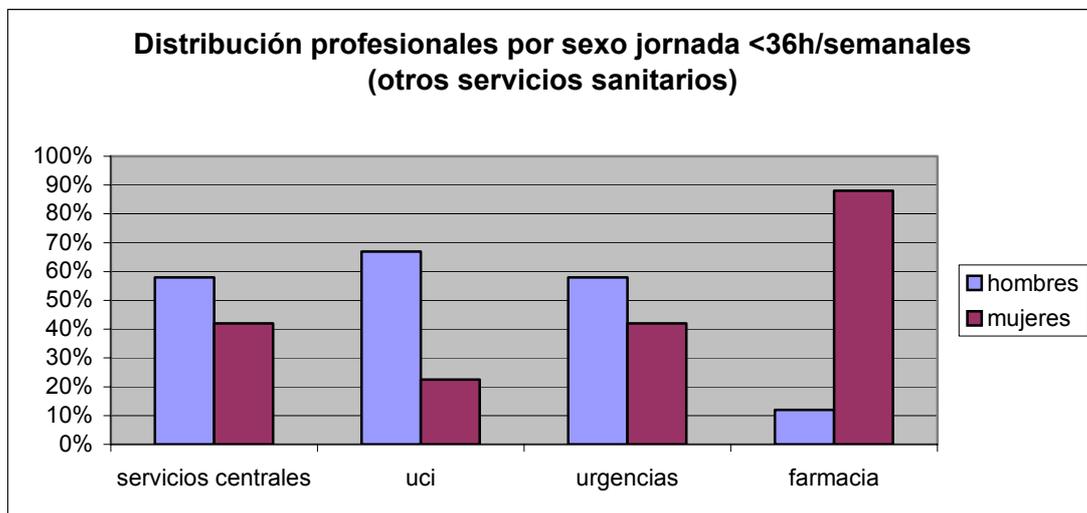
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta (2003)

Gráfico 26 Distribución profesionales jornada >36 h/s por sexo



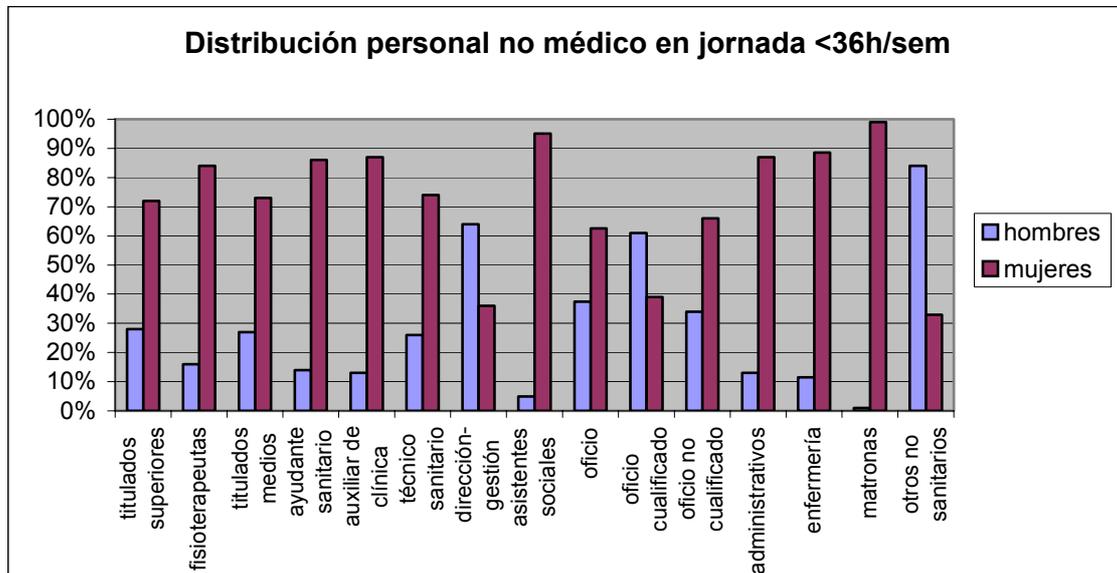
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta (2003)

Gráfico 27 Distribución profesionales jornada <36 h/s por sexo (otros)



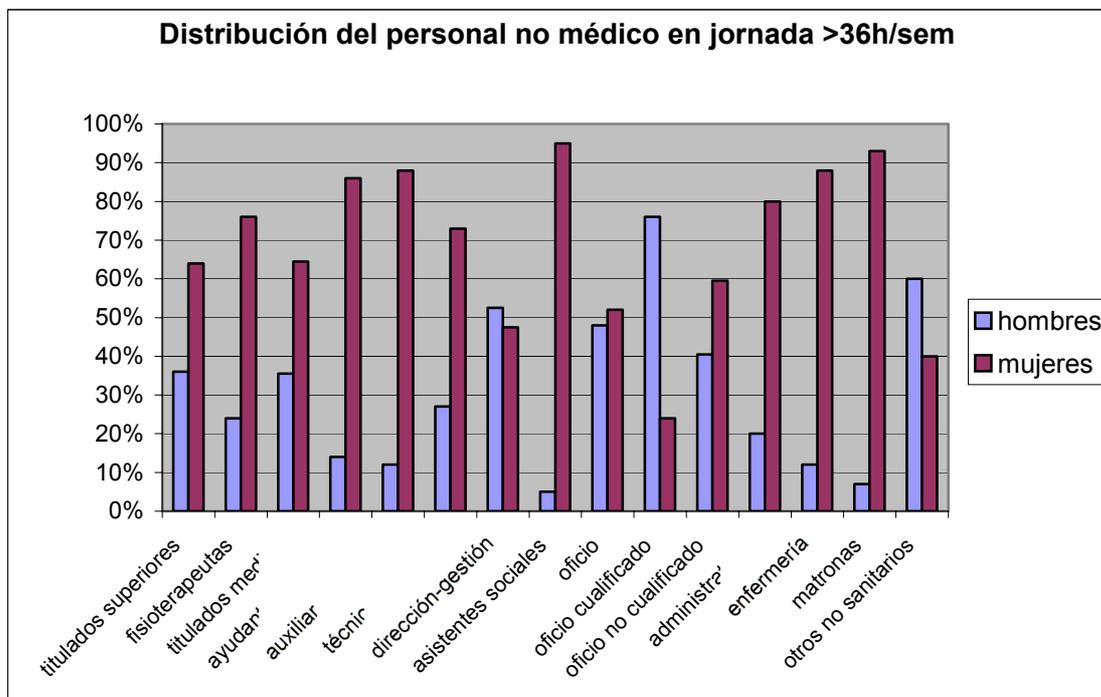
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta (2003)

Gráfico 28 Distribución personal no médico con jornada < 36 h/s



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta (2003)

Gráfico 29 Distribución personal no médico con jornada > 36 h/s



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta (2003)

4.4. Análisis de los datos del MIR

En este apartado se estudian los resultados de las pruebas de acceso a las plazas de médico residente realizadas entre los años 1988 y 2005. Dichos resultados contienen información acerca del orden obtenido en la prueba, el origen geográfico del candidato, su género, la universidad de procedencia así como el centro y la especialidad médica elegidos. No obstante, los datos relativos al periodo comprendido entre 1995 y 1997 son de mala calidad, en tanto que contienen dispersión en relación a las especialidades escogidas junto con un elevadísimo número de datos perdidos, lo que hace desestimar su utilización por falta de representatividad estadística.

Los primeros resultados generales confirman la tendencia de una feminización de la medicina. En la Tabla 8 se observa como el porcentaje casi paritario entre hombres y mujeres del año 1988 se va transformando en valores substancialmente distintos entre uno y otro género ocho años después: en el año 2005 de cada 3 candidatos a una plaza de médico residente 2 son mujeres.

	Tabla 8 Evolución del acceso a la pruebas MIR, por sexo							
	1988	1989	1995		1996		2004	2005
			Familia	Espec.	Familia	Espec.		
Mujeres	48,4%	49,2%	64,4%	57,6%	59,8%	58,4%	64%	64%
Hombres	51,6%	50,8%	35,6%	42,4%	40,2%	41,6%	36%	36%
TOTAL	16.885	18.259	2.383	15.549	3.904	11.762	7.543	7.745

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MIR (2005)

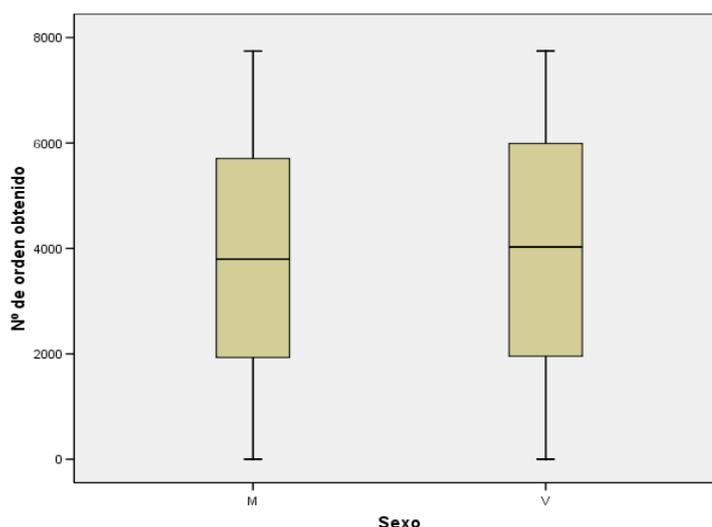
La información de los años noventa, por ejemplo el año 1995 y 1996 que figura en la tabla anterior, permite empezar a vislumbrar que existirán algunas especialidades que serán netamente masculinas, mientras que otras partirán desde el inicio del período estudiado como femeninas. Éste es el caso de la medicina familiar y comunitaria, que durante estos años oferta sus plazas en una lista distinta. Sólo el 35,6% (40,2%) de las plazas son ocupadas por hombres en el año 1995 (1996)

mientras que en el resto de especialidades las diferencias se acortan en bastantes puntos.

De estos mismos resultados generales, se desprende que debería analizarse con más detenimiento la evolución de oferta de plazas, dado que en este mismo período se ha producido una disminución del 54% aproximadamente. Esta variación, por si misma, no puede evaluarse ni como positiva ni como negativa. Sin embargo, en un estudio pormenorizado debería relacionarse, por una parte con las políticas de entrada de estudiantes universitarios en las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud y por otra, con el número de médicos *per cápita* en España en relación a otros países europeos y las actuales políticas de reorganización de los sistemas sanitarios.

Con las variables que contiene esta base de datos, todas ellas de carácter cualitativo, se pueden analizar dos cuestiones primordiales: 1) el comportamiento que tienen hombres y mujeres a la hora de elegir el centro de destino en relación con su origen geográfico y 2) como influye el género del candidato en la especialidad médica adoptada. En este segundo apartado debería también considerarse el número de orden conseguido en las pruebas MIR. Sin embargo, una representación gráfica de la distribución de notas entre hombres y mujeres permite observar que, con pequeñas salvedades, no hay diferencias significativas (Gráfico 1).

Gráfico 30 Diagrama de cajas por sexo (1988 – 2005)

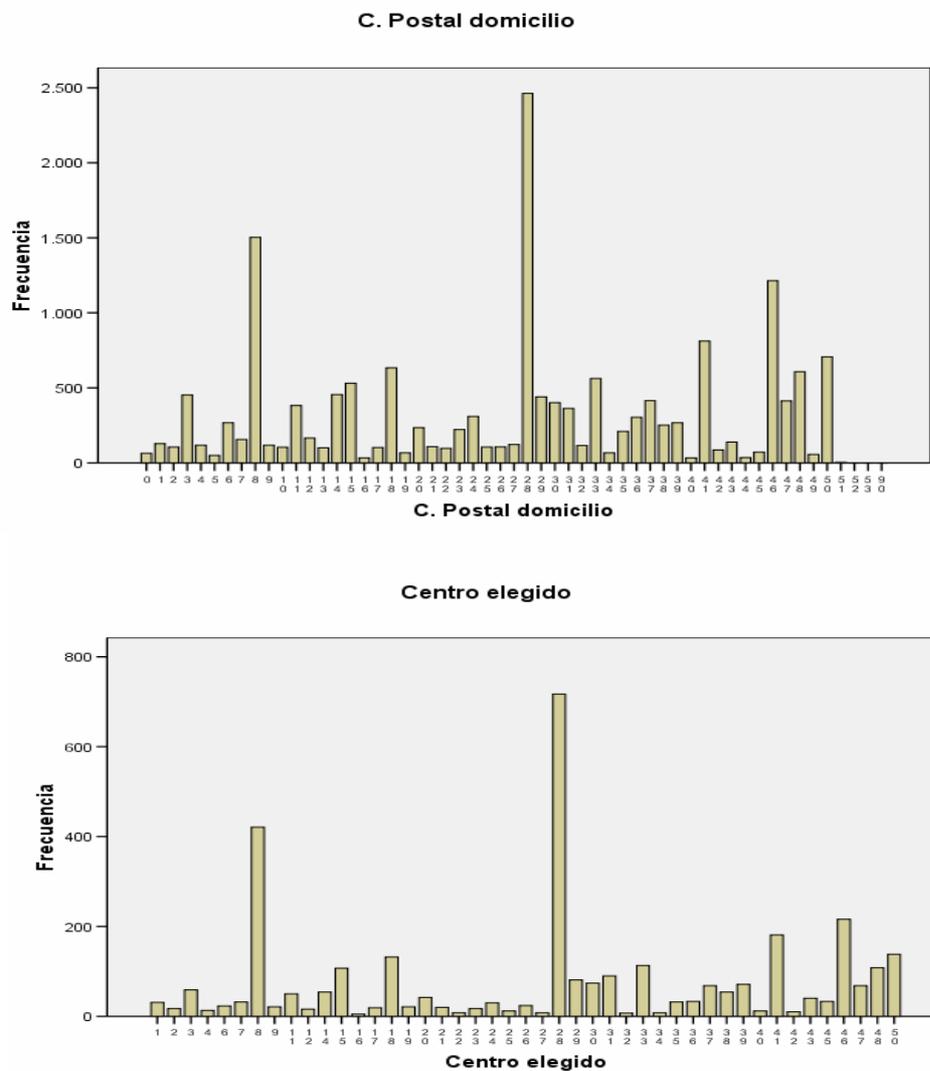


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MIR (2005)

4.4.1. Origen geográfico y centro de destino en las pruebas MIR

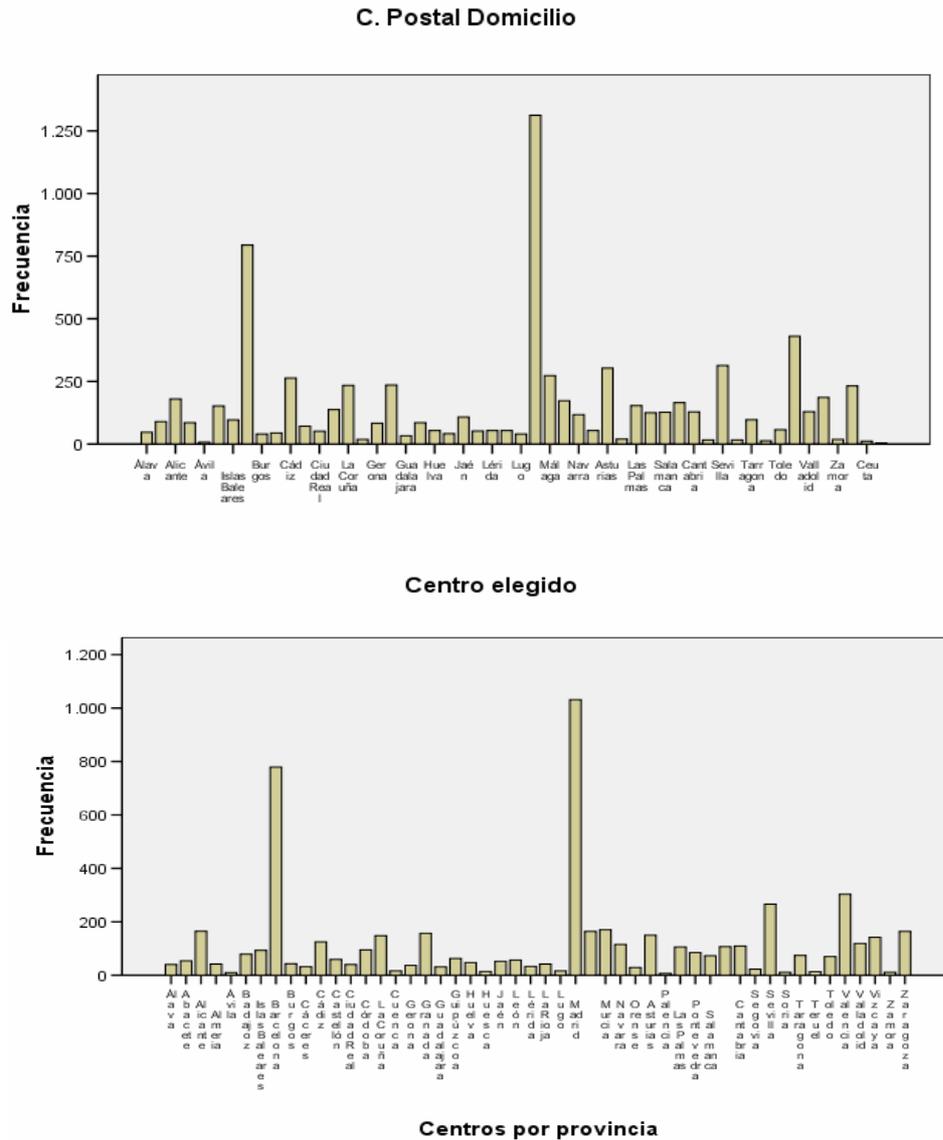
Para estas variables, y a lo largo de todo el período estudiado, las dinámicas de comportamiento entre hombres y mujeres son similares. Ambos prefieren estudiar la carrera de medicina lo más cerca posible de su domicilio y ambos también eligen un centro de destino lo más cerca posible de su domicilio o, de forma residual, del lugar donde han realizado sus estudios.

Gráfico 31 Código postal y centro elegido. Frecuencias relativas (1988)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MIR (2005)

Gráfico 32 Código postal y centro elegido. Frecuencias relativas (2005)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MIR (2005)

Excepcionalmente hay frecuentes desplazamientos que tienen como destino los centros de Madrid y Barcelona. Como era de esperar, los centros de alta tecnología, la mayor demanda de facultativos, el tamaño de los centros y sus grupos de investigación o la percepción de calidad de los hospitales de las dos grandes ciudades condicionan la elección de los candidatos a residentes. Mientras, las ciudades más pequeñas acogen mayoritariamente a estudiantes de su comunidad, o comunidades limítrofes.

La representación de las frecuencias de ambas variables (Gráfico 2 y 3) reproduce el mismo, o muy parecido perfil, apoyando las afirmaciones anteriores. En cuanto a su evolución, no parece que los resultados del año 2005 difieran en exceso de los del año 1988.

Conjuntamente, ambas afirmaciones se ven reflejadas en una matriz donde las filas corresponden a los orígenes y las columnas a los destinos. Los mayores porcentajes se ubican en su diagonal principal, lo que ofrece una prueba más de las afirmaciones iniciales de este apartado. Además, puede observarse como la columna de Madrid y Barcelona contienen flujos provenientes de casi todas las provincias españolas: los porcentajes, además, son más elevados para la capital de España. Sin embargo, así como la fila de Madrid también refleja una pequeña salida de facultativos hacia otras comunidades, no se registra la misma movilidad en la fila de Barcelona. Como se afirmaba al principio de este apartado no hay diferencias en la representación de la matriz de hombres y mujeres. En el anexo 1 se representan estas características en las matrices de 2005. Su representación es engorrosa al no poder agrupar los resultados. Un primer intento de concentrar el origen y destino de los estudiantes por Comunidades Autónomas se desestimó dado que se perdía una información valiosa para el objetivo perseguido. Así, por ejemplo, en aquellas CCAA, como Cataluña, donde existe una gran ciudad con centros de alta tecnología y fuertes grupos de investigación, pero con cuatro Facultades de Medicina repartidas entre las distintas provincias, perdía su significado considerar como único origen y destino Cataluña.

4.4.2. Género y especialidades médicas en las pruebas MIR

En este apartado estudiamos la distribución por género en la elección de especialidad (puesto de trabajo especializado) en el ámbito de la sanidad. Para ello hemos utilizado los resultados de los exámenes de acceso a las plazas de Médico Interno Residente (MIR) para distintos años. En concreto, hemos trabajado con las pruebas realizadas los años 1988, 1989 y 1990, por una parte, y las correspondientes a los años 2003, 2004 y 2005. La limitada y poco fiable información de los años noventa nos ha hecho desestimar su uso.

A grandes rasgos, el análisis realizado muestra que el género del candidato a MIR no es un elemento neutral en la elección de la especialidad médica en la cual ese titulado o titulada quiere formarse. Esto es, existen "especialidades" médicas feminizadas y otras masculinizadas. Para analizar la información se han agrupado las

distintas especialidades médicas en diferentes grupos a fin de facilitar la presentación y comprensión de los resultados. Estos grupos, contruidos en base a un criterio de máxima homogeneidad interna e idiosincrasia de algunos tipos de especialidades, en aras de las pautas de elección personal más que de una afinidad categórica estricta, son los siguientes: 1) Medicina especial; incluye las especialidades de medicina específica de áreas profesionales, grupos poblacionales concretos etc. Se incluyen, por ejemplo, las especialidades de "medicina legal" o "medicina familiar y comunitaria". En este sentido, a pesar de que esta última rama de la medicina puede considerarse distinta, hecho que propició que incluso la información se desagregara del resto, se presentan sus resultados como una especialidad más, debido al objeto de análisis que no es otro que ver la evolución de la demanda relativa a lo largo del tiempo. 2) Cirugías; incluye las diferentes especialidades relativas a la cirugía, con excepción de la neurocirugía. 3) Neurologías; formado por las especialidades de "neurología", "neurofisiología clínica" y "neurocirugía". 4) Aparatos y órganos; incluye todas aquellas especialidades médicas vinculadas a un aparato, órgano o tejido del cuerpo. 5) Conducta; incluye las especialidades de "psiquiatría" y "psicología clínica". 6) Otras especialidades, donde se han asignado todas las especialidades que no se podían incluir en ninguno de los grupos precedentes.

Tabla 9 Plazas ofertadas por especialidad (2005)

	n	% del total
Especial	2.785	48,71%
Cirugías	464	8,12%
Neurologías	195	3,41%
Aparatos y órganos	1.127	19,71%
Conducta	189	3,31%
Otros	957	16,74%
TOTAL	5.717	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MIR (2005)

Tabla 10 Elección de la especialidad por sexo (Convocatoria 2005)

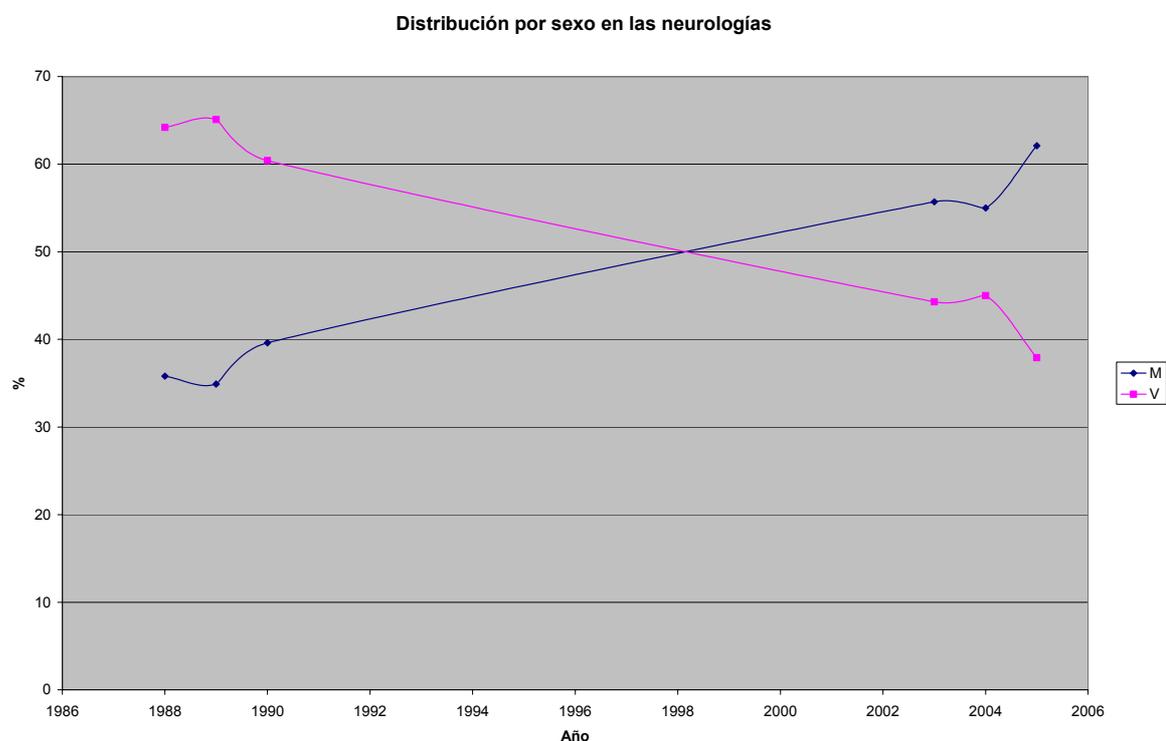
	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Especial	828	42,7%	1.957	51,8%
Cirugías	249	12,8%	215	5,7%
Neurologías	74	3,8%	121	3,2%
Aparatos y órganos	429	22,1%	698	18,5%
Conducta	61	3,2%	128	3,4%
Otros	298	15,4%	659	17,4%
TOTAL	1.939	100,00%	3.778	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MIR (2005)

Esta tabla muestra en sus filas el número de candidatos que han escogido cada tipología de especialidad, separados por género, así como el porcentaje de cada sexo que hay en cada una. Como puede observarse, existen algunos tipos de especialidad médica claramente dominados por el sexo masculino. En particular, la cirugía y las especialidades vinculadas a la neurología. Así, por ejemplo, 8 de cada 10 candidatos a MIR, con plaza adjudicada o en reserva, que escogieron una especialidad de cirugía eran hombres. Otros grupos de especialidad sujetos al predominio masculino son, en este caso, las neurologías y las relacionadas con aparatos u órganos. Las medicinas especiales, donde se halla la "medicina familiar y comunitaria" como rama más significativa, y las especialidades de conducta presentan una mayoría de aspirantes del género femenino aunque en estas se está en una situación más próxima a la paridad y por lo tanto, con un ratio más parecido a la distribución general de la población.

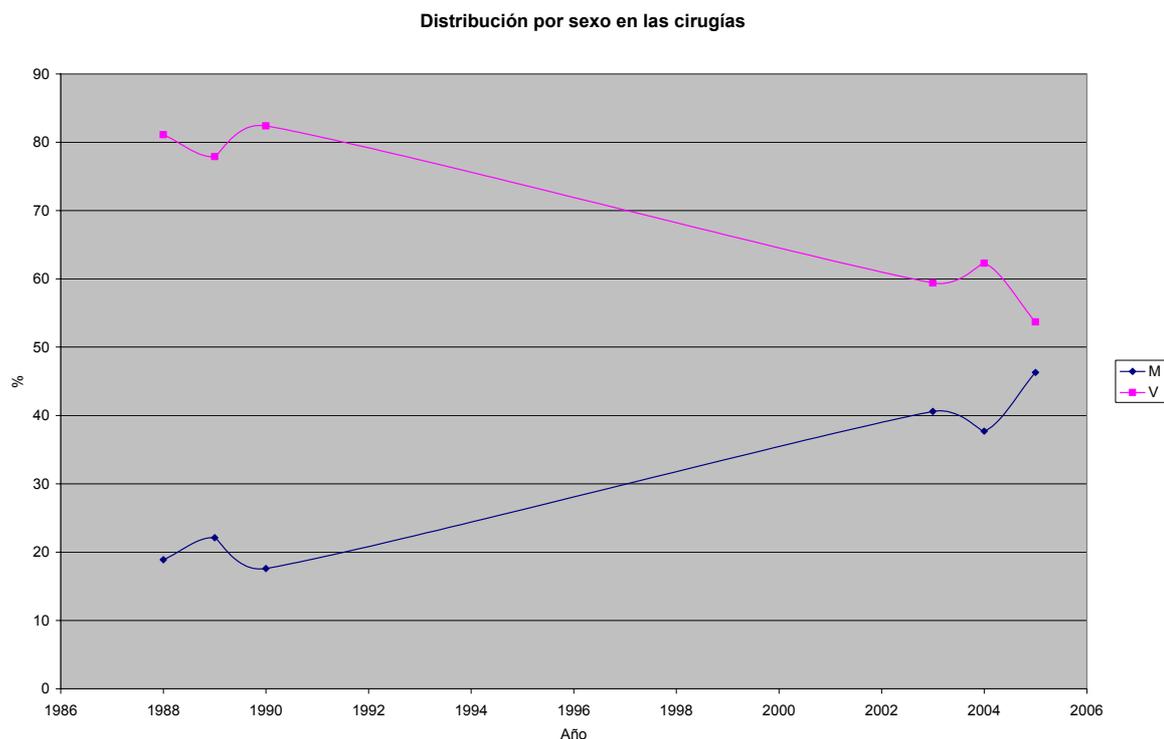
Este patrón de género en las especialidades médicas, sin embargo, no se mantiene a lo largo del tiempo en todos los casos. Así, los grupos de especialidad "aparatos y órganos" y "neurologías", que en los últimos años de la década de los 90 se distinguen por ser fundamentalmente profesiones de hombres, invierten su carácter con la entrada en el siglo XXI pasando a ser mundos femeninos. En el Gráfico 4 podemos observar dicho cambio de tendencia para el primer caso. Vemos que el nuevo marco de género en estas especialidades, tímido, casi paritario en sus primeros pasos, se consolida en el último año estudiado, incrementándose notablemente el diferencial entre hombres y mujeres.

Gráfico 33 Evolución de la división por género en las neurologías



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MIR (2005)

Otros grupos de especialidades parecen mantener en estos años su carácter masculino o femenino, con matices en cada caso. Las cirugías, especialidades claramente marcadas por la presencia de hombres en el inicio del presente corte temporal, convergen hacia la paridad de género, tal y como puede observarse en el Gráfico 5, con especial intensidad en el último año de análisis. El grupo medicina especial, que en los primeros años muestra un equilibrio en la presencia de hombres y mujeres sin embargo ligeramente sesgado hacia éstas, consolida en cambio esta querencia hacia el género femenino a lo largo del periodo de estudio. Asimismo, las especialidades de conducta aparecen de nuevo en el primer lustro de 2000 como una rama médica claramente femenina, tras el cambio de tendencia producido a finales de los ochenta y primeros noventa.

Gráfico 34 Evolución de la división por género en las cirugías

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MIR (2005)

En definitiva, podemos afirmar que género y elección de especialidad en medicina no son elementos independientes. El valor del estadístico Chi-cuadrado es significativamente distinto de cero en cada uno de los años o convocatorias del examen MIR analizadas (véase Anexo 2). Medidas más precisas que permiten también contrastar la hipótesis de independencia entre variables nominales sustentan el anterior resultado. Así, la probabilidad asociada al coeficiente de contingencia y a los valores Phi y V de Cramer (significación asintótica) permite rechazar la ausencia de asociación entre las variables género del candidato y elección de especialidad en el examen MIR, a un nivel de significación del 5%. La única salvedad a estas notas reside en el valor del estadístico Lambda para algunos de los años estudiados. En estos, Lambda no es significativamente distinto de cero lo que indica que no se está reduciendo el error de clasificación de un caso en una categoría concreta de una variable utilizando la información adicional proporcionada por el valor de ese caso en otra variable. Sin embargo, este hecho no permite afirmar que las variables género y elección de especialidad no estén asociadas, ya que la independencia entre variables categóricas implica un valor nulo de Lambda pero el recíproco de lo anterior no es

cierto. En este sentido, dicho estadístico constituye una medida complementaria de los estadísticos comentados inicialmente.

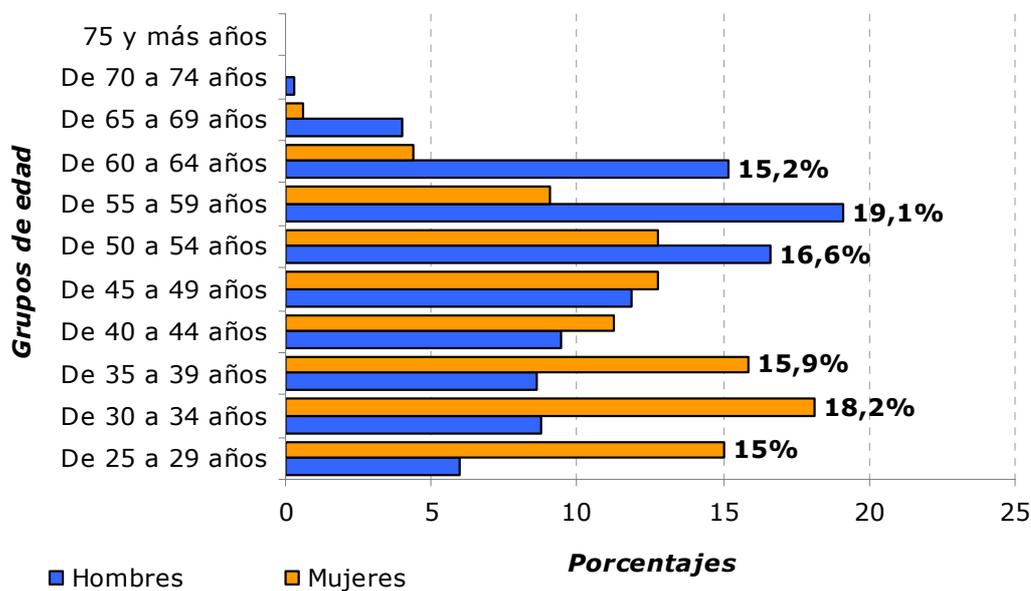
Cabe añadir que los análisis realizados sin transformar la variable "elección de especialidad", es decir, considerando cada especialidad médica independientemente reafirman el vínculo entre las variables estudiadas, lo que manifiesta por un lado la robustez del resultado y por otro la validez de la agrupación de especialidades realizada con una finalidad ilustrativa.

4.5. Análisis de la base de datos de profesionales del Instituto Catalán de la Salud, ICS (2008)

La matriz de datos facilitada por el ICS, correspondientes a 2008, nos da un total de 12.103 médicos y médicas. En esta muestra, la proporción de mujeres es de casi el 48%, un porcentaje muy cercano a la paridad. La distribución por sexos en grupos de edad no reproduce esta paridad.

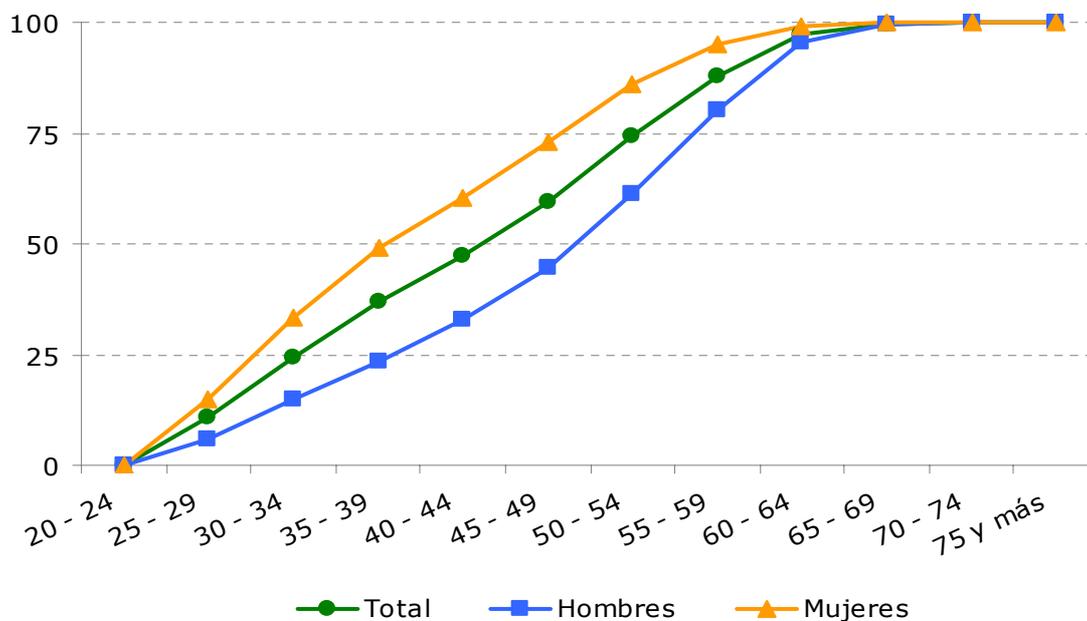
En el colectivo de mujeres, las edades con mayor peso relativo son las comprendidas entre los 30 y los 39 años y, en menor medida, entre los 25 y los 29 años. Por lo tanto, las mujeres son las protagonistas de las bases de la pirámide. En cambio, los hombres concentran más peso entre los 50 y los 64 años, de modo que tienen más protagonismo en la parte alta de la pirámide. El único grupo de edad que se acerca a un peso relativo parecido en hombres y mujeres es el de 45 a 49 años. Por debajo, tienen mayor peso las mujeres. Por encima, tienen mayor peso los hombres.

Gráfico 35 Distribución por sexo y edad (ICS). Frecuencias relativas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

Gráfico 36 Distribución por sexo y edad (ICS). Frecuencias acumuladas

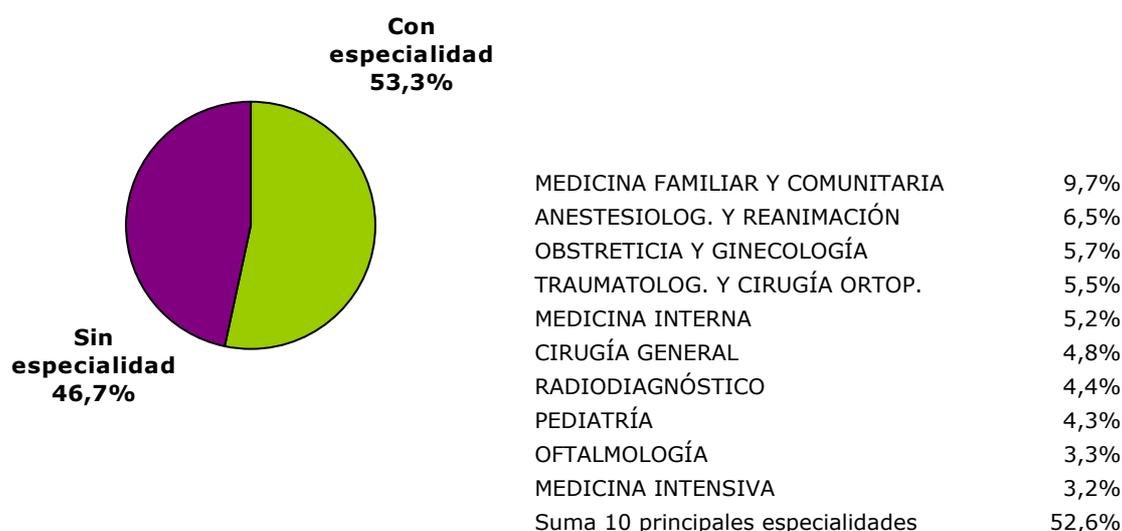


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

La distribución de las frecuencias acumuladas indica que, para el total de la muestra, el 50% de los/las profesionales tiene menos de 45 años. Las curvas del colectivo de mujeres y el de hombres muestran diferencias. En las mujeres, el 50% del colectivo no supera los 39 años. En los hombres, el 50% del colectivo alcanza el grupo de 45 a 49 años. La lectura del gráfico confirma que las mujeres de la muestra se concentran en las edades más jóvenes y tienen menor presencia en las edades más maduras, mientras que los hombres se reparten de manera más homogénea y se acumulan en edades maduras.

A continuación, se introducen los datos relativos a las especialidades de los y las profesionales de la muestra. Hay que destacar que, de las 12.103 personas del registro, el 46,7% constan sin especialidad. El registro del ICS distingue entre 70 especialidades. El Gráfico 37 muestra las especialidades con mayor número de profesionales registrados.

Gráfico 37 Principales especialidades del conjunto de profesionales del ICS



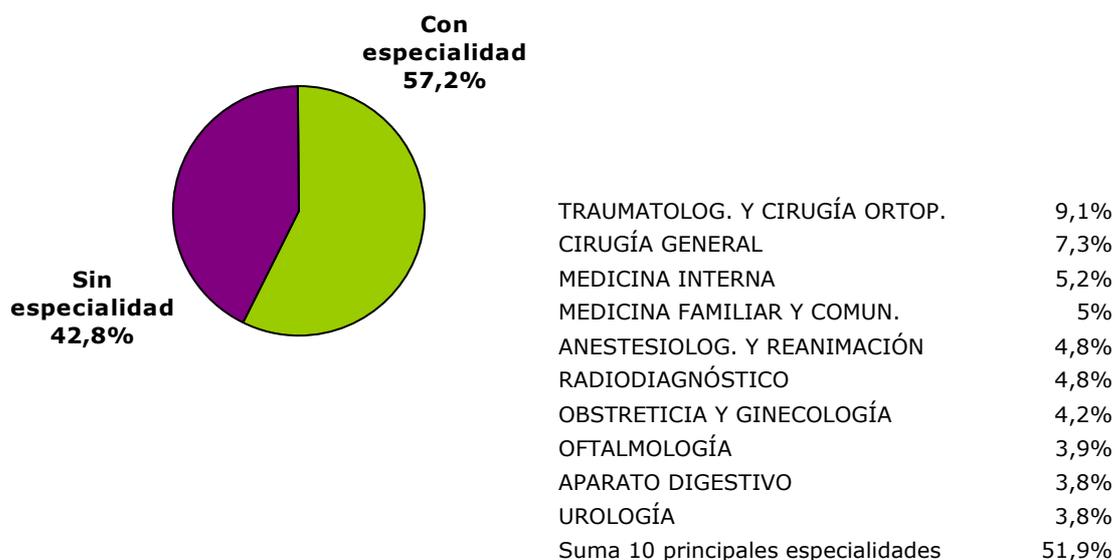
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

La especialidad que cuenta con mayor número de profesionales es la de medicina familiar y comunitaria, que concentra poco menos del 10% de los/las profesionales que se han registrado con alguna especialidad (el 53,3% de la muestra). En segundo lugar, destaca la especialidad de anestesiología y reanimación, con un 6,5%. En conjunto, las 10 principales especialidades suman más de la mitad

y, teniendo en cuenta que hay un total de 70 especialidades posibles, esto significa que hay gran número de especialidades que cuentan con muy pocos efectivos registrados.

Al distinguir entre hombres y mujeres, la lista de principales especialidades varía el orden. También cambia la proporción entre profesionales con y sin especialidad. Para el colectivo de hombres, el número de profesionales registrados sin especialidad (42,8%) es menor que el observado para el conjunto de la muestra. Las principales especialidades del 57,2% de hombres restante son traumatología - cirugía ortopédica y cirugía general. También en el caso de los hombres la suma de las 10 principales especialidades concentra poco más de la mitad del colectivo. El Gráfico 38 muestra el detalle de principales especialidades para el colectivo de hombres.

Gráfico 38 Principales especialidades del conjunto de hombres del ICS

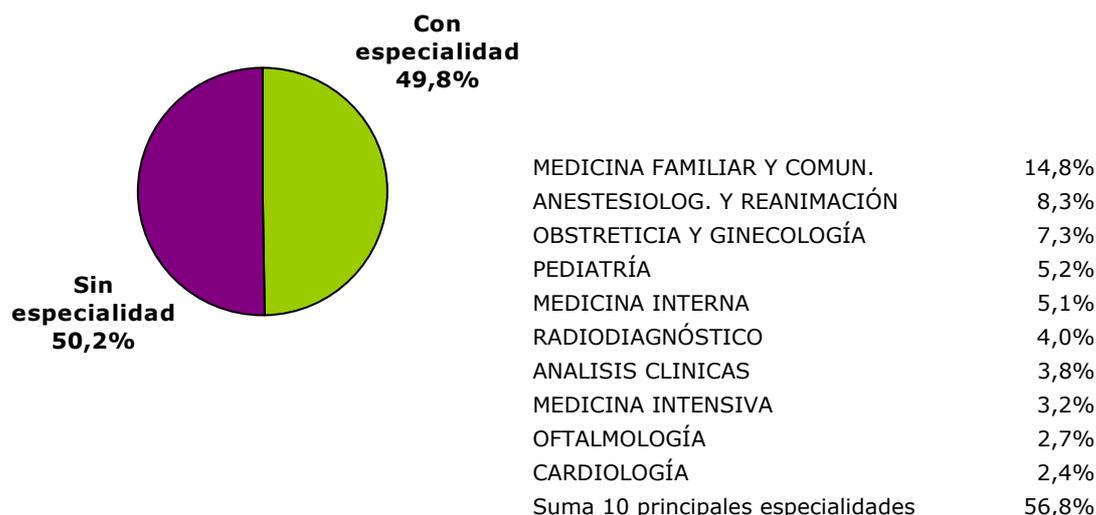


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

En el caso de las mujeres, la proporción de personas registradas sin especialidad (50,2%) es mayor que el observado para el conjunto de la muestra. Las especialidades más populares entre las mujeres son medicina familiar - comunitaria, anestesiología - reanimación y obstetricia - ginecología. En este caso, la principal especialidad concentra mayor número de profesionales que la principal especialidad de los hombres, es decir, que entre las mujeres hay menos variedad de

especialidades. Además, también en su caso la suma de las 10 especialidades más populares supera el 50% del colectivo, alcanzando un 56,8% de las mujeres registradas con especialidad. El Gráfico 39 muestra estos datos.

Gráfico 39 Principales especialidades del conjunto de mujeres del ICS



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

En la lista de las mujeres no aparecen las especialidades de traumatología – cirugía ortopédica ni la de cirugía general (las más populares entre los hombres), por lo tanto, podríamos considerar estas especialidades como típicas masculinas. Otras especialidades masculinas serían la de aparato digestivo y la de urología. En cambio, en la lista de los hombres no aparecen las especialidades de análisis clínicas ni pediatría, de manera que estas especialidades las podríamos considerar típicas femeninas. También se puede destacar que la especialidad más popular entre las mujeres, medicina familiar y comunitaria, tiene un porcentaje (14,8%) que es casi tres veces superior al que se da de esta especialidad entre los hombres (5%).

Si analizamos los datos sobre especialidades desde otro punto de vista, hemos construido una tabla a partir de los ratios de feminidad y masculinidad de las especialidades, según si tienen mayor proporción de hombres o de mujeres. En primer lugar, mostraremos las especialidades feminizadas con los ratios más altos.

Tabla 11 Ratios de feminidad de las especialidades feminizadas (ICS)

Especialidad	Ratio de feminidad
Psicología	4,7
Biología	3
Medicina Educación Física y Deporte	3
Medicina familiar y comunitaria	2,9
Farmacia hospitalaria	2,9
Farmacología clínica	2,9
Microbiología y parasitología	2,9
Rehabilitación	2,6
Neurofisiología clínica	2,3
Análisis clínicas	2
Alergiología	2
Unidad psiquiatría infantil y juvenil	2
Hematología y hemoterapia	1,8
Anestesiología y reanimación	1,7
Obstetricia y ginecología	1,7
Anatomía patológica	1,7
Medicina nuclear	1,7
Bioquímica clínica	1,6
Oncología médica	1,6
Medicina preventiva	1,6
Medicina del trabajo	1,5
Medicina legal y forense	1,5
Pediatría	1,4
Endocrinología	1,4
Dermatología	1,3
PADES – UFI	1,3
Oncología radioterápica	1,2
Nefrología	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

La tabla indica que hay un total de 28 especialidades feminizadas. Entre éstas, la que tiene el ratio de feminidad más elevado es la especialidad de psicología, con

casi 5 mujeres por cada hombre. En la cola de la lista, la especialidad de nefrología que, con un ratio de 1,1 está muy cerca de la paridad.

Tabla 12 Ratios de masculinidad de las especialidades masculinizadas (ICS)

Especialidad	Ratio de feminidad
Urología	9
Odontología	6
Traumatología y cirugía ortopédica	5,2
Tocólogo	4,8
Pulmón – corazón	4,7
Neuropsiquiatría	4,3
Cirugía cardiovascular	4,2
Neurocirugía	3,9
Cirugía general	3,6
Ginecólogo	3
Geriatría	3
Cirugía oral y maxilofacial	2,9
Cirugía plástica y reparadora	2,8
Cirugía torácica	2,7
Otorrinolaringología	2,6
Angiología y cirugía vascular	2,4
Física	2
Radiofarmacia	2
Aparato digestivo	1,9
Cirugía pediátrica	1,9
Cardiología	1,6
Oftalmología	1,5
Pneumología	1,5
Radiodiagnóstico	1,2
Medicina interna	1,1
Neurología	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

Los ratios de masculinidad en aquellas especialidades masculinizadas alcanzan su máximo en la especialidad de urología, donde por cada mujer encontramos 9 hombres. En segundo lugar, en odontología aparece un ratio de 6 hombres por mujer. En general, la Tabla 12 muestra un total de 26 especialidades masculinizadas. La mitad de ellas tienen ratios de casi 3 o más hombres por mujer. Por lo tanto, en los casos de masculinización ésta se da más intensamente que en los casos de feminización.

Por otro lado, cabe destacar que hay especialidades que consiguen ratios de paridad entre sexos, si bien se trata de un número reducido. Simplemente, las enumeramos en la Tabla 13, que sigue a continuación.

Tabla 13 Especialidades con distribución paritaria entre sexos (ICS)

especialidad	ratio
Reumatología	1
Medicina intensiva	1
Urgencias (MAUH)	1
Inmunología	1
Radiofísica Protec. Radiol.	1
Psiquiatría	1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

Por último, hay algunas especialidades en las que sólo constan registrados hombres y algunas otras en las que sólo constan mujeres. Aún así, estas especialidades no pueden considerarse típicamente masculinas o femeninas debido al poco número de efectivos registrados. En la mayoría de los casos, se trata de especialidades con una única persona registrada.

Tabla 14 Especialidades con sólo hombres o sólo mujeres (ICS)

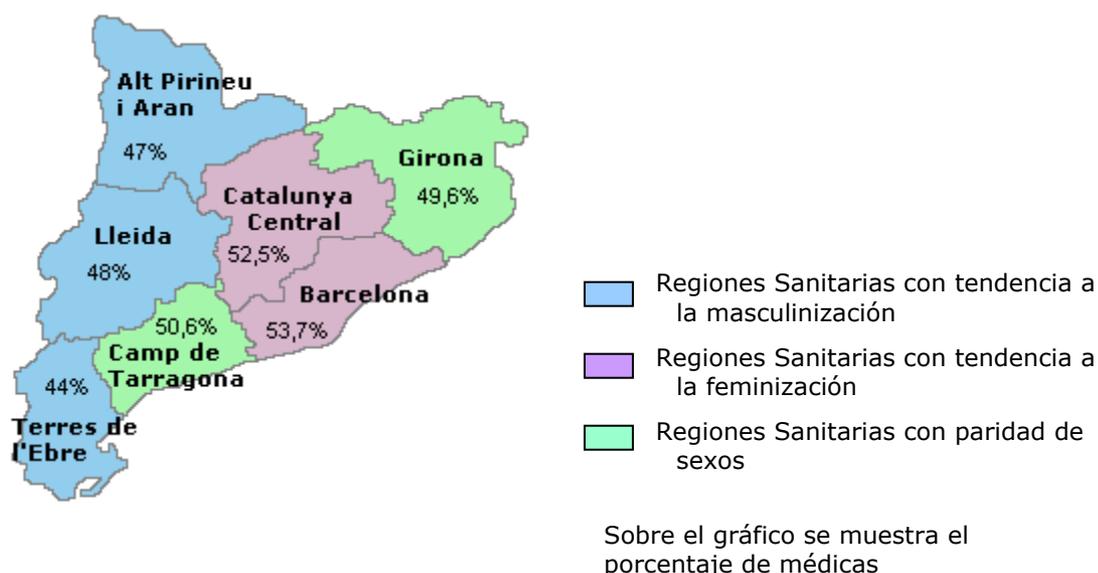
Sólo hombres	Sólo mujeres
Unidad de Salud Mental	Farmacia asistencial primaria
RDF	FIR

Prevención de Riesgos Laborales	A. Serv. Esp - Tecn. Salud Pub.
Química	APD
	Dietética

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

Los datos del ICS también nos permiten conocer la distribución de sus profesionales por el territorio catalán. Recordamos, sin embargo, que la provincia de Barcelona es la que suma un mayor número de profesionales, al ser la zona de Cataluña con mayor número de población. El Mapa 1 muestra las distintas regiones sanitarias (unidades territoriales en que se divide Cataluña para la gestión de los servicios de salud) según si sus plantillas profesionales del ICS están feminizadas o masculinizadas.

Mapa 1 Distribución de la plantilla del ICS por regiones sanitarias y sexo



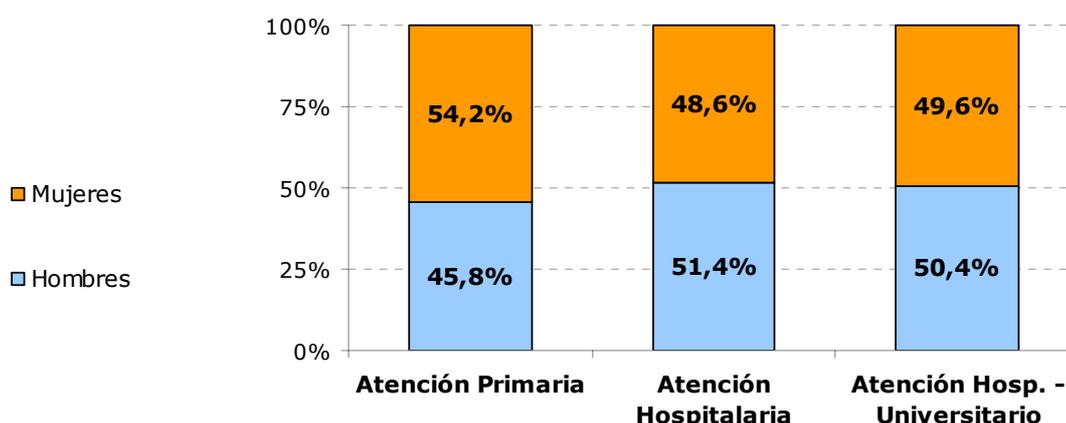
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

Observamos que las regiones con mayor número de profesionales (en el área metropolitana de Barcelona) son las que muestran mayor tendencia a la

feminización. Por el contrario, las zonas menos pobladas son las que muestran tendencia a la masculinización. En general, sin embargo, los porcentajes no muestran tendencias muy marcadas.

Por otro lado, los datos sobre el ámbito de atención en que ejercen la profesión nos permite distinguir entre atención primaria, atención hospitalaria y atención en hospitales universitarios. Es en este último ámbito donde la presencia de mujeres está más igualada con los hombres. En cambio, en atención primaria aparece una cierta tendencia a la feminización, pues cuenta con un 54,2% de mujeres. En atención hospitalaria la tendencia, más suave, es hacia la masculinización, con un 48,6% de mujeres. El Gráfico 40 muestra estos datos.

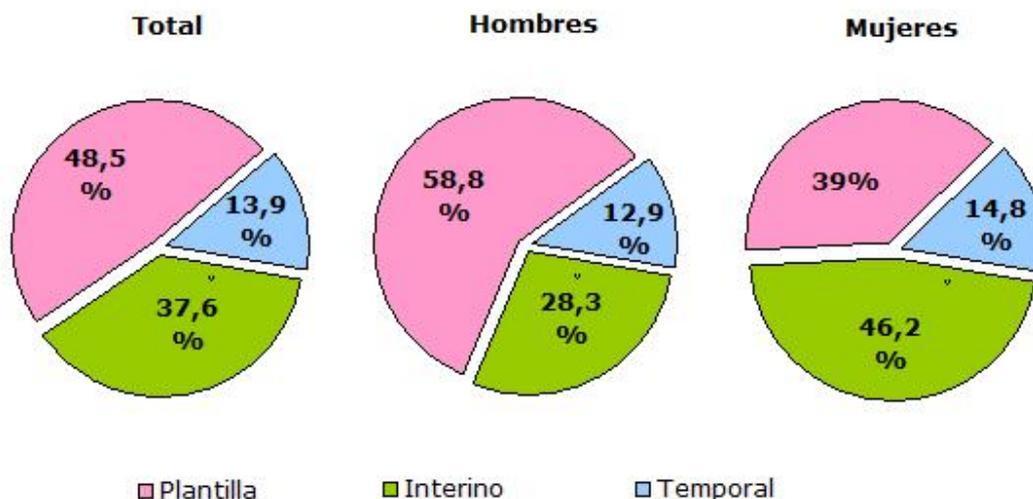
Gráfico 40 Distribución de la plantilla del ICS por ámbito de atención y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

Los datos sobre la ocupación muestran el tipo de contrato, la categoría laboral, la disposición de cargos de mando y el tipo de jornada laboral. En primer lugar, observamos que, según la distribución por tipo de contrato y sexo, las mujeres ostentan mayor número de contratos interinos, siendo este tipo de contrato el 46,2% de los contratos de las mujeres. En los hombres, este porcentaje es de poco más de un 28%. Este mayor número de contratos interinos se debe a un menor número de contrato en plantilla, ya que los contratos temporales tienen valores similares en ambos sexos.

Gráfico 41 Distribución de la plantilla del ICS por tipo de contrato y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

Para mostrar las diferencias en la categoría laboral, hemos construido una tabla que muestra el número de hombres y mujeres por categoría laboral, junto con el cálculo del ratio de feminidad que se deduce de la distribución.

Tabla 15 Profesionales del ICS por categoría laboral y sexo

Categoría	Total	Hombres	Mujeres	Ratio
Especialista de contingente	718	589	129	0,2
Facultativo/a especialista	3.869	2.143	1.726	0,8
investigador	4	3	1	0,3
Médico/a	26	12	14	1,2
Médico/a Atención Continuada	50	34	16	0,5
Médico/a de familia EAP	4.211	1.766	2.445	1,4
Médico/a de familia de refuerzo	2	1	1	1
Médico/a de familia contingente	320	241	79	0,3
Médico/a Servicio Urgencias	108	78	30	0,4
Médico/a Urgencias hospital.	5	5	0	0
Odontología-Estomatología EAP	268	115	153	1,3
Pediatría en EAP	618	195	423	2,2

Residente/a	1.883	592	1.291	2,2
Residente asistencial	1	1	0	0
Salud pública	20	3	17	5,7
Total	12.103	5.778	6.325	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

Únicamente la categoría de médicos/as de refuerzo alcanza la paridad, pero dado el poco número de efectivos, es poco relevante. En cambio, en las categorías con mayor número de profesionales, la categoría de facultativos/as especialistas obtiene 0,8 mujeres por cada hombre, de modo que es una categoría masculinizada. Las otras dos categorías relevantes numéricamente están feminizadas: los médicos y médicas de familia en EAP tienen 1,4 mujeres por cada hombre. Con un ratio más elevado, en la categoría de residentes encontramos 2,2 mujeres por cada hombre. Finalmente, cabe destacar que el ratio de feminidad más elevado lo encontramos en la categoría de salud pública, donde hay casi 6 mujeres por cada hombre, pero de nuevo se trata de una categoría con escaso valor numérico y, por lo tanto, poca relevancia.

Tabla 16 Profesionales del ICS por cargo y sexo

Categoría	Total	Hombres	Mujeres	Ratio
Sin cargo	11.217	5.177	6.040	1,2
Adjunto/a dirección EAP	6	3	3	1
Jefe de sección - Coord. médico	1	1	0	0
Jefe de sección IISS	427	300	127	0,4
Jefe de servicio IISS	200	176	24	0,1
Director/a clínico	3	2	1	0,5
Director/a EAP	249	119	130	1,1
Total	12.103	5.778	6.325	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

En relación a la distribución por cargo, hay más mujeres que hombres en el registro de profesionales sin cargo, con 1,2 mujeres por cada hombre. En el cargo

más concurrido, jefe de sección IISS, obtenemos un ratio masculinizado de 0,4 mujeres por cada hombre. En general, sólo los cargos de director/a EAP y el de adjunto/a a dirección de EAP no están masculinizados.

Finalmente, la distribución por tipo de jornada indica que la jornada parcial no está muy extendida, ya que alcanza porcentajes inferiores al 3%, tanto para el total de la muestra como para hombres y mujeres. En este sentido, no se observan diferencias significativas según el género.

Tabla 17 Profesionales del ICS por tipo de jornada laboral y sexo

Tipo de jornada	Total	Hombres	Mujeres
Completa	97,4%	97,3%	97,6%
Parcial	2,6%	2,7%	2,4%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICS (2008)

4.6. Base de datos del Departament de Salut de La Generalitat

Disponemos también de una base de datos de un colectivo de médicos en situación administrativa especial, son funcionarios del Departament de Salut, responsables de sanidad y distribuidos en el territorio.

Los datos de que disponemos son datos anualizados de principios de 2006, antes de la aplicación del nuevo convenio del ICS que mejoraba las condiciones salariales respecto a los conceptos de carrera profesional y atención continua. Se trata de un colectivo pequeño, 565 médicos en total de los que un 30% (169) son mujeres. El grueso de este colectivo son los llamados médicos integrados 502 frente a 63 denominados contingente (este último grupo son los médicos que no se han integrado en el sistema ordinario y que mantienen unas condiciones retributivas particulares, basadas en el número de cartillas y una dedicación de 15 horas semanales).

El primer resultado es que se trata de un colectivo profesional con un sistema de remuneración extraordinariamente complejo, con complementos que afectan a unos profesionales y otros que no. El total de ítems salariales que puede afectar a cada una de estas personas es de 85. Aunque se pueden clasificar en cuatro categorías: Pagos fijos, complementos de dirección, complementos de carrera profesional, trienios, dietas y complemento de atención continua.

Los médicos llamados contingente

Los médicos llamados contingente son un colectivo de edad avanzada, la edad media es de 56.14 años por lo tanto un colectivo cercano a la jubilación. Dentro de este grupo los médicos varones son mayoritarios 81% del total y promedian cinco años más que las mujeres. Este colectivo profesional no percibe ni complementos por dirección ni por atención continua.

Las diferencias salariales según género son muy elevadas el salario de los hombres supera al de las mujeres en un 24.6%, en parte esta diferencia se explica por conceptos ligados a la antigüedad como son los trienios (por este concepto los hombres perciben un 58.8% más que las mujeres). No hay diferencias en la percepción de dietas, pero sí en los complementos de carrera profesional, en este caso las diferencias son del 32.7%, debido a que algunos profesionales no reciben ningún complemento por este concepto y todos los que no lo reciben son mujeres. Este ítem tiene un peso muy pequeño en el total de la remuneración del colectivo.

La mayor diferencia salarial en valor absoluto la encontramos en los haberes fijos, unos 8.000 € en promedio, de los que resulta una diferencia porcentual del 18.4%, este concepto representa el grueso del salario del colectivo y es donde encontramos las diferencias no directamente ligadas a la antigüedad. Resulta complicado analizar de dónde surgen las diferencias con un sistema de remuneración tan complejo, se trata de un grupo de profesionales que ha pasado por distintos convenios y se ha intentado que se integrasen en el sistema general. Es posible que los convenios antiguos ofrecieran unos complementos que los nuevos no disponen y en este caso la antigüedad volvería a ser la causa de las diferencias.

Los médicos integrados

Los médicos integrados como hemos indicado se trata de un colectivo más joven, con 50.9 años de promedio, y en este caso la diferencia de edad entre hombres y mujeres es menor, tres años de diferencia.

Para estos profesionales las diferencias salariales entre hombres y mujeres son mucho menores del 7.4% parece relevante destacar la estructura de edades ya que una parte del salario está ligado con la antigüedad y por lo tanto es el efecto edad el que domina y no el de género. Las diferencias salariales por trienios son del 40.3% aunque se hecho el impacto sobre el salario total es pequeño ya que este concepto solo supone el 7.2% del la masa salarial de los médicos integrados.

El grueso de la remuneración (68%) son los haberes fijos y aquí las diferencias entre hombres y mujeres son mínimas 2.2%. Donde sí encontramos diferencias es en los *complementos de carrera profesional* 13.6% y *complemento de dirección* 35%, estos ítems serían los más significativos a la hora de analizar diferencias. Nos hablen del distinto rol que hombres y mujeres desempeñan con respecto a la profesión médica. Aunque las diferencias en la percepción del *complemento de dirección* son altas, éste sólo representa un 0.85% del total de la masa salarial, sin embargo si nos fijamos en el de carrera profesional las diferencias son en porcentaje menores pero cuantitativamente más importantes dado que un 10% de los salarios responden a este concepto.

Por último constatamos un 20% de diferencia salarial en relación al item *atención continuada*, es el tercer concepto en importancia (9.2%) y parece un concepto ligado a la dedicación.

Conclusión

El sistema de remuneración de los médicos integrados genera menores diferencias salariales por género que el de los médicos contingente. En el primer caso las diferencias son en gran parte debidas a las diferencias de edad y a las diferencias en los haberes fijos, lo que nos da una señal que apunta a que parte de estas diferencias pueden ser debidas a los cambios en los sistemas de remuneración de este colectivo que en definitiva nos devuelven a la antigüedad como factor principal.

En el caso de los médicos integrados las diferencias son menores, además de las lógicas debidas a la antigüedad, en este caso las diferencias no están en los haberes fijos si no en los complementos de dirección, carrera profesional y atención continuada. Este hecho nos esta indicando algunas diferencias en el papel que los/las profesionales masculinos y femeninos desempeñan en el sector sanitario.

5

LOS DISCURSOS SOBRE LAS MUJERES Y LA PROFESIÓN MÉDICA. UNA MIRADA CUALITATIVA A PARTIR DE ENTREVISTAS

5.1. Ficha técnica - metodológica

Para la consecución de nuestros objetivos se realizaron 14 entrevistas en profundidad a médicas adjuntas de diferentes especialidades, médicas con cargos de gestión (médicas clínicas y jefes de servicios), personal de recursos humanos y otro tipo de informantes claves que tienen una experiencia relevante en materia de promoción y trayectorias médicas profesionales.

Las entrevistas se organizaron sobre tres objetivos principales:

1. Analizar el proceso de inserción en un hospital y sobre las diferencias que existen entre médicas y médicos.
2. Estudiar los mecanismos de promoción jerárquica y detectar los obstáculos y estímulos que pueden tener las médicas, por razones de género, para acceder a cargos de gestión y dirección dentro de las instituciones hospitalarias.
3. Indagar sobre la existencia de las políticas de igualdad dentro de los hospitales u otros mecanismos que permitan desarticular formas de discriminación de género en las trayectorias profesionales de los médicos y las médicas.

La entrevista consistió en desarrollar una batería de preguntas abiertas y no estructuradas que permitieran cumplir con los tres objetivos nombrados anteriormente.

Tabla 1 Relación de entrevistas realizadas

Entrevista	Identificación
Entrevista 1	Doctora pediatra en hospital y en centro de atención primaria públicos
Entrevista 2	Responsable de RRHH de una fundación de servicios sanitarios privada
Entrevista 3	Doctora coordinadora de urgencias de un hospital público
Entrevista 4	Responsable de RRHH de un hospital público
Entrevista 5	Directora médica de un hospital público gestionado por una empresa municipal
Entrevista 6	Responsable de la secretaría de la mujer de la Federación de Sanidad de un sindicato
Entrevista 7	Doctora oftalmóloga de un hospital público gestionado por una empresa municipal
Entrevista 8	Profesora de una universidad pública y directora de una

	entidad sin ánimo de lucro que presta servicios sanitarios
Entrevista 9	Médica del servicio de geriatría de un hospital comarcal
Entrevista 10	Director médico de un hospital gestionado por una fundación privada
Entrevista 11	Médica adjunta de un hospital gestionado por una fundación privada
Entrevista 12	Directora del servicio de la UCI de un hospital público gestionado por una empresa municipal
Entrevista 13	Directora médica de un hospital gestionado por una fundación privada

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

Las entrevistas sirvieron para otorgar información primaria acerca de cuáles son las formas de promoción médica. No obstante, las entrevistas también fueron estudiadas desde el análisis del discurso. A través de éste se detectaron significados en torno al género, se descubrieron argumentos, sentencias y connotaciones en torno a cuál es la situación de la médica dentro del hospital y a los obstáculos que puede tener para acceder a cargos de gestión.

La metodología elegida permitió crear un momento de reflexión con las entrevistadas sobre su propia situación dentro de la institución y la relación con el resto del ámbito profesional. En general, en un principio las entrevistadas mostraron resistencia a admitir las desigualdades de género en el tratamiento de selección del personal o en las oportunidades y amenazas de su trayectoria profesional. Esto era previsible ya que se estaba movilizando miedos y ansiedades propias de su situación. En particular esto sucedió entre aquellas que no tenían una posición previamente reflexionada sobre su condición de género, comprensible en el marco de una estructura institucional muy jerarquizada como son los hospitales. Este primer momento de resistencia pone en evidencia cómo las médicas también participan del discurso hegemónico masculino. Incluso, en algunos casos, la negación de que existían obstáculos asociados a ser médica continuó durante toda la entrevista aunque se manifestaron contradicciones durante toda la alocución (como, por ejemplo; sostener la hipótesis demográfica acerca de la desigualdad de acceso a los cargos de gestión y responsabilidad y contar experiencias personales de acoso moral y discriminación).

“Otra cuestión es que el Hospital siempre se ha considerado como los que más saben, eso ha sido siempre. De hecho yo tuve una especie de crisis existencial cuando

me fui del Hospital, porque todos me decían -¿cómo que te vas a la Primaria?- Sí, porque el Hospital es donde están los "popes", los que saben.

Es un prejuicio y ya está. Hay que entender que el Hospital es una escuela de aprendizaje, estás en movimiento, haciendo cursos, haciendo charlas. Hay mucho más movimiento, hay residentes, mucha más fluidez. Pero tú también puedes en Primaria formarte, todo depende de tu inquietud personal. [...] Siempre el hospital ha sido considerado así, y eso a nivel inconsciente lo tienes metido...pero luego te das cuenta que no es así, porque todo depende de, a nivel personal, donde quieras llegar. [...] Te lo digo porque antes decías que las mujeres van a primaria. A la mujer no nos importa tanto esta cosa de prestigio, sino que valoramos más otras cosas. También lo valoras, pero no es que sea lo principal en tu vida. [...] Sí, se valora la atención al paciente pero también la vida personal. Lo que decías antes, que no sólo es la profesión y el llegar, quizás el hombre sí por tradición ha valorado eso más, el prestigio a nivel laboral, o profesional, y en cambio la mujer no. Valora otras cosas, el tipo de promoción, porque a lo mejor a la hora de elegir, pone balanzas que no todo es la profesión, que hay otras cosas. Y que a lo mejor las ponemos en la misma balanza a la hora de elegir [...] Yo creo que la realidad es esa, que todo se está moviendo, porque hasta ahora las mujeres sí hemos avanzado pero faltan ellos, que se lo están planteando. Yo creo que sí, porque era lo que faltaba, que ellos también hicieran el cambio, si lo haces tú pero ellos no lo hacen, cada vez más alejado.. Y yo creo que sí lo están haciendo, suelo ser muy positiva. Si comparamos hace setenta años madre mía, no tiene nada que ver, por supuesto que queda mucho, pero bueno pasito a pasito." (Entrevista 1)

Este párrafo está extraído de una entrevista realizada a una médica. El contexto que poseen estas líneas es la reflexión de la entrevistada (disparada a través de una serie de preguntas específicas) en torno a los perfiles médicos y la selección de las trayectorias profesionales. Anteriormente la entrevistada dijo que no había diferencias entre hombres y mujeres ni obstáculos producto del género. En el párrafo se observa que comienza describiendo el prestigio que conlleva estar en un hospital a diferencia de la atención primaria. Luego parece haber dudas y tensiones en los argumentos. Primero dice que los hospitales no tienen tanto prestigio, luego comienza a justificar porqué las mujeres están más concentradas en la atención primaria; a las mujeres no les interesa tanto el prestigio sino otras dimensiones de la vida. Parecería justificar allí que los hombres se concentran en los hospitales porque tienen más prestigio pero a la vez más exigencias diarias que no son compatibles con las "elecciones femeninas". ¿Por qué la necesidad de quitarle prestigio a los hospitales (típicamente elegido por los hombres) y a la vez decir que las mujeres tienen otros intereses además del prestigio profesional? Finalmente agrega que hay diferencias y que los hombres poco a poco están empezando a cambiar.

Avanzando una hipótesis se podría decir que este tipo de justificaciones y tensiones en las argumentaciones en torno a las diferencias entre los hombres y las mujeres tiene que ver con la imposibilidad de reconocer que existen desigualdades de género que impiden el igual acceso a cargos de prestigio en los hospitales.

La introducción de nuevas preguntas, la indicación de contradicciones en el discurso y la insistencia en determinados temas permitió abordar las limitaciones que provienen de su socialización de género. Esto permitió detectar una serie de argumentos comunes que resultaron ser muy esclarecedores en torno a cómo se construye el género en el campo específico de los profesionales de la medicina y cómo este imaginario se traduce en obstáculos simbólicos pero también institucionales que explican la desigualdad en el acceso a cargos de mando entre hombres y mujeres.

Hay que aclarar que las dificultades para acceder a ciertos hospitales fueron especialmente importantes y la coerción desde otros compañeros de trabajo con cargos de responsabilidad hacia las entrevistadas fue importante en varios casos. De nuevo, esto pone en evidencia que los hospitales funcionan como instituciones muy jerarquizadas y cerradas que podrían impedir que la creciente feminización de la profesión médica tenga correlato con la incorporación equitativa de las mujeres en cargos de mando.

A continuación se presentará un análisis de las entrevistas estructurado en varias dimensiones.

5.2. Datos relevantes sobre el proceso de inserción y selección

Las formas de selección varían según el tipo de hospital y la plaza. Cuando se trata de un/a médico/a que va a realizar el MIR, la puntuación que haya ganado en el examen es el que determina la plaza que puede elegir. Este criterio desecha toda forma de discriminación en las formas de ingreso a un hospital o centro sanitario.

Cuando se trata de un hospital público que necesita encontrar personal para una plaza en propiedad (facultativo/a con plaza estable) se realiza un concurso u oposición pública donde existen criterios objetivos para puntuar y evaluar a las personas que se presentan. No sucede lo mismo en hospitales privados, donde las relaciones previas y las preferencias de la dirección tienen peso en la selección del personal médico.

Cuando se trata de médicas/os que realizan guardias, puestos de coordinación intermedios, es decir, personal "médico facultativo coyuntural", ya sea en un hospital de gestión pública o privada, la selección depende más de las relaciones previas que establece la persona en redes profesionales, la confianza que le tengan la dirección y el criterio de quien selecciona (el personal médico que decide quien ocupa los cargos).

Las personas entrevistadas declaran que lo que más peso tiene a la hora de seleccionar el personal son la jefatura de servicio, la dirección médica y la gerencia. El personal de recursos humanos, en general, solo se dedica a buscar y realizar entrevistas a médicas/os facultativas/os y médicas/os residentes. Sobre todo publicita las convocatorias y organiza los incentivos relacionados con los créditos y los niveles adquiridos.

El *currículum vitae* y la especialidad son otros elementos que pesan en el proceso de selección. No obstante, haber demostrado capacidades de gestión y organización de grupos es fundamental para promocionar.

"¿Y cómo se seleccionan los Jefes de Servicio? Normalmente dentro del servicio hay una persona que tiene más inquietud, más perfil de líder, va muy asociado al médico que es un buen facultativo, una persona lista, aquél que todos lo utilizan de consultor, siempre en los equipos hay uno que resalta. Y que a la hora de averiguar un diagnóstico es una persona más preparada [...] Nosotros no tenemos (oposiciones públicas). Los Hospitales de la XHUP somos de Gestión privada. Entonces institucionalmente los hospitales del Instituto Catalán de la Salud sí que tienen su sistema de ponerlo en concurso, supongo que con unas bases, se tiene que presentar una memoria y años de experiencia. Nosotros tenemos una descripción del puesto de trabajo y un Jefe de Servicio no puede ser una persona que lleve un año trabajando. Tiene que ser una persona que sepa cómo funciona el servicio y que tenga un rodaje." (Entrevista 2)

No necesariamente haber realizado cursos formales genera habilidades para la coordinación requerida en estos puestos, por ello, la experiencia previa, dentro y fuera del hospital donde se concursa la plaza, es muy importante a la hora de evaluar quién puede ocupar en el futuro una jefatura.

El criterio de los hospitales cambia a la hora de seleccionar personal. En algunos, la antigüedad es importante. En otros, donde tienen modelos de gestión más renovados, son los créditos y la experiencia más que la antigüedad la que pesa positivamente al momento de evaluar el *currículum vitae*.

"La experiencia en algunas profesiones da valor, en otras no tanto. Un arquitecto con los años va ganando y en algunas profesiones la persona se desgasta más y va perdiendo.

Pero eso sería otro tema. Esto es por los años, que obviamente vas adquiriendo experiencia, pero que también tienes que ir trabajando otras cosas, yo tampoco creo que tenga que haber una relación tan directa entre la cantidad de años que llevas y la experiencia como líder. Puedo tener cien muestras hechas en la pared de los años que llevo trabajando y después no haber estudiado, no haberme desarrollado profesionalmente, no haber asistido a ningún congreso. En la profesión médica hay de todo. Gente con veinte años de experiencia, miras su currículum y no se han actualizado y tiene al Adjunto al lado que tiene treinta y tres años, y que le da mil vueltas. Como líder, tener las ideas claras, tener energía, ganas de hacer cosas. Son muchas cosas que no tienen nada que ver con sumar muestras. Yo estoy totalmente en contra de que la gente con más años es mejor. Es mejor si ha trabajado tras muchas cosas.” (Entrevista 2)

Para finalizar es necesario agregar que algunas personas entrevistadas señalaron que como la feminización es un fenómeno reciente, es probable que los currículum con mayor calidad sean más comunes entre la población médica masculina, producto de la antigüedad. Este fenómeno impacta de forma directa sobre los cargos de responsabilidad ya que a la hora de seleccionar es más probable encontrar hombres de cierta edad con mejores currículum que mujeres de la misma generación.

A continuación se avanzará sobre el análisis de las entrevistas exploratorias, se describirán algunas dimensiones de las trayectorias profesionales de las mujeres médicas y se presentarán algunas causales probables para explicar el fenómeno de la desigualdad de género en el acceso a cargos de responsabilidad.

5.3. Las formas de inserción, promoción y los perfiles profesionales

Los factores que inciden en la carrera profesional son muchos. En el imaginario de las personas entrevistadas, las formas de promoción son diversas. La carrera, en general, tiene un inicio común; la realización de la residencia que le permite especializarse. Luego, la obtención de guardias que mejoran las habilidades y fortalece los conocimientos adquiridos.⁶ Después, la obtención de un cargo como

⁶ “Con las guardias aprendes muchísimo cuando estás de residente, las guardias te curte porque es como una escuela. Imagínate, estás veinticuatro horas en las que ves de todo y la verdad que *es una escuela de aprendizaje importantísima*. Llega un momento en que son muy pesadas, cuando entras a hacer la especialidad tienes 26 años, y da igual que no duermas, pero luego vas cumpliendo años y a parte que no puedes por otros compromisos. Cansa mucho la guardia, estás veinticuatro horas. Ahora hemos conseguido

personal médico adjunto no estructural. Finalmente, el acceso a una plaza en propiedad que asegura la estabilidad como médico/a. Este sería el camino al cuál la mayoría de profesionales médicos aspira recorrer.

Después de esto, existen otros cargos que son menos y están más *elitizados*. Cuando se trata del acceso a cargos de responsabilidad, en general, la promoción es definida por médicas y médicos como la línea que va desde la jefatura de sección (en los casos donde existe esta figura)⁷ a ser médica/o clínica/o o asistencial del hospital. Este recorrido es muy corto ya que solo existen pocos puestos entre uno y otro: la jefatura de servicio y, en ciertos organigramas, la jefatura de departamento o área.

En otras palabras, debido a la estructura institucional de los hospitales los rangos de promoción son pocos y se generan pocas oportunidades para proyectarse jerárquicamente.

“La verdad que aquí las promociones internas son muy pocas. Hay pocas opciones. Está el jefe de servicio, que está hasta que se jubila, más uno o dos jefes clínicos que suelen ser veteranos de servicio y están hasta que se jubilan. Ósea hay muy pocas posibilidades. La otra cuestión es promocionar científicamente, pero eso es personal, que te guste un campo concreto. En cualquier “jerarquizado” pasa esto. La opción de ser jefe de algo es cuando el otro se jubila”. (Entrevista 3)

Además, la gerencia no necesariamente tienen que estar ocupada por personas con la licenciatura de medicina y son designadas por las relaciones de confianza y el criterio de la empresa responsable del hospital.

“[El equipo de dirección] Los elige el Gerente. Es su equipo de confianza. El Gerente asistencial elige al Director Médico, a la Directora de Enfermería, a todo un equipo de dirección. Siempre ha sido habitual que el Director de Centro sea Médico, que es un requisito bastante indispensable para ser Director Médico. Pero en otros hospitales el Director de Centro no es Médico, igual que los Gerentes. Generalmente aquí en España la mayoría son médicos, no así en otros sitios de Europa porque está más enfocado a una persona que tenga más visión de empresa. Nosotros somos una fundación sin ánimo de lucro y nuestro objetivo no es hacer dinero, pero en Holanda por ejemplo, es poco habitual tener un Gerente médico. Porque tiene más visión de empresa, de rentabilidad, y entonces son economistas, una persona con formación empresarial.” (Entrevista 2)

descansar después de la guardia, antes no. Antes continuabas trabajando, hacíamos treinta horas” (Entrevista 1)

⁷ Para conocer las definiciones de cada uno de los cargos ver informe sobre la base de datos y los organigramas.

Por esto, en el imaginario del personal médico, ocupar la gerencia no es una opción que esté muy presente. Sí en cambio existen estímulos mayores para ocupar la jefatura médica o de servicio.

Existe también otra forma de entender la carrera profesional que no depende necesariamente de los estímulos que provienen del acceso a cargos de gestión. Los hospitales premian también la antigüedad, la formación y las tareas asumidas dentro del puesto laboral. Esto repercute a su vez en incentivos salariales y provee alternativas a aquel personal médico que no tienen un perfil gestor.

“En este hospital la carrera profesional es un complemento que se genera cada 5 años de carrera que depende de los 8 años de antigüedad que tu tengas y de los meritos adquiridos. Cada año se abre la carrera profesional, por ejemplo, para acceder al primer nivel de carrera tienes que tener 5 años de antigüedad en tu plaza en propiedad.

La carrera profesional de los jefes de servicio es más para el soldado raso digamos, no es para el “especialista”. Entonces tu puedes acceder al primer nivel si tienes 5 años o más y hablamos en créditos, es decir, si tienes un curso de tantas horas te dan un crédito y después cuando tienes créditos accedes a tener la carrera y cogiendo los créditos puedes acceder al segundo, al tercero, al cuarto o quinto nivel y esto lo que supone es mensualmente un importe que se agrega. Entonces también tenemos las CPO que son las “complementos por productividad variable” que es que a cada persona que sea fijo o no - lo único que si no es fijo tiene que tener un alineamiento de más de seis meses - se le asignan los objetivos a cumplir, una ficha con los objetivos. Entonces si cumples esos objetivos se valora, se hace un pago anual de retribución de complemento, es como en todas las empresas privadas, es un estímulo. Entonces se marca el objetivo que evidentemente impliquen a la persona un esfuerzo, que sea un reto, pero nunca son objetivos que no se puedan asumir. Este es un complemento que en el caso de los facultativos es bastante importante.” (Entrevista 4)

Es posible encontrar tres perfiles típicos entre el personal médico: el asistencial, el investigador – docente y el gestor.

“En este caso el peso de su historia de Gestión ¿ha sido importante para ser elegida o más las relaciones? Yo creo que estableces un camino con un perfil, porque todos tenemos perfiles distintos, entonces, estableces un perfil y probablemente en las organizaciones hay momentos distintos para perfiles distintos. Por ejemplo, si tuviera que ir a una organización que en aquél momento el objetivo fuera hacer una descripción de personal, no sería yo la persona más idónea porque no sería comfortable para mi, y no es con lo que yo me muevo bien. Quiero decir que las organizaciones como entes vivos supongo que el perfil de una persona, el que te llama, te conoce y considera que en

aquél momento coincide con lo que necesita el Centro o la Organización.” (Entrevista 5)

Se podría arriesgar que las mujeres se concentran más en el primero de los grupos, mientras que son menos en el último. No por casualidad, las especializaciones que están feminizadas son aquellas donde existe un importante contacto con las y los pacientes (familia y comunidad, ginecología, pediatría, etc.)

“¿Y a ti te gustaría movilizarte a algún lugar de este organigrama, te proyectas? - No lo tengo claro. A mi me gusta el contacto con el paciente. - ¿Y te gustaría acceder a otro puesto? No donde estoy, ahora estoy bien. Cuando hacemos las reuniones las hacemos con el Hospital y Primaria. Todos los departamentos de la ciudad nos reunimos, y organizamos o hablamos de cómo está o si aquí falta gente para hacer guardias, o si aquí faltan pediatras, porque (ya te digo) ahora es un momento crítico. Yo de mi Ambulatorio no puedo subir más, en nuestro caso, aunque haya cargos de gestión todos tenemos el mismo cargo, todos somos médicos. Es un cargo de confianza si quieres, todos hemos hecho lo mismo, pero a lo mejor designan a éste para que ahora me coordine. A nivel Ambulatorio más no se puede porque sería coordinadora del centro, coordinando médicos de familia y todo, pero no me interesa. Yo soy pediatra y me va mi tema, que es lo que me motiva”. (Entrevista 1)

Debido a que la estructura hospitalaria es muy plana, la carrera jerárquica genera pocas oportunidades para las trayectorias profesionales y la competencia, por tanto, es muy alta. Además, cuanto más alto es el cargo, ocupan menos lugar las tareas asistenciales (parte fundamental de la formación y la identidad profesional). Esto repercute sobre los estímulos del personal médico para acceder a cargos de responsabilidad. Agregado a estos obstáculos comunes a todos, médicos y médicas, la mujer se enfrenta con otras limitaciones por razón de género.

“Pero es que además el problema no sólo es que no haya promoción de mujeres, es que no son sistemas democráticos, son muy jerarquizados, entonces, por ejemplo, yo he vivido toda la época del nacimiento de los transplantes aquí en Cataluña. ¿Quién fue de los primeros catalanes en hacer transplantes? Personas a las que se les envió a aprender a hacer transplantes en el extranjero. ¿Quién les enviaba? Su Jefe de Servicio. ¿Quién era el Jefe de Servicio? Era un hombre. Por otro lado, una mujer ausentarse tiempo a otro país, a dejar la familia y todo esto, pone más resistencia. La ambición no fue por aquí. Quiero decir, que aunque después haya muchas mujeres muy válidas, pues es cierto que según qué niveles de promoción, o qué tipo de especialidades sigue siendo muy masculinizado, eso es muy curioso.” (Entrevista 6)

En sistemas de selección donde no se elige por mérito sino por la confianza, las redes sociales y los *lobbies*, las mujeres tienen menos recursos ya que éstas tienden a participar menos de ellos. Paralelamente, esto les genera menos alicientes para acceder a cargos de responsabilidad. Finalmente, todas estas razones parecen impactar sobre las identidades de las mujeres. Ellas parecen "elegir" más los perfiles asistenciales, menos las de "investigadoras-docentes", y menos aún "los perfiles gestores". Los hombres en cambio, se guían por otros patrones y parecen elegir éstos últimos. Esto explica porqué muchas mujeres dicen que ellas no tiene "interés" en promocionar o crecer dentro de la estructura de decisiones de un hospital. Sobre esto se avanzará en las siguientes secciones.

Como en todos los ámbitos sociales, las elecciones individuales (perfiles) dependen de la construcción de la identidad. Pero ésta, a su vez, está condicionada, entre otras cosas, por condiciones contextuales, institucionales y demandas sociales. Por este motivo, lo que en principio aparece como elección personal, puede tener un trasfondo de constreñimiento social ("no tengo más opciones")

"Si ser jefe de servicio es tan exigente ¿por qué los médicos buscan este cargo? Es una profesión en dónde sobretodo el área médica, constantemente se tiene que ir formando. Tanto las especialidades médicas como las quirúrgicas. A nivel quirúrgico salen nuevas tecnologías, nuevas instrumentaciones, nuevas maneras de intervenir al paciente, siempre con menos dolor, con menos estancia en el quirófano, acortando los tiempos. Siempre buscando optimizar y tener al paciente menos tiempo en el quirófano, menos tiempo anestesiado, menos tiempo ingresado y eso requiere que estés muy al día. Con técnicas de láser, con las nuevas tecnologías que hagan la intervención quirúrgica menos agresiva para el paciente. Aquí tienen que estar al día. No pueden estar utilizando un sistema quirúrgico cuando en los hospitales de al lado se utiliza otro mucho más avanzado.

"Me imagino que el prestigio de tu carrera profesional (estimula a acceder a los puestos de mando en el caso de los hombres). Es importante haber sido Jefe de Servicio y si además has sido por muchos años jefe de un servicio grande, que ha evolucionado y que tiene prestigio en la Comarca. Eso da mucho nombre." (Entrevista 2)

El modelo de gestión empresarial que se ha impuesto sobre los hospitales es reciente, y por tanto, las ofertas de formación en materia de gestión y administración de los recursos sanitarios son bastantes nuevas.

"¿Y no fue necesario hacer ninguna especialización para poder alcanzar los cargos de gestión que ha alcanzado? Sucede una cosa, la formación ha sido auto-formación. Ahora en éste momento si que hay una formación post-grado tipo master, clases, de

todo para hacer Direcciones, para tener más competencias en liderazgos, en comunicación o en equipos. Pero esto claro.... los que empezamos tuvimos que ir aprendiendo sobre la marcha, muy interesados, pero sobre la marcha. En este momento es al revés, o sea que nosotros somos los que damos clases tanto en la Autónoma como cursos para médicos que empiezan jóvenes, para que tengan conocimientos de la gestión en este nuevo mundo. Ahora si tienes más acceso de saber, lo importante que es dirigir personas, dirigir equipos, liderar la actividad y luego conocer el sistema sanitario, el modelo organizativo, cómo se gestiona el servicio desde el punto de vista de la gestión clínica o como se gestionan unos dispositivos que los recursos son limitados y la demanda limitada o como se gestiona una lista de espera. Luego, el oficio. Otra cosa que se nos pide es que lo formalicemos, nosotros participamos mucho en la docencia. Ahora soy la coordinadora del master de la Autónoma y Dirección de Instituciones Sanitarias. Luego, lo que es el Doctorado del residente, en la UOC, en la Pompeu Fabra, o sea, todos aquéllos master en el momento en que aparece un módulo de gestión de centros sanitarios." (Entrevista 5)

Debido a la novedad de los cursos y los protocolos de formación (en donde todas las personas pueden adquirir las mismas habilidades y demostrarlas a través de títulos oficiales), sumado a que las mujeres han sido socializadas profesionalmente en un perfil más "asistencialista", el grueso del personal médico que actualmente accede a cargos de gestión ha sido elegido por criterios que se denuncian como "masculinizados".

"Al final hay una especie de resumen de quién forma actualmente las Juntas Clínicas de Médicos. En estas juntas hay poquísimas mujeres. Es que a veces tienen en este centro en concreto un peso muy importante para hacer este tipo de elección. También hay una parte, por ejemplo, en los Hospitales Universitarios, que depende de tener un Doctorado, Currículum, tantas cosas.... Entonces esto es lo que hace que las mujeres a pesar de ser muy buenas y diría, mejores profesionales, no han tenido como objetivo hacer "carrera", sino ha sido hacer un buen trabajo. Han estudiado mucho de atención al paciente y evidentemente de informarse, actualizarse y todo esto. Pero no han tenido siempre esta ambición de querer estar publicando, demostrando, investigando, firmando. Muchas veces han hecho muchos estudios de trabajo y no han sido los primeros firmantes y entonces esto al final les da menos puntos y menos posibilidades por las reglas actuales que son muy masculinas. Se les da mucho peso a esto y muy poca atención de pacientes. Los modelos de promoción han sido modelos muy masculinizados." (Entrevista 6)

No en todos los hospitales (sobre todo en los de administración privada) existen reglas de selección muy precisas, con lo cuál, las redes (en donde prevalecen los hombres) son determinantes a la hora de seleccionar el personal.

"¿Y has notado alguna diferencia entre los que seleccionan? ¿Ves alguna diferencia entre hombres y mujeres a la hora de elegir? Yo creo que no, porque ahora han generado un jefe de servicio de Otorrinolaringología, que hasta ahora no tenían, y eligieron a una mujer.... Si te diré, eso sí te lo puedo contar, que en el momento en que decidieron que la hacían jefe de servicio, había en el servicio sólo una mujer, y buscaban otras dos personas. Cogieron otros dos otorrinos, una mujer y un hombre y querían hacer jefe de servicio al hombre que acababa de llegar. Y la que estaba que llevaba desde 1998, puso las garras y dijo "no pasan por aquí", yo llevo aquí una experiencia de nueve años, este acaba de llegar, cómo puede ser que lo hagáis jefe de servicio". Y dijeron que reunía condiciones que tú no reúnes, sin contarle cuales de ellas eran. Hubo un poco de movimiento y ella consiguió ser jefe de servicio, que era lo que todo el mundo apoyaba, porque llevaba nueve años, casi diez.

¿Y no había ningún criterio para decir este es mejor? Era hombre.[...] Machista absolutamente. Ella presentó la memoria de lo que habían hecho hasta entonces en ese hospital, y que ella había estado todos los años allí, y que creía que reunía los criterios que estaban pidiendo.

¿Hizo pública su situación? Lo comentó, claro, a todo el mundo que la iba conociendo, a los "otorrinos" y "oftalmos", los cirujanos.... El jefe de cirugía, la apoyó y dijo que tocaba que fuera ella, que no fuese nadie que viniera de fuera. Pero el Director Médico estuvo empujando para que fuera el nuevo que entraba". (Entrevista 7)

Hay que aclarar que las formas de discriminación son tácitas y difíciles de detectar, inclusive para las propias mujeres. Esto es un fenómeno común. Es difícil encontrar relaciones de subordinación con pautas explícitas o formales en contextos sociales democráticos.

Amén de que las instituciones hospitalarias no son organizadas con criterios democráticos ni tienen como función la distribución del poder de manera equitativa, la discriminación directa no se puede producir debido a que las relaciones sociales no pueden ser legitimadas en base a pautas expresamente autoritarias. Esto hace más difícil la detección de las causas de la inequidad de género.

"A ver, el problema de la discriminación directa no se produce. No se produce una discriminación en la inserción y menos una discriminación directa. Entre otras cosas las mujeres tienen unos currículums impresionantes (comparando con los hombres de su misma generación). Hay determinados estudios, eso lo podéis consultar colateralmente,

no solamente en nuestro país. Son una de las profesiones que más dilatan la maternidad, con lo cual durante ese tiempo se han dedicado a trabajar, a hacer méritos, a estudiar, etc., y además con un grado de esfuerzo notable. Por tanto, en el momento del acceso a una plaza, actualmente, no hay una discriminación directa en el proceso de la entrada. Podría haber alguna discriminación indirecta, pero también yo la pongo en duda, en el momento de la entrada [...] Entonces todas las discriminaciones directas e indirectas laterales empiezan a actuar una vez estás en el lugar de trabajo, tanto en el hospital como en la primaria.” (Entrevista 8)

A continuación se intentarán desenmarañar estos procesos de discriminación. Para ello se describirán variables “externas” (institucionales, sociales y culturales) e “internas” (construcción de la subjetividad).

Una hipótesis general a explorar es que en muchos casos son inseparables las primeras de las segundas, o en otras palabras interactúan para producir el efecto de la desigualdad en el acceso a cargos de responsabilidad.

Esto es, como ya se nombró anteriormente, porque las relaciones de subordinación (en contextos sociales democráticos) son construidas a través de pautas ocultas e implícitas, en dos momentos; a través de la socialización primaria (la construcción del género en los primeros años de edad) y la secundaria (la formación de la personalidad en la etapa de formación profesional). Esto hace que la inequidad provenga muchas veces no solo de la discriminación externa sino de la “autodiscriminación”.

5.4. La naturalización y la internalización de las características sociales del género

Un argumento común que han desarrollado los entrevistados es que las mujeres tienen ciertas cualidades y hábitos que impiden el pleno desarrollo laboral. El hecho de ser mujeres y la asociación acrítica del sexo con el rol tradicional dentro de la familia es otra de las variables más nombradas para explicar la desigualdad en la distribución del poder dentro de los hospitales.

“En general ¿las mujeres se presentan comúnmente en concursos de jefes o directores de servicio? Además de que hay menos [directoras o jefas de servicio], ellas mismas no están muy dispuestas a asumir cargos de responsabilidad. Yo creo que es por las cargas familiares, y porque, además, un jefe de servicio tiene que estar dispuesto

para venir un sábado, o si por la noche traen a un enfermo y tenemos un problema, tiene que venir. Todo eso es una carga a nivel personal, es "a costa de...". Un hombre siempre lo tiene más fácil y una mujer más difícil. Arrastramos la herencia de toda la vida." (Entrevista 2)

A pesar de esgrimir otras explicaciones, casi todas las personas entrevistadas, en algún momento de la entrevista, argumentan que la incompatibilidad de la vida familiar con la vida laboral es una barrera que impide a las mujeres acceder a cargos de gestión y responsabilidad. La carga horaria, los conflictos, el aumento de responsabilidades hacen que los hombres, sean más competitivos para alcanzar los puestos de mando intermedio. Detrás de esto se trasluce la concepción acerca de los roles familiares; los hombres no se abocan a los cuidados de la pareja, el hogar y/o las criaturas y así pueden dedicarle más horas y atención al trabajo.

Es interesante señalar que este argumento acerca del peso de la vida privada y los obstáculos que les genera para promocionar en la vida profesional a las médicas, es compartido por las personas entrevistadas, sean hombres o mujeres.

"¿Y por qué crees que la mayoría de los Jefes de Servicio son hombres? En parte porque se ha ido dando así por historia, porque antes había más hombres y son los que se han mantenido en el sitio, pero cada vez habrá más mujeres. En otra parte, creo que la vida familiar aquí sí que condiciona, yo lo comparo con mi jefe. Cuando mi jefe se va a casa, hace un trabajo sobre Oftalmología, yo me voy a casa y cuido los niños. Mi jefe se va de vacaciones y se lleva para hacer un papel, yo me voy de vacaciones y voy a tomar el sol y estar con mi familia. No sé si todos los hombres piensan igual, pero en mi caso sí. Mi jefe sale del hospital y sigue siendo oftalmólogo para todo, yo salgo del hospital y se me ha acabado la oftalmología, yo voy a ser madre, amiga lo que quieras pero, la oftalmología irá para lo justo. Me pondré al día, iré a reuniones, haré mis congresos y cuando me toque estudiar, estudiaré, pero tengo otra faceta de mi vida que es mi familia, mis amigos, mi vida personal. Y mi jefe tiene un trocito de vida personal y mucha vida oftalmológica." (Entrevista 7)

Esto permitiría formular la hipótesis de que se trata de un discurso hegemónico, el cuál condiciona las maneras de actuar y pensar, las identidades, fijando reglas tácitas, roles y posiciones dentro de la distribución de funciones hospitalarias.

En pocos casos se cuestiona el rol de la mujer y el hombre en la vida privada. A pocas personas se les escapa que la mujer es madre, esposa, ama de casa, además de médica, en cambio el hombre en el mundo hospitalario, es solo médico.

“¿Notas alguna diferencia entre hombres y mujeres en términos de inserción al hospital o de promoción dentro del Hospital? En este no -¿Pero por ejemplo en la experiencia que habías tenido?- . Este es un hospital muy atípico porque hay muchas mujeres. Como te digo aquí no he notado diferencia

¿Y en el otro Hospital donde estuviste? Te diría que tampoco, no, no. Es diferente quizás las mujeres tenemos como un sexto sentido y los hombres pues necesitan las cosas más racionales no, pero es, en general, en todos los sitios no sólo en mundo de la medicina.

Pero, ¿A que te refieres al paciente o...? No, no, no en el mundo de, sobre todo de lo que es la gestión. No se, pero creo que tiene que ver con los hombres y las mujeres.

¿Y si quisieras promocionar tendrías un obstáculo ahora? No. Yo creo que no.

¿Depende de tener buena relación dentro del Hospital y tener una historia profesional importante? Yo creo que la buena relación la tengo. Al menos es lo que yo pienso. Pero bueno tendría que salir la oportunidad y tampoco sería mi ilusión en este caso. A mi me gusta estar haciendo esto. Pero supongo que saliese la oportunidad aparte de que a mí me interesara o no, si hay una persona femenina que optara no creo que haya ningún problema, por el hecho de ser mujer yo creo que no. Yo creo que no.”
(Entrevista 9)

Este discurso impacta sobre las identidades de las profesionales. Hay muchas mujeres médicas que niegan la desigualdad, prefieren el perfil asistencial y declaran no estar interesadas en la promoción jerárquica. La respuesta común es “porque estoy cómoda en el lugar donde estoy”, lo que está determinado por el ambiente de trabajo, el tipo de jefatura de sección y las exigencias laborales diarias. Esto se refuerza sobre todo en los hospitales públicos ya que no existen muchos incentivos salariales al asumir un cargo de jefe de sección o de servicio.

El discurso de éste grupo de mujeres siguió, en general, el siguiente guión. La primera reacción fue negar las diferencias de género dentro de los hospitales. No obstante, ante las evidencias de las estadísticas, la respuesta fue negar la existencia de diferencias de género en materia de oportunidades institucionales. “Si acaso hay diferencias”, sostienen muchos entrevistados, “se debe a que las habilidades y las características de los hombres y las mujeres son diferentes”.

“¿Pero si una mujer dirige un grupo es igual de eficiente que un hombre? Es igual de eficiente, sí, sí. Pero, por ejemplo... se generan menos conflictos cuando un médico, da órdenes al colectivo, por ejemplo de enfermería, que cuando las da una mujer. Cuando es una mujer siempre existen efectos colaterales que no sabría definir pero hay

unas connotaciones innatas, yo diría de género, que hacen que existan mas conflictos o que sea mas complicada la interrelación entre un mismo sexo.”

“¿Hay diferencias entre las especialidades? ¿Hay algunas más feminizadas que otras? Nosotros... aquí en el hospital no.

¿Pero, por ejemplo, en cirugía o traumatología? Las especialidades donde la fuerza es importante quizás haya más hombres y las especialidades que tenemos feminizadas son la anatomía patológica y farmacia que son todas mujeres, la UCI donde son muy pocos hombres, en rayos; también tenemos la mayoría mujeres. Radiología.... [...] Con especialidades más fuertes me refería a las fuerza que tienes que realizar tú, por ejemplo, traumatología es una especialidad en que tienes que hacer fuerza para poner el hueso en el sitio o tienes que hacer fuerza para las intervenciones que tienes que darle con el martillo y tal, esto te requiere un esfuerzo físico superior. Porque en cirugía, como lo has citado tú, se requiere estar 5 horas de pie. Las condiciones físicas... quizás el hombre tiene las condiciones físicas...” (Entrevista 10)

Esta construcción del imaginario acerca de las cualidades “naturales” de hombres y mujeres, como se dijo, es compartida en el discurso de los médicos y las médicas. No solamente se hace referencia a las cualidades de la dirección sino a referencias físicas que distinguen la construcción del género. Por ejemplo, el hecho de que ciertas especialidades necesiten más fuerza (traumatología y cirugía), cualidad asociada al hombre, sirve como argumento que justifica la mayor presencia masculina de este servicio.

“Hay un punto intangible... pero también es la manera en que enfocamos los temas las mujeres, rápidamente se contextualiza y se operativiza. Es difícil que las mujeres estemos mucho rato dándole vueltas a un tema, más importante, menos importante. Al final es ¿qué se ha de hacer? Hay una tendencia en la mujer, por generaciones de abuelas, de que se hagan varias cosas a la vez. Entonces probablemente la mujer en un tema en su mente rápidamente está contextualizando, no en el abstracto, en el concepto, sino que está contextualizando y operativizando. ¿Cómo lo arreglamos?

Y el hombre conceptualiza muy bien, hace un análisis amplio y llega al punto de que “el cómo?”, ya se hará. Hay una generación de hombres que están trabajando en el ámbito profesional, mano a mano con sus compañeras. Pero hasta ahora pareciera que “el cómo?” lo dicen ellas, y “el qué?” lo dicen ellos.” (Entrevista 5)

Si bien no todos los cargos de gestión exigen más horas diarias ni tampoco suponen renunciar a la actividad asistencial, sí agregan mayores responsabilidades en la organización de recursos humanos y materiales, más atención y predisposición para

estar presente en situaciones de emergencia y menos atención al paciente o a la paciente. La disminución del contacto con el o la paciente y el aumento de las responsabilidades horarias y de administración de recursos son los motivos de rechazo más comunes para acceder a estos puestos.

“¿Piensas que la promoción, en caso de que quisieras, puede generarte más demanda de tiempo? ¿Un cargo en gestión te exige otras cosas? Yo creo que sí, si quieres estar en el mundo de la gestión tiene que gustarte y si te dedicas a la gestión tienes no asistencia directa con el enfermo que al fin y al cabo es lo que a mí me gusta. La gestión la probé porque cuando estaba en la residencia hubo un tiempo que no había dirección y nos hicieron hacer un tipo de dirección compartida entre médico, enfermera y asistente social, era como un tripartito, pequeñito. Lo probamos y la verdad es que es dura y poco agradecida. Entonces yo prefiero hacer de médico que es lo que me gusta.

¿Era difícil compatibilizar la familia con este tipo de cargo? Sí, difícil porque te lleva muchas horas, te absorbe. Te absorbe en el trabajo y en casa porque te llevas el trabajo y problemas a casa, es difícil.” (Entrevista 9)

En otras palabras, el determinante cultural o el “discurso hegemónico” por el cual la mujer debe atender primero las demandas de una vida familiar o privada y, luego, compatibilizarla con el trabajo impacta sobre los estímulos de las médicas para acceder a los puestos de gestión.

“¿Y cuales son las oportunidades de promoción que existen en este hospital?. Ud. hace 20 años que está aquí como adjunta. ¿Tiene posibilidades de promocionar, de ser Jefe de Servicio? No, nunca me ha apetecido, [...] yo luego tuve hijos y necesitaba tiempo fuera de mi casa y un cargo aquí de esas características implica tener problemas.

¿Ah sí, se exige mucho más horas? Muchas. Lo que pasa es que yo ahora trabajo menos, pero un adjunto entre la jornada y las guardias se puede ir a cualquier hora.

¿Y es mucho más para un jefe de servicio? No, las mismas para el jefe de servicio. Lo que pasa es que tienes problemas añadidos que te puedes llevar a casa. Y en la casa te pones a pensar “tengo estos problemas”, “cómo los soluciono”, “ahora me falta una persona” y no se que....Un jefe de servicio se dedica a organizar... las guardias, organizar que todos los días haya médicos, que no falte ninguno, organizar vacaciones. Vigilar que todos cumplan los protocolos, quién va a este congreso, quién puede ir, quien no puede ir, quién lo sustituye, es un trabajo añadido al atender pacientes.

¿Y usted ahora tiene los hijos grandes y tampoco le interesaría acceder? Ahora menos que antes - ¿por qué? - porque no. Cuando era joven quizás tenía más ganas de hacer cosas. De hecho hubo una época hace años que me lo planteé, hubo un cambio y me apetecía, pero no sé, seguramente porque a la dirección médica yo no le interesé,

nadie me ofreció nada. Entonces hubo una época que sí me apetecía, pero ahora no, para nada.” (Entrevista 11)

En algunos casos, los fracasos previos convencen a las médicas del argumento de la compatibilidad familiar y las sobre exigencias del cargo. Es probable que como no han tenido éxito en el acceso a cargos de mando, busquen motivos para reforzar su autoestima y justificar su perfil profesional. Agregado a ello, el discurso masculino hegemónico le facilita explicaciones y herramientas simbólicas para menguar los efectos negativos de estas frustraciones y no buscar otro tipo de respuestas o acciones con más altos costos emocionales.

Pero el argumento de la compatibilidad de la vida profesional con la personal también es común entre aquellas que han alcanzado puestos importantes. Éstas médicas también apelan a la discrepancia entre su identidad profesional y sus aspiraciones familiares.

“Yo creo que la mujer tiene incorporada en su cabeza la vida personal y la vida profesional. Quiero decir, que puedes venir a trabajar y estar al cien por cien de tu trabajo. Pero si uno de tus hijos tiene un problema, tú lo tienes incorporado, y no quiere decir que no estés en el trabajo. Y a la más mínima harás una acción para equilibrar esto que te está preocupando. Y probablemente el hombre funcione de otra manera. Pero ya no en el trabajo, sino en todo. Entonces, si en un momento determinado, vamos a suponer una jornada laboral que termine con una conferencia y un pequeño refresco. Y en el refresco tendrás la oportunidad de hacer un saludo a distintas personas, yo creo que la mujer si puede, se va a quedar. Estamos hablando de una jornada larga, que ha empezado a las ocho de la mañana y estamos ya a las ocho de la noche. El hombre seguro que se queda al refrigerio, la mujer si puede se quedará, pero si tiene algo de su vida personal, lo priorizará. Con una gran confianza con tu pareja, funciona, pero si tú estás muchas horas fuera de casa y tu criterio es que tu casa funcione, necesitas una ayuda. Pero en muchas ocasiones cuando leo revistas de personas importantes que dicen que saben exactamente como tienen la nevera, o sea que a pesar de tener una persona en casa, un soporte, unas horas, un espacio de tiempo, saben como está todo y este creo que es el punto que nos diferencia. La mujer, como puede hacer varias cosas a la vez, lo tiene incorporado.

¿Y esto no ha sido una limitación para usted en su carrera? Quizás si hubiera sido un hombre, a lo mejor, tendría una carrera más lanzada.” (Entrevista 5)

Seguramente como sucede en otras profesiones que tienen una alta exigencia en horas, atención y formación, las mujeres (tengan o no altos cargos médicos) viven

la vida familiar y profesional como una tensión que se resuelve siempre con altos costos para una u otra dimensión de la personalidad. Lo llamativo es que pocas elevan quejas a la institución o a las políticas laborales con el objetivo de resolver o facilitar esta contradicción.

Algunas pocas hacen una llamada de atención sobre esta configuración de roles, reclamando la necesidad de que la posición de los hombres cambie frente a la vida familiar, mientras que otras se muestran más positivas manifestando que esto poco a poco va cambiando.

“El tiempo que requiere tu trabajo...hay muchas mujeres que no quieren dedicarlo. Yo conozco excelentes profesionales que no quieren desarrollarse más a costa de los hijos y la familia. A veces tienes que elegir o una cosa o la otra, porque una cosa te quita tiempo para la otra [...] Hay que estar más horas, hay que dedicarle más tiempo, hay días que tienes que resolver un problema y te tienes que quedar hasta las 7. Y tienes que tener la flexibilidad de cambiar horarios y no tener que estar a las cinco porque tienes que ir a buscar a los niños al colegio. O tienes una señora en tu casa. Parece que para los hombres es mucho más fácil. O era... yo entiendo que las cosas están cambiando. En este hospital el director se levanta en medio de una reunión porque tiene que ir a buscar a sus hijos. Y me parece fantástico.” (Entrevista 3)

Agregado a todo esto, algunas expertas han señalado que la eficiencia de las mujeres en cargos de mando disminuye porque no pueden separar su rol maternal, de cuidadoras o de proveedoras afectivas de su rol profesional. Es decir, no porque no hayan podido acceder sino porque no son eficaces cumpliendo el rol de dirección. Finalmente, estas mujeres fortalecen el estereotipo, convirtiéndose en casos “muestra” de porqué las mujeres tienen un rol preferente o establecido dentro de las instituciones hospitalarias.

Esto, si bien está asociado a la construcción de la subjetividad en el período de socialización primaria de las personas, se refuerza en las relaciones laborales cotidianas. Una de las entrevistadas relata que las presiones que los compañeros de trabajo les hacen a las mujeres son más imperativas o tienen mayor impacto que en caso de los hombres porque interpelan la dimensión del “deber ser de la mujer” (que atiende todas las demandas, que cumple, que es receptora, etc.) Algunas entrevistadas señalan que un hombre no responde igual que una mujer ante las exigencias de sus compañeros; no necesariamente siente un compromiso con responder todas las demandas, no necesariamente siente que se le está cuestionando su identidad, solo responde a las circunstancias profesionales (es decir, no le afecta la

dimensión ética-identitaria sino pragmática-profesional).

“Hay exigencias externas de que haga todo. Una Directora no solamente hace de Directora, tiene que estar al tanto, por supuesto de la decoración, de las expectativas de la gente que la rodea. Todo esto hace que junto a esta situación de socialización interna, esas demandas sean imposibles, lógicamente, de atenderlas y cumplirlas, e inmediatamente llegan las directivas de que entonces tú eres una mala directora. Claro, la persona que no tiene un proceso crítico de construcción de la socialización que ha recibido, llega a un nivel de stress que es insoportable.” (Entrevista 8)

Algunas mujeres sostienen (sobre todo las que han accedido a cargos de gestión) que el problema es de las propias mujeres que no saben cómo promocionarse a ellas mismas. Como se dijo anteriormente, la mirada de los otros se convierte en la mirada de si mismas.

“Aparte de conocer tiene que saber hacer las cosas y hay que saber vender, esto requiere un espacio de venta. En este espacio de venta es cuando yo creo que la mujer prefiere su ámbito personal [...] creo que el problema que tenemos es que las mujeres no estamos conciliadas, tenemos los espacios mezclados en la cabeza. Si hay un problema en casa, primero lo de casa. El tema de la carga horaria es un tema organizativo que se puede resolver, siempre que haya un apoyo y un nivel de exigencia. Quien tiene un nivel de exigencia muy alto tiene un apoyo más grande. Tengas el ámbito de responsabilidad que tengas, si hay un problema priorizas. Al hombre no le pasa porque no lo tiene en mente.

¿Usted ha tenido una experiencia donde no ha podido conciliar? Una vez me llamaron para un cargo que tenía que viajar a toda España y para mí es impensable. No es que no pueda viajar, es que es mi opción personal. Porque creo que la mujer busca el equilibrio, satisfacción en el trabajo y en su vida personal.

¿Los Hospitales tienen determinada reglamentación que permite la conciliación? Se está trabajando pero aún falta. Las organizaciones van muy presionadas, se trabaja muchas horas. Con el personal vamos justos, está todo muy apretado, además se tiene que hacer docencia, estar en una línea de investigación.” (Entrevista 5)

5.5. El rol familiar como criterio de exclusión institucional

Esta práctica social en la cuál se asocia de la mujer con ciertos adjetivos que se vuelven cualidades casi naturales (es madre de familia, es cuidadora, atiende primero

su hogar, posee mayor empatía con las y los pacientes y por eso es mejor en la atención sanitaria), no solamente juega en la formación de la identidad de las médicas y las contradicciones que en ellas generan. Esta estigmatización también funciona como criterio de exclusión de aquellas personas que influyen en la selección del personal.

“¿Por qué piensa que sucede este fenómeno de que, si bien hay muchas mujeres estudiando no opten a los puestos de mando? Yo creo que es por los problemas implícitos de la mujer: tiene que cuidar de la familia, la rutina de un médico Jefe de Servicio fuera de horas de trabajo, es dura también, tienes que disponer de más tiempo y la mujer tiene más responsabilidades. Yo creo que siempre estamos atadas a lo mismo. A que fuera de aquí tenemos nuestro trabajo, los hijos. Y llegas al Jefe de Servicio con una edad, ten en cuenta que un médico entre que acaba la carrera y hace la especialidad, se planta con treinta y dos, treinta y tres años. Y aun tiene que crear la familia. De hecho esas mujeres que hacen medicina y acaban la especialidad, aun no han formado familia, son mujeres que tienen los hijos más tarde. Y luego tienes que tener un puesto de mando intermedio, donde el jefe de servicio tiene que organizar sesiones clínicas, procurar por la formación de equipos, velar para que se asista a los congresos, para que el servicio vaya adelante, para que se haga investigación. Si es un Jefe de Servicio Quirúrgico: nuevas técnicas, nuevas tecnologías, enviar al estudiante a formarse. La mayoría de los Jefes de Servicio hacen asistencial también. Es muy duro.” (Entrevista 2)

Más allá de que objetivamente un cargo de gestión exija más horas y más compromiso que un puesto de personal médico adjunto, y que muchas mujeres no estén dispuestas a aceptarlo, esto funciona como argumento que explica de antemano porqué las médicas no promocionan jerárquicamente al igual que sus pares hombres. En otras palabras, este discurso opera como una argumento que legitima la discriminación de género a la hora de seleccionar a aquellas personas que van a promocionar jerárquicamente.

“Yo creo que es fundamental el hecho genético cultural, porque yo creo que hay condicionantes genéticos, condicionantes culturales que hacen que a la mujer, pues la mayoría de mujeres lo tienen. Además del trabajo tienen obligaciones, algunas de manera activa porque ya están casadas, tienen hijos, tienen que acompañarlos a la guitarra, a tal cual. Y otras lo tienen porque esperan tenerlo (se refiere a todo lo dicho previamente). Bueno... hay factores que de toda esta esfera condicionan lo que hace... que la mujer piense “pues, oye, yo no me quiero implicar mas allá de este limite porque esto después me condicionara mi otra vida.” (Entrevista 10)

Este discurso compartido por muchos tiene ciertos núcleos argumentativos claves para explicar las desigualdades en el acceso a los cargos de gestión. No es que la institución no crea oportunidades iguales para hombres y mujeres. Tampoco se trata de que no se generen estímulos para que los costos de las médicas sean más bajos a la hora de compatibilizar vida laboral y personal. El problema es que las mujeres tengan ciertas responsabilidades ineludibles y algunas características inevitables que las hacen incompatibles con un cargo de gestión.

La debilidad física para hacer frente a servicios claves como traumatología y cirugía, la empatía que las hace mejores médicas asistenciales, la practicidad y la habilidad para resolver asuntos concretos, la maternidad, son discursos consensuados, muchas veces entre las mismas médicas, que se vuelven formas de discriminación muy sutiles y difíciles de denunciar.

“Me he enterado de una amiga que cuando le hicieron la entrevista para concursar un puesto le preguntaron si tenía pensado quedar embarazada, ¿para que se le pregunta eso?” (Entrevista 12)

“A la Dirección Clínica le interesa más que esté siempre el que siempre lleva la batuta, no alguien que puede irse seis meses, un año y medio, porque la ley te ampara en que puedes hacerlo. La de una urgencias ya tenía los dos niños cuando era Jefe, con lo cual ya era poco probable que tuviera otro. La de Farmacia no se.. ya tiene sus hijos, debe tener cincuenta años, con lo cual es más difícil, no sé si sería algo que frenase. En Ginecología que son casi todas mujeres, hay también dos hombres; uno es el jefe de servicio.[...]Para el hospital es mejor tener un hombre jefe de servicio, porque no le cogerá ninguna baja para niños. Si se ponen malos los niños, los padres no se van, se van las madres, sigue siendo así” (Entrevista 7)

Fue muy difícil que las entrevistadas pusieran al descubierto mecanismos de discriminación por efecto del género. Pero las evidencias sobre las que las hicimos reflexionar, las hacía poco a poco nombrar algunos ejemplos de este hecho.

“Yo tengo una compañera ginecóloga que en Reus le vetaron una plaza. Ella era residente en Reus y cuando terminó su jefe le dijo que estaba a la espera de una plaza, “que sale, que no sale”, pasaron los dos años y no la sacó. Se cansó y se fue. Alguna vez volvió al hospital y le dijeron que había salido la plaza, “te puedes presentar y puedes hacer lo que quieras que esta plaza no será para ti”. Yo le decía este hombre es misógeno, y me dijo no, “no es misógeno, creo que esto es una opción suya”. Yo le decía, si te has promocionado, has estado cuatro años y de hecho has estado dos años haciendo guardias, esa plaza debe ser para ti!. Y me responde “es que el tiene un hijo dentro del hospital que tiene que ser jefe de servicio, y no quiere a nadie que le haga la más mínima sombra, con

lo cual yo creo que me tiene miedo". Y con el tiempo yo he visto que sí, que ella es muy válida y que intentaba eliminar los futuros competidores para que su hijo fuera el jefe. Yo estaba convencida de que era un problema de que no quería mujeres en su servicio, porque cuando él era el jefe la mayoría eran hombres, había casi todos hombres y una mujer. Yo pensaba "es que no quiere más mujeres", y le dijeron no te presentes porque no te cogeremos. [...] Sigue siendo que el poder está en manos de hombres, creo yo. Poco a poco van entrando las mujeres, pero no queremos el poder, también creo porque sacrificamos más otras cosas que nos interesan más de nuestra vida. Pero sigue estando en manos masculinas. Hay alguien que querrá este poder, pero no es lo más frecuente que una mujer quiera ser Jefe de servicio" (Entrevista 7)

En los párrafos anteriores se describe una situación en dos variables que parecen ser explicativas del impedimento para la promoción profesional. La primera es la identidad de las mujer (es decir, todas las asociaciones significativas de roles y funciones más allá de la práctica profesional) y la segunda es las barreras que ponen quienes seleccionan.

La entrevistada duda de si la experiencia de discriminación se trata de una cuestión de género o una cuestión personal. Este es un fenómeno difícil de detectar puesto que justamente distinguir la cuestión social de la personal siempre es un recurso del poder para ocultarse o legitimarse. También duda de si es producto de que las mujeres quieren obtener el poder o que los hombres no quieren abandonarlo. Finalmente, parece percibir que el poder está asociado con los hombres.

Las anteriores líneas dan paso a la siguiente reflexión; para enfrentar las formas de discriminación es necesario reglar los criterios de selección e implementar, hacia el interior de la carrera profesional sanitaria, las leyes ya existentes de compatibilidad entre la vida privada y laboral.

Pero también es imprescindible (y tal vez lo más difícil) generar políticas públicas que permitan fundar procesos socialización alternativa, aprendizaje y autorreflexión, para que las propias mujeres puedan detectar situaciones de discriminación y que permitan, también, la modificación de los roles masculinos y femeninos dentro y fuera de la vida privada.

5.6. EL capital social y dinámicas intrainstitucionales como determinante de la trayectoria profesional

“¿Es importante tener una red de relaciones? Usted me decía que llegó por la confianza de las personas que la conocen. ¿Hay redes femeninas o masculinas? Redes femeninas aún no tenemos Normalmente puede suceder que alguien sea movido a otro centro, o a otra Institución y entonces te conoces y se genera una situación de confianza. Una persona con la que ya has estado y has trabajado. En el mundo de los hombres hay mucha relación. En el mundo de las mujeres cuando intentamos cenar, comer, después de la tarea laboral, nos es más cómodo ir a nuestro ámbito personal.” (Entrevista 5)

A través de las entrevistas se puede observar que la confianza entre quien selecciona y la persona que es seleccionada es un elemento crucial a la hora de acceder a un cargo de responsabilidad. En otras palabras, el conocimiento y la relación previa constituyen el capital social para el crecimiento de las y los profesionales.

Las relaciones que se tengan con las compañeras y los compañeros de trabajo, pero sobre todo con las personas que toman decisiones dentro del hospital (gerencia, dirección médica, jefatura de servicios) son fundamentales a la hora de promocionar.

“¿Que pesó a la hora de ser elegida para su cargo? Yo creo que la trayectoria que tuve y tengo dentro del hospital, por ser conocida y supongo los apoyos internos que tuve. El otro que se presentó era un hombre adjunto de urgencias, con menos años en ese servicio y menos años en el hospital. Yo creo que es importante que la dirección te apoye y que haya gente en el hospital que crea en ti. La trayectoria previa pesó más que la oposición [...] Te pedirán el perfil, el currículum o lo que sea, pero esto es a posteriori. Siempre hay personas que más o menos mueven dentro del hospital, y entre esas personas hay dos o tres que pueden ser director del hospital y entonces, se decide quién puede ser, y luego se acomoda el perfil que se requiere. Yo creo que las cosas van a posteriori.” (Entrevista 3)

La confianza, como capital social, no solamente se construye con quienes están en posiciones jerárquicas superiores, sino horizontalmente, es decir, entre el personal médico con cargos similares.

“En este momento es un tema de confianza de los que estamos arriba. Entonces lógicamente tiene que haber un espacio en el cual los profesionales que están dentro de un hospital, tengan confianza porque probablemente es difícil mantener a alguien que es

rechazado por los que están trabajando que son los que realmente están llevando el centro. Pero el criterio de selección pasa por la confianza de los que están arriba, siendo los de arriba: el Instituto Catalán de la Salud, o un Consejo de Administración.” (Entrevista 5)

Algunos hospitales de gestión privada, como el Figueres, el Clínico o el del Mar, han creado baremos para seleccionar al personal. Estos en general se centran, otorgándoles diferentes pesos, en la antigüedad, experiencia en gestión, cursos realizados y publicaciones científicas realizadas.

A pesar de que se han tratado de establecer criterios de selección objetivos, las redes de apoyo siguen siendo un elemento importante para la selección.

“¿Y es lo mismo para los otros cargos que están más abajo como el Director Médico, los Jefes de Servicio? No, a partir de aquí ya no. El Director Médico es escogido democráticamente por los jefes del servicio, en este hospital. Los jefes del servicio lo escogen y la Junta Facultativa hace una opción de tres nombres, tres candidatos que, siempre hay un acuerdo, en el que todo el mundo se siente comfortable. Los Jefes del Servicio siguen por un tribunal de credenciales. El Hospital ha montado una comisión de credenciales para los distintos cargos de los clínicos, tanto para los jefes de servicio, los jefes de sección, como un adjunto. Normalmente las credenciales hacen la lectura en el ámbito de la calificación académica, de investigación, de docencia, perfil, trayectoria, años. Luego está el Tribunal que está compuesto por los jefes del servicio, de sección, adjuntos, comité de empresa, la dirección y personas invitadas de fuera, que puede ser del ámbito de la disciplina del mismo servicio, del ámbito de la Universidad, y está también la investigación. Entonces el perfil que se selecciona es más o menos dependiendo de la responsabilidad. Si estamos hablando de un adjunto, normalmente el Jefe de servicio tiene unos candidatos, entonces él hace la defensa del candidato, pero puede ser que no coincida con lo que están diciendo las credenciales. Esto sería una selección.” (Entrevista 5)

Repetidas veces las entrevistadas señalaron las dificultades de asumir un cargo. Mientras que ellas tienen que construir la confianza y el respeto, un hombre cuenta de antemano con este capital.

“Lo que pasa es que una mujer que ya tiene un ámbito de responsabilidad, lo tiene que demostrar muchísimo más en competencia a las mismas igualdades que un hombre. Las mujeres cuestionan cómo ha llegado otra mujer hasta determinado cargo. Esto lo cuestionan tanto hombres como mujeres. Las mujeres son muy críticas con las mujeres, dicen ¿y cómo lo ha hecho? Yo cuando era joven y era Subdirectora Médica en otro

hospital tenía otro compañero Subdirector Médico, cuando íbamos a algún sitio él se presentaba como Subdirector Médico y yo también, y oía como la gente se preguntaba: ¿y ella que hace? En cambio a él se le da por supuesto que lo han entendido. Yo me sentía cuestionada.

¿Y entonces qué exige esa respuesta, mayor dureza? No, no darle importancia. Trabajar, seguir en tu trabajo y en tu línea. Es normal, en cualquier situación la gente dice: ¿pero cómo puede ser?, seguro que no tiene ni idea, que no sabe. No pasa nada, tienes que aceptar que se cuestione, también se los cuestionará a ellos en otro momento, lo que pasa que en nosotras es desde el principio.” (Entrevista 5)

En el caso de las direcciones o gerencias de los hospitales las redes masculinas como factor de discriminación son más evidentes según todas las entrevistadas. Este es un grupo más cerrado y como la elección de los mismos es puramente discrecional la discriminación entonces es mayor.

“El Gerente es un cargo asignado, sí señora. Y también aquí es lo mismo en el punto Gerentes, eso sí que ya es descaradamente masculino, en Cataluña y en toda España. Eso es impresionante, ya no me acuerdo, pero casi no hay derecho sobre ese directivo y porque ya se ha hecho una figura descarnada. Ahí la representación femenina es muy pequeña porque ése sí que es un cargo de poder. Evidentemente es un cargo que está muy politizado, muy vinculado a que es una elección que hacen los políticos, pero de todas maneras los políticos pueden elegir entre un número limitado de personas, de hecho en Cataluña donde la situación pese a todo es más convivencial, no ha sido extraño que cuando cae un gobierno, el Gerente como mucho sólo cambia de sitio. Pero este grupo de hombres que son siempre los mismos se mantiene, van rotando pero no “caen” de la profesión. Cuando hablaba de la rotación de mujeres políticas, si es que caen, nunca tendrá más un cargo directivo, no rotas en el hospital, por tanto yo creo que hay que mirarlo con otros ojos, no sólo con los ojos de que son personas designadas políticamente. Sino de que son hombres son como los colectivos de la empresa privada, quiero decir que también se da un manejo muy parecido, que simplemente rotándote, se da un mecanismo completamente idéntico.” (Entrevista 8)

El acoso moral, entendido como acciones negativas dirigidas a las médicas por su posición de género, sin que tenga necesariamente un sentido “sexual”, pesa también como factor a la hora de explicar los obstáculos de la promoción y la debilidad de las mujeres en las redes sociales de apoyo y solidaridad profesional.

“¿Qué elementos tiene usted para explicar las diferencias entre la cantidad de médicos y médicas que dirigen servicios? Y la misoginia de la sociedad. A ver... yo no

tengo la sensación que por ser mujer haya tenido problemas... bueno si que por ser mujer te tienes que enfrentar a una serie de cosas. A ver... por ejemplo que me tocó la moral. Fuimos, por ejemplo, a una reunión científica y había dos o tres mujeres que representábamos este territorio. Entonces en una discusión que nos referíamos a los tipos de los hospitales y sus criterios yo dije – yo que soy? – porque mi hospital no cuadraba en ningún criterio- y otro de atrás me respondió – tu eres básicamente guapa. Y es alguien que conozco además... me entiendes? Independientemente si vas guapa o linda o fea, o de bruja, hay ciertas miradas externas, ciertos gestos que te condicionan” (Entrevista 3)

Hay diferentes tipos de acciones dirigidas a situar en segundo grado a la mujer en el contexto de una relación de género, en otras palabras, de darle menos valor que a sus pares hombres.

“Cuando hicimos la inauguración del hospital, la gente sabía que había una mujer Directora, y un Jefe de servicio curiosamente no me conocía y dijo que se había quedado sorprendido porque se imaginaba que tenía que ser una mujer de cincuenta años y gorda. Es muy duro, hay un estereotipo y para mi ha sido durísimo, porque tienes que superar todo eso, los comentarios. Hay mucha presión y ante eso o claudicas o te pones más duro. [...] En el mundo de reuniones en que me muevo casi todos son hombres, y te das cuenta que la voz del hombre siempre es más fácil de escuchar que la de la mujer, y cuando estas en grupos en que las mujeres somos minoría, tienes que hacerte oír, insistir mucho. Pero bueno, al final también tienes la satisfacción de saber que tengo los mismos resultados que un hombre. He hecho más trabajos, de más calidad.” (Entrevista 13)

Debido a que las leyes y las políticas de la igualdad sancionan legal y socialmente cualquier práctica de discriminación explícita, lo más común son que los gestos, las miradas y los sentidos ambiguos del lenguaje. Estas son herramientas que se utilizan en todas las relaciones sociales para decir más de lo que la palabra misma dice. Permiten enviar mensajes negativos o positivos en forma de juegos, bromas o escondiéndose tras un doble sentido. Muchas de las entrevistadas han comentado anécdotas y descrito situaciones donde esto ha sucedido repetidas veces, más cuando se trata de mujeres en puestos de mando.

“¿Se ha implementado la Ley de Igualdad en este hospital? A nivel de enfermería hay muchas mujeres, con esta Ley pasa lo de siempre, te facilita en unas cosas y te perjudica en otras. Las leyes en este país a una mujer le dan la opción a que coja reducción de jornada para cuidar de un menor, pero con el prejuicio que supone que su

puesto de trabajo tiene que estar ocupado por otra persona, se pierde prestigio en ese puesto de trabajo, le reduces el salario....son muchas consecuencias negativas.

¿Y como es la experiencia por ejemplo de una Médica Jefa de Servicios? Una Jefa de Servicio no puede hacer reducción de jornada cuando tiene que llevar a veinte personas. Es impensable. Entonces una mujer que tenga treinta años, en edad aun de tener sus hijos, lleve un puesto de Mando Intermedio y quiera una reducción de jornada, ya no accede." (Entrevista 2)

Algunas expertas han señalado que el nivel de rotación laboral entre las mujeres es muy superior, en comparación con los hombres, producto del estrés y las presiones a las cuáles están sometidas las médicas. En otras palabras, no solo las formas de discriminación encubiertas impactan sobre las diferencias en el acceso a cargos de responsabilidad sino también en las trayectorias profesionales en términos más generales (cambio asiduo entre de puestos de trabajo, renuncia a puestos que impliquen el manejo del poder)

"Sí que puedo afirmarte con gran seguridad que la disparidad de género es muy importante. Mucho mayor en los hospitales, porque es un lugar donde hay un reconocimiento profesional, pero también me gustaría decir que es el mismo que se produce la primaria. La primaria está mucho más feminizada, también vas a encontrar en la coordinación de primaria más mujeres. Pero es una coordinación muy rotativa y esas mujeres caen, se queman [...] Pero sobre todo lo que más me gustaría remarcar es "la rotatividad" de mujeres en los centros primarios. Las mujeres que acceden a una jefatura de servicio, también acceden para toda la vida, pero es un caso también interesante de ver porque se ve muy claro el mismo fenómeno que la participación activa de las mujeres en la política. Ves que no repiten más concejales. [...] Las mujeres soportamos mal el poder directo. Es muy desgastante para la imagen." (Entrevista 8)

Pero otro tipo de prácticas de discriminación son aquellas que van dirigidas a limitar el uso pleno de los derechos laborales tras la amenaza implícita de que lo contrario (ausentarse por maternidad o por amamantamiento, por cuestiones familiares, etc.) puede afectar la trayectoria o la promoción futura.

"Muchas de las médicas, para incluso conseguir leyes que se dan al conjunto de trabajadoras, han tenido problemas con sus jefes jerárquicos. Ha habido denuncias importantísimas de mujeres que no les querían dar el período de lactancia, de mujeres residentes que las bajas maternales las cogían al mínimo y no completas para no perder tiempo de residencia. Hay acuerdos de libres prácticas que pueden hacer, y lo podían recuperar más tranquilamente en otros momentos. A eso se les ha puesto trabas. El

estatuto del residente ahora está un poco más regulado, pero hasta ahora dependía mucho de su jefe jerárquico. Médicas con acoso sexual, sobre todo residentes, con informes muy negativos de sus jefes. Ha habido médicas que en una situación de gravedad, de tener que irse porque en un momento dado de su trabajo las han llamado, les han puesto problemas los jefes inmediatos. En el tipo de gestión no se considera demasiado los problemas que pueden tener las personas.” (Entrevista 6)

Pero además de las redes y la confianza, el tipo de institución también es un factor explicativo de cómo pueden transcurrir las trayectorias profesionales. Las dificultades para acceder a la información sobre el personal, la resistencia a facilitarnos entrevistas y el constante énfasis en el anonimato son manifestaciones propias de instituciones cerradas a la mirada pública.

“Primero los sindicatos médicos siempre han funcionado de una manera muy autónoma, aunque nosotros en nuestro sindicato tengamos muchos médicos, siempre aparecen como "ellos" y se les da más importancia a la opinión del sindicato que es sólo de médicos. Pero también nos han planteado todo el tema de la feminización, ahora las mujeres están empezando a hablar, están protestando, pero hasta el momento usted lee en las revistas de ello y prácticamente no hay nada, no hay ningún discurso que haga referencia al género. A este nivel lo que se puede observar en estudios desde hace muchísimo tiempo es que han continuado con los modelos muy masculinizados de promoción. Los sindicatos a veces no sólo han firmado estos proyectos sino que han boicoteado acuerdos a los que habíamos llegado para hacer otra cosa.

Son acuerdos en los que se marca por un lado mejoras en salario, mejoras en ratios profesionales, en el ratio de personal en pacientes y mejoras en promoción profesional. Lo que pasa es que no es cierto que estas mejoras a veces son progresivas, llevan una serie de tiempo, ha habido aquí en Cataluña una situación muy agobiante, que no se ve todavía estos cambios y aprovechándose de esto no han firmado los acuerdos y han montado huelgas paralelas mintiendo. A ver, todo acuerdo es mejorable, pero siempre hay una cierta legalidad que no se ha seguido y bueno, en realidad desprestigia muchas prácticas. Y también pienso que las mujeres en general huyen más de este tipo de prácticas.” (Entrevista 6)

Las entrevistas a informantes claves nos han señalado que es un sector altamente masculinizado, no solamente porque en los puestos de gestión y responsabilidad hay menos mujeres sino porque los criterios de selección, las redes y los discursos favorecen a los médicos. Que no exista interés en generar datos y que la

cuestión de género, en general, no sea un tema tan presente como en otros espacios públicos, son indicadores de la hegemonía del discurso masculino en la sanidad.

Esto puede explicar porqué muchas médicas entrevistadas fueron poco reflexivas frente a su situación de desigualdad en el acceso a cargos de gestión y responsabilidad.

“Sabemos que la Dirección sabe estas cosas, porque una vez hace menos de un año en unas jornadas, la Directora del Institut Català de Salut, que es una mujer, planteó como en puestos de coordinación en Primaria había muchas mujeres, en cambio en Hospitales había menos, pedimos estos datos y nunca se nos han hecho públicos.”
(Entrevista 6)

Si bien la internalización e interpelación del discurso hegemónico tiene obviamente tiene un gran impacto sobre las médicas, algunas han sabido cómo romper estos obstáculos quebrando las formas tradicionales en cuanto a la administración de los aspectos afectivos de la personalidad y teniendo que ser, a veces, más agresivas y pragmáticas que sus pares.

“Pero hay mujeres que en ese proceso van superando el stress y se van dando cuenta, no es que todas sucumban. Cuanto más superan el stress y más se dan cuenta, menos simpáticas se hacen a sus colegas, más competitivas, vale? espera que ahora entramos en la otra, claro, no todas las mujeres sucumben afortunadamente, a esta situación de stress entre mecanismos internos y externos, entonces las que van subiendo son mujeres altamente competitivas, tienen un control emocional mucho más elevado entre sus compañeros, tienen una visión de sentido práctico y estratégico probablemente más elevado que el de sus compañeros, pero son más frágiles porque no tienen red que las apoye. Y las mujeres no las van a apoyar a estas mujeres, y los señores tampoco las van a apoyar, porque ya no son simpáticas para darle el servicio. Estamos hablando de los mecanismos de la desigualdad, estoy intentando desmenuzárte los. Entonces, éstas mujeres que sí salen, y que tienen nombres y apellidos, dicen “vale, yo estoy dispuesta a seguir en la carrera, estoy dispuesta a competir, entonces ya te planteas una continua lucha de poder” Tú tienes red que te apoye, el hombre tiene red, la mujer tiene una red de resistencia mucho menor. No sé si me explico”. (Entrevista 8)

En algunos casos, en donde tienen interés en formarse en un perfil de gestoras, las médicas encuentran estos caminos para promocionar fuera de las líneas jerárquicas tradicionales y formando otras redes de solidaridad. Debido a las dificultades de acceso a cargos de gestión, algunas mujeres médicas han presionado o

han formado sus propias alianzas para crear nuevos espacios funcionales o de coordinación.⁸ Estos son los casos de unidades tales como "cualidad", "docencia", etc.

"A mi me motivó asumir la coordinación algunas promesas que me hicieron. Primero era abrir una nueva ala del servicio, que ya está en marcha, y la otra crear una maestría". (Entrevista 3)

Otro ejemplo son las unidades de coordinación de guardias entre el personal médico de los hospitales y de atención primaria. En estos casos, las relaciones verticales y horizontales son determinantes. ¿Las mujeres tienden a formar redes, a solidarizarse en situaciones dentro de los Hospitales para promocionar a otras mujeres o para generar grupos de investigación? A través de las entrevistas se ha detectado que hay hospitales donde se generan unidades especiales, por ejemplo, de docencia o de mejora de calidad. También han descubierto hospitales donde existen muchas mujeres como jefas de servicios o en cargos de dirección. En estos lugares, han sido mujeres las que han impulsado las redes y se han promovido mutuamente.

"Conozco algunas Asociaciones como Centro de Análisis de programas Sanitarios, el programa Mujer y Calidad de vida, que hay muchas mujeres que se asocian. Hay incluso una red Estatal, la Red Caps. Estas redes no son sólo de médicas, hay profesionales sanitarios, psicólogas, enfermeras, sociólogas, activistas, pero hay muchas médicas. Es posible que haya, sobre todo redes informales, estoy segura que las hay, pero que se hayan visibilizado exteriormente aquí en Cataluña yo no conozco. Hay algunas asociaciones que tienen un grupo de género, una creo que es CESPAS, SEMFIC que tienen un grupo muy interesante sobre el tema de violencia de género. Están la española y la catalana. Después en la Asociación de Defensa de Sanidad Pública hay también una red de mujeres.

¿Esto impacta de alguna manera sobre la estructura de los hospitales? Yo creo que la primera reflexión ha sido de cara a los temas agresión hacia mujeres. A partir de ésta, cuando entras a reflexionar sobre el feminismo también auto-reflexionas sobre tus condiciones de trabajo. Es una manera de empezar a organizarse, se han organizado dentro de las sociedades científicas. Las reflexiones han sido sobre el tema de las diferencias de género en la atención, y tal vez en los puntos más fuertes como los de violencia. A partir de aquí estas redes pueden tener influencias importantes. Lo que está claro es que hay un proceso de reflexión por parte de muchas médicas." (Entrevista 8)

Otra variable a tener en cuenta es el tipo de especialidad que eligen los médicos.

⁸ Este fenómeno también se puede comprobar en el análisis de los organigramas.

Esto también influye en la trayectoria profesional por varias vías.

Las especialidades tienen diferentes pesos dentro de las instituciones de salud. Hay unas más prestigiosas que otras, hay algunas más feminizadas que otras.

“Con lo cual los pediatras siempre hemos sido los hermanitos pobres. Así que todos estos cargos más que hombre o mujer era por especialidades. Es decir, nunca ha habido pediatras en cargos relevantes, porque en número éramos menos. Estos centros ambulatorios se regían básicamente según protocolo para dar siempre poco mérito. En el mundo de la Pediatría hay como una idea preconcebida de que los niños no tienen mundo, de verdad hay quien lo piensa, lo importante son los adultos y las hipertensiones, un poco todo esto se ha enfocado y siempre los coordinadores han sido médicos de familia. ¿Qué ocurre? Ahora no hay pediatras. Y el Pediatra está muy valorado socialmente por las familias. Las familias quieren tener un pediatra para sus hijos, y la gente empuja... Con lo cual, como somos pocos se han dado cuenta que es una especialidad importante. Es una cosa que no la puedes entroncar en el organigrama general.” (Entrevista 1)

Según las personas entrevistadas, los hospitales son instituciones de mayor reputación, otorgan mayores posibilidades de promoción y es donde están las especialidades más prestigiosas. En estos espacios las redes masculinas son predominantes. Además, hay que señalar un fenómeno interesante. Las especialidades que le dan más notoriedad a un hospital son los servicios de cirugía y traumatología. Son las personas que ocupan las direcciones de éstos servicios quienes más posibilidades tienen de acceder a otro cargo para promocionar en la línea jerárquica. Agregado a ello, en éstas especialidades la presencia masculina es notoriamente más importante que la femenina.

En otras palabras, las redes masculinas son preponderantes dentro de los hospitales y son una de las variables explicativas de las desigualdades de género en el acceso a cargos de poder. No obstante, se puede observar que las mujeres han creado su propio capital para contrarrestar a las primeras. Una política activa dirigida a romper con la segregación por sexos en estas redes o a fortalecer las alianzas femeninas podría ayudar a desatar el nudo de la inequidad.

Donde probablemente se estén formando redes femeninas más que masculinas es en los centros de atención primaria donde las mujeres son una amplia mayoría y asumen cargos de gestión. Esto está relacionado con que las especializaciones que requieren estos centros están muy feminizadas aunque, también, con que son instituciones menos jerarquizadas y pequeñas, por tanto, las médicas encuentran

menos obstáculos que tiene como origen en la diferencia de género.

5.7. La hipótesis demográfica - temporal

La hipótesis demográfica ha sido nombrada por casi todas las entrevistadas. Esta se resumen en la siguiente sentencia: "A medida que vaya creciendo la población médica femenina dentro de los hospitales, ésta podrá ir ganando mayor cantidad cargos de gestión y responsabilidad; es solo cuestión de tiempo."

"[...] Cuando hay una convocatoria publica valoras los servicios prestados, su antigüedad, valoras los méritos, estos cursos son méritos. [...] La persona que tiene más años tiene más puntos, por eso tal vez se lo valora más, pero no necesariamente hay un barómetro.

¿Y allí se vuelve a lo que tú decías del tema de la antigüedad y la masculinización de los cargos? Exacto, mas antigüedad. La antigüedad es una cosa que se valora bastante." (Entrevista 4)

El argumento que sustenta la hipótesis demográfica-temporal es que debido a que antes había más hombres en la medicina y la antigüedad es un elemento importante en la selección, es natural que existan más hombres como directores médicos o jefes de servicio que mujeres.

"Porque aún no han llegado (mujeres en cargos de gestión), pero habrán. Hace poco que han entrado como mujeres jóvenes, pero llegarán sin duda. Es un tema de tiempo, de porcentajes de mujeres estudiando medicina. Vamos a ver qué especialidades escogen. Porque antes había especialidades que se las pintaba más de feminizadas, y ahora no. Ahora te encuentras cirujanas, traumatólogas.

Y la especialidad que elija un médico o una médica ¿va a pesar después en la carrera jerárquica? No, yo creo que ahora es un tema de tiempo y volumen. Como han entrado muchas mujeres a estudiar medicina y tienen que hacer su formación, su residencia, pues van a haber en un período de tiempo x, muchas mujeres jefe de servicio, claro que si. Y no solamente pediatras y ginecólogas. Y será un tema de conocimiento y habilidad." (Entrevista 5)

En la mayoría de las entrevistas esta conjetura fue repetida varias veces, probablemente como forma de aliviar la realidad inmediata y proyectar la solución hacia el futuro (“ahora no tenemos acceso pero pronto lo habrá”).

Lo llamativo de este tipo de diagnóstico es que se contradice constantemente con otros momentos del discurso de las entrevistadas. A saber, si en un futuro, el peso de la población femenina presionará para romper el techo de cristal que actualmente existe, es porque la “meritocracia”⁹ será el criterio de selección para los cargos de gestión y mando. No obstante, muchas de las que apoyan ésta idea, también sostienen que, actualmente, la confianza con las direcciones y las redes de apoyo son fundamentales para promocionar. Por tanto, si esto es verdad y si se acepta que el proceso de feminización lleva ya un cierto tiempo, no se trata de la cantidad de médicas sino de los cambios en los criterios de selección.

“Para seleccionar el personal de ciertas plazas dentro del hospital ¿va a pesar las relaciones que tenga el médico? Depende, o sea, evidentemente tiene que ser de la confianza de la dirección. Evidentemente. Pero también se valoraran otras cosas: los hospitales donde haya estado, que haya aportado el currículum, presentar los meritos, presentar la historia y la trayectoria que ha tenido, pero tampoco se valora que sea hombre o mujer, tampoco se valora. Lo que pasa es que aquí hay gente de cierta edad que en la época que se los elegía eran más hombres que mujeres [...]

¿No ves otra razón porque las mujeres no tengan cargos de dirección? - No, el tema de la igualdad en el sector público es más patentable que en el privado. En el privado es más posible que hayan esas desigualdades, pero en el público no. Porque en el momento del acceso [...] las convocatorias tienen unos baremos donde no importa el sexo, lo que importa es la capacidad de mérito, en ningún momento el sexo. Que hayan más hombres pues, es una cuestión demográfica, pero esto poco a poco se irá paliando, pero es cuestión de tiempo.” (Entrevista 4)

5.8. Soluciones y paliativos: La Ley de Igualdad y otras propuestas

A muchas de las personas entrevistadas se les consultó sobre las formas posibles de paliar las desigualdades entre hombres y mujeres en las trayectorias médicas y las formas de promoción. No obstante, no se encontraron muchas respuestas positivas, debido probablemente a que la desigualdad no es un tema muy

⁹ Es decir, el peso del currículum y las habilidades por encima del de las relaciones personales.

reflexionado entre los médicos y médicas. A continuación se exponen algunas respuestas con soluciones, paliativos y reflexiones.

“Ustedes ¿han implementado la Ley de Igualdad que plantea una serie de medidas e incentivos para igualar las oportunidades entre los hombres y las mujeres? Yo no he oído nada. No es de obligado cumplimiento y además como el setenta por ciento de nuestra plantilla son mujeres, seguramente con la Ley de la Igualdad nosotros tendríamos mucho terreno ganado, no es por categorías sino es por la representación de la mujer en la empresa, que es lo que decía mi Jefe, nosotros tenemos una representación altísima de mujeres.” (Entrevista 2)

“Nosotros estamos condicionados por el mercado y por las especialidades que tenemos... en cargos directivos tenemos una cuota que creo estaríamos ya dentro de la paridad. Aquí los Jefes que tenemos, de 12 hay 5 ó 6 que son mujeres porque bueno oftalmología, UCI, farmacia, anatomía, patológica, neonatología... 5 son mujeres....

Entonces, ¿no sería necesaria la aplicación de la ley dentro del Hospital? No, para nada. El último cargo directivo que escogieron... que escogí, que escogieron aquí es mujer, entre otras cosas porque era mujer.” (Entrevista 10)

Como se puede ver en los anteriores fragmentos de entrevistas, en algunos casos y a través de diferentes argumentos, hubo resistencia desde las direcciones y el personal para tratar de reflexionar sobre este tema.

“¿Colaboraría con romper este fenómeno una política de igualdad? Yo creo que sí. Sin hacer una selección adversa al hombre, eso sería un error también. Lo de las cuotas me genera una ambivalencia, en un momento determinado, si no se mueve el tema de las cuotas, no habría mujeres. Esto se genera por el hecho de promover la cuota, se tendría que promover que estén preparadas las mujeres, que sean competentes, las mismas condiciones.” (Entrevista 5)

Entre aquel conjunto de informantes que responden que sería necesario algún tipo de iniciativa desde el sector público, la mayoría rechaza las “cuotas” como forma de igualar la cantidad de hombres y mujeres en los cargos médicos, defendiendo el mérito como criterio de selección. Si bien algunas personas expertas respaldan la distribución de los cargos según distribución de los géneros, dicen que esto debe estar acompañado de políticas de formación y una transformación en las limitaciones institucionales y subjetivas que sufren las mujeres.

“Lo que han hecho fue cumplir con la cuota, la ley dice paridad y cumplen con el

mínimo. Pero la paridad es otro horizonte, que no es "por favor autorícenos" a tener una cuota. Las cuotas siempre han sido como una autorización, y para muchas mujeres es como una ofensa, y tienen razón en cierta medida. Con un planteamiento de paridad ninguna mujer podría ofenderse, es estoy aquí porque me lo merezco. La Ley de Igualdad, es una ley que está muy bien hecha programáticamente, estas ideas que estamos repasando. No es una ley simplemente pragmática, sino que tiene ese punto de expandir el horizonte, del feminismo político, del espacio público." (Entrevista 8)

Además, este tipo de políticas generarían más sospechas sobre el mérito de las mujeres en su profesión. Por tanto, algunas personas entrevistadas proponen generar una amplia gama de incentivos selectivos para que las mujeres sean más competentes y estén más formadas para asumir tareas de mayor responsabilidad dentro de los hospitales.

"En concreto no significa cuotas obligatoriamente, significa que en aspectos como situación salarial, situación de contratación, medidas de conciliación, otras medidas sobre el tiempo, situación de protección delante de aspectos de violencia machista, promoción y formación. Todo esto se analiza en Comisiones Paritarias a partir de estos datos que anualmente como mínimo tienen que pasarnos, y se han de hacer propuestas de mejora. Se establecerá una serie de prioridades y si se quiere hacer democráticamente se ha de consultar con la gente, en las distintas situaciones a ver qué prioridades hay.

El tema del tiempo es importantísimo, las guardias, cómo se organiza, cómo el sector es planificado. Una cosa muy importante que hemos hecho en nuestro sindicato es promover un método que se llama ISTAS, que es de evaluación de riesgos psico-sociales ligado a la organización del trabajo y es un método que ha aceptado el Institut Català de la Salut y otros centros sanitarios. El compromiso lo hemos potenciado en nuestro sindicato para que los centros utilizaran este instrumento a condición de que los riesgos que estuvieran allí evaluados tuvieran medidas para mejorarlos. En muchos hospitales lo que está pasando es que salen los riesgos de estrés que producen las dobles jornadas, la conciliación es la medida. En el Hospital de la Caleia una de las conciliaciones ha sido que las agendas de visitas a las médicas se puedan planificar mejor, porque llegaba un momento en que ellas sabían que su jornada llegaba hasta las tres de la tarde y a última hora les ponían una visita." (Entrevista 6)

La formación técnica y de gestión, el desarrollo de las habilidades comunicativas y de liderazgo es algo fundamental para romper con la construcción de una identidad subordinada y la resistencia a las situaciones de interacción despectiva, desdeñosa o agravante.

“¿Y qué recomendarías para que se cambie esta situación? Me decías que a las mujeres todavía les hace falta mucho, que tienen que abrir un nuevo campo.

Yo creo que una de las cosas fundamentales es seguir haciéndolo como lo hacemos. Es decir, no renunciar a las propuestas de Dirección que se hagan, porque yo estuve una semana pensando. No renunciar a nada, yo creo que la mujer tiene una capacidad increíble, de contención, de liderazgo, yo siempre digo que la mujer es capaz de llevar los problemas y las situaciones límite mucho mejor que un hombre. A veces un hombre se desborda con más facilidad, y yo creo que es sobre todo confiar mucho en la capacidad que tenga la mujer. Creo que la mujer siempre tiene que creer que tiene capacidad. Mi freno fundamental era ser mujer y joven y saber lo que me venía después, eso es lo que me hizo dudar.” (Entrevista 13)

“Claro, ellos no la tienen a esta carga despectiva. Nadie les va a comentar la corbata, incluso aunque te parezca horrorosa. Pero a una mujer que se mueve en un espacio público es continuo. Y eso es algo que puede llegar a resultar muy pesado. Claro, son pequeñas comas, pequeños armadillos que se van uniendo. Podríamos estar horas con toda esta discriminación indirecta. Es que tu sepas controlarlo, otra manera de intentar controlarlo es desesperándote y poniéndote de mal humor, entonces no controlas. O desarrollar una habilidad comunicativa de colocarlo al otro en la misma posición, eso a partir de una vez que aprendes a hacerlo. En cualquier caso estarás en esta cuestión que es en relación a las mujeres sobre todo, hacen juicios sobre las que están en el espacio público desde el punto de vista de la apariencia, es que no dejas de ser el sujeto de género femenino. Hay que pensar desde ya otro tipo de estrategias, para poder concentrarte en lo tuyo, despersonalizar entre todas estas connotaciones de género las relaciones entre mujeres.” (Entrevista 8)

Otra forma de buscar soluciones es eliminar cada vez más los procesos de selección discrecionales y estandarizarlos cada vez más.

“¿Qué soluciones encuentras tu para este problema de la discriminación? Yo creo que todo lo que sea un proceso de estandarización, de aquello que antes era discrecional, mejora. No resuelve, en esto sí que voy a ser muy taxativa, no resuelve ni muchísimo menos el problema de la discriminación indirecta, que es de lo que estamos ahora continuamente hablando. Pero sí que mejora, y posibilidades de carreras profesionales para mujeres. Siempre todo aquello que se hacía discrecional y pasa a estar estandarizado de alguna manera mejora. Yo estoy convencida como se ha visto a lo largo de la historia de diferentes profesiones, que favorece.” (Entrevista 8)

Esto si bien no haría desaparecer por si mismo la discriminación, si ayudaría a

hacer más transparentes la carrera vertical en la profesión. A pesar de ello, hay que buscar diferentes criterios según el cargo en cuestión. Como bien señala esta entrevistada:

“Una recomendación es no juntar, no mezclar las barreras, por ejemplo, las barreras que una mujer encuentra para hacer la carrera de gerente, directora general, son diferentes de las barreras que una mujer va a encontrar para el cargo de jefe de servicio de cirugía, que son de naturaleza complementaria, pero diferente. En el caso de una mujer jefe de servicio de cirugía, tiene que tener unas ciertas dotes de mando, pero sobre todo tiene que ser una persona técnicamente muy respetada. Entonces las barreras que tendrá en su contra son la posición juramentada de los señores, aunque tengas muchos méritos técnicos, se crean criterios para que reluzcan o brillen más los méritos técnicos de un varón. Yo creo que estandarizar la carrera profesional va a servir a este tipo de lugares de poder basados en una gran experta en técnica objetivable. Es decir, esta mujer tiene muchas publicaciones, intervenciones, habilidad, estar al tanto de la técnica. La carrera profesional puede ayudar muchísimo.[...] En el caso de los cargos que tienen una carga de poder, no sólo es técnica, sino que son lugares en donde vas a tener que tomar continuamente decisiones estratégicas. Algún tipo de barrera son todas las otras que hemos dicho, y por tanto hay que incidir en el tema de los pactos juramentales que hay entre varones, pero también tendrán poder los de las mujeres, porque sin eso no se atreven a ceder o a presentarse a concurso. Esto serían los cargos de jefe de servicio en determinados servicios, los cargos de gerentes, o de sub gerencia, sobre todo cargos de gerencia, directores asistenciales. Los jefes de servicio que son mucho más que servicios técnicos aplicados, donde claramente hay que tomar decisiones continuamente sobre hacia donde se va, los contratos que se hacen, quien permanece en el equipo, quien no.”
(Entrevista 8)

Otro elemento nombrado es la presión horaria. Si existieran horarios reglados y negociados, las mujeres podrían no sufrir la presión entre compatibilizar la vida privada y la vida profesional, amén de que esto exija también un cambio en los patrones de comportamientos familiares (como por ejemplo la distribución de las tareas hogareñas, el cuidado de los niños, etc.)

No obstante, el fenómeno es tan complejo y las variables causales tan difíciles de distinguir que no está muy claro, ni siquiera entre las expertas en el tema, cuáles serían las mejores opciones a seguir.

“[...] La Ley obliga a que nos pasen datos y que anualmente se los analicen. En base a estos datos tendrás que marcar los objetivos de mejora, pero eso es en función de que en aquél centro, los trabajadores, sean capaces de pedir sus objetivos de mejoras, entonces claro, todo esto es muy complicado, porque a veces choca con otros métodos

que hay.

Muchas veces los Jefes de Servicio son nombrados desde la Gerencia y se puede exigir que se haga esfuerzos, pero a veces otros sitios dependen de Comités Médicos mayoritariamente formados por hombres en los cuales ya se visualiza también las dificultades que va a tener todo esto, ¿no?” (Entrevista 6)

La sistematización de datos estadísticos y cualitativos por parte del sector público se vuelve fundamental para una política efectiva. Además, la diversidad institucional del sector sanitario (hospitales de patrimonio público con gestión semi-privada, hospitales privados que brindan servicios al sector público, centros de atención primaria, etc.) también complica la creación de una política universal que permita romper con el techo de cristal que actualmente obstaculiza a las médicas el acceso a cargos de mando dentro de los hospitales.

6

LAS MUJERES EN LAS ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS DE LOS HOSPITALES

6.1. Introducción

Una dificultad señalada repetidas veces por las personas expertas es la falta de estadísticas desagregadas por sexo relacionadas con las profesiones sanitarias (Ortiz Gómez et al., 2004; Colomer Revuelta, 2007), más cuando se trata de las trayectorias dentro de la medicina y las formas de promoción jerárquica.

El Libro de las Profesiones Sanitarias de Cataluña, La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y La Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de la Salud declaran también la necesidad de que exista un registro público y accesible sobre las características de los recursos humanos del sistema sanitario. Atendiendo esta demanda en el año 2004 se ha conformado un grupo de trabajo para hacer operativo el Registro de las y los Profesionales Sanitarios de Cataluña. Este deberá crearse con datos que provienen de los colegios profesionales, de los hospitales y de las entidades proveedoras públicas y privadas.

Más allá de estas declaraciones de necesidad, todavía no existe un registro que permita estudiar las diferencias entre los médicos y las médicas en relación con los puestos de trabajo y las formas de promoción jerárquica dentro de los hospitales y clínicas.

Debido que uno de los objetivos del presente proyecto es estimar desde una perspectiva de género las trayectorias profesionales y, en particular, las formas de promoción jerárquica dentro de la medicina nos vimos obligados a crear una base de datos que pudiera arrojar información fiable sobre este tema. El secretismo sobre esta información y las dificultades para acceder a informantes claves marcó la investigación y la búsqueda de datos, lo que representa un indicador sobre la resistencia del sector a introducir el género como un tema relevante para la organización hospitalaria y las trayectorias profesionales.

6.2. Objetivos y justificación de la creación de la base de datos

La base de datos tiene como finalidad principal analizar qué proporción de médicos y médicas existe en puestos de responsabilidad, dirección y gestión dentro de los hospitales.

La creación de esta fuente de información permitirá contrastar una de las hipótesis descriptivas de la presente investigación: "el incremento de la participación de las mujeres en la profesión médica (feminización) no se corresponde con el incremento del acceso a puestos de dirección y gestión de las mismas en los hospitales de la Red de Hospitales de Utilización Pública de la Generalitat de Cataluña."

Esta hipótesis tiene como marco general el estudio de las trayectorias profesionales de las médicas, concepto que se extiende más allá de la "carrera jerárquica". Es decir, la promoción no solamente atiende a la ocupación de diferentes "escalafones" dentro de la organización hospitalaria, sino también al desarrollo profesional. Según el Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias en Cataluña el "desenvolvimiento profesional continuado individual" (DPCI) es entendido como la trayectoria que sigue una persona a lo largo del ejercicio de su profesión en un contexto laboral determinado por la mejora de su nivel de competencia, formación y actividades científicas. Entre las actividades relacionadas con el desarrollo profesional se distinguen la formación continuada, la docencia y la investigación, las actividades de perfeccionamiento y las actividades asistenciales. Entre ellas se destacan las propiamente relacionadas con la asistencia, las actividades de gestión y la implicación activa de actuaciones generadas por las instituciones.

La creación de la presente base se centró en la recolección de datos sobre la parte de la actividad profesional que se refiere a la gestión clínica. Más específicamente se contabilizó el sexo de aquellas personas que ocupan cargos dentro de la medicina con responsabilidades de coordinación y toma de decisiones que impacta en la calidad de la institución sanitaria.¹⁰

Para ello se analizaron las entrevistas realizadas (detalladas en el capítulo 5) y se estudiaron los organigramas de los hospitales con la intención de conocer cuáles son las posibles formas de promoción jerárquica dentro de las organizaciones, cuáles eran los puestos de gestión que solo pueden ser ocupados por médicos y médicas y cuál era el orden y nombre de los diferentes rangos o categorías.

¹⁰ Según un estudio realizado por la Cátedra Pfizer señala que para ocho de cada diez personas en jefaturas de servicio su principal motivación son las perspectivas de promoción profesional.

6.3. Los organigramas de los hospitales y la trayectoria profesional

La forma en que se organizan los hospitales es una variable determinante sobre la trayectoria profesional en medicina porque establece cuáles son los puestos de responsabilidad, de gestión y coordinación a recorrer en la carrera jerárquica. También la estructura hospitalaria puede estimular o no el desarrollo profesional a través de la disposición que tenga de abrir nuevos espacios de investigación, coordinación y aprendizaje que impactan de manera importante en los perfiles y las expectativas de los/las profesionales de la medicina. Debido al peso de la institución hospitalaria en la vida de estas personas, será necesario repasar algunos conceptos claves que definen a la misma.

En general, la estructura de los hospitales en España, sean éstos privados o públicos, supone un modelo altamente jerarquizado, donde la gerencia representaría la máxima autoridad de la institución. Durante los últimos años, la organización de los hospitales se ha basado, por un lado, sobre una concepción de gestión empresarial en la cima (gerencia, direcciones generales, cargos adjuntos) y por otro sobre una estructura básica de servicios divididos por especialización médica y atención al paciente (MIR).

En la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, se establece cuál será la estructura de los hospitales y las funciones de los hospitales que dependen del Instituto Nacional de la Salud. Para esta ley un hospital tendrá como función primordial la prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades conforme a los programas de cada área de salud así como la investigación y la docencia. Esto se complementa con la red de atención primaria del área correspondiente. El modelo organizativo propuesto por esta ley determina la existencia de una gerencia del cual dependen los cargos de responsabilidad y gestión médicos, siendo estos la dirección médica, jefatura de servicio, jefatura de sección.

El universo de hospitales que se tuvo en cuenta para el análisis de los organigramas y las trayectorias profesionales es la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). Estos hospitales o centros de salud, que pueden ser de patrimonio privado o público Fundaciones, Consorcios o del Instituto Catalán de la Salud, son contratados por la administración autonómica para asegurar el servicio sanitario a la población. Por este motivo, los organigramas no responden a un modelo único, como el que propone la Ley General de Sanidad para los propios hospitales.

En otras palabras, las instituciones hospitalarias se organizan de diferentes maneras según sea el tamaño, la pertenencia patrimonial y el tipo de funcionalidad asistencial. Por tanto, no es tan fácil equiparar los cargos de poder que existen en los diferentes hospitales y a los cuáles los médicos y médicas deben acceder para promocionar jerárquicamente.

A pesar de ello, arriesgamos un modelo de promoción de acuerdo a un tipo de línea jerárquica. Si bien éste puede perder algo de información, es el más eficiente para estudiar y comparar la forma en que los médicos y médicas van adquiriendo poder de decisión dentro de las instituciones hospitalarias.

El cargo de gestión que tiene mayor poder de decisión dentro de una institución hospitalaria es la gerencia (o dirección general). Sobre esta cae la representación del hospital y la responsabilidad del mismo. Este se encarga de la ordenación de los recursos humanos, físicos y financieros del hospital mediante la programación, dirección, control y evaluación de su funcionamiento en el conjunto de sus divisiones, y con respecto a los servicios que presta. De ella dependen las direcciones de las divisiones médica, de enfermería y de gestión de servicios generales. Ésta es en general designada por la organización, empresa o institución que es responsable patrimonial del hospital. Cuando se trata de hospitales públicos, el cargo debe ocuparse a través de un concurso de oposición pública.

Debajo de este cargo puede (no siempre) existir una subgerencia o cargo adjunto de la dirección. Ambos cargos se orientan a gestionar el hospital como empresa que debe tender a la eficiencia de los recursos y alcanzar los resultados planteados. Debido a la naturaleza de esta tarea, existen algunos casos donde no son profesionales de la medicina quienes ocupan estos puestos (por ejemplo, para el Instituto de la Salud solo tienen que tener un título universitario), aunque muchos si son de la carrera médica. Por el alto contenido administrativo de ésta tarea y por la lejanía con la práctica médica facultativa este puesto no es muy atractivo para aquellos médicos y médicas que tienen una vocación profesional muy fuerte. En otras palabras, podríamos formular la hipótesis de que estos dos cargos no estarían dentro de las expectativas de la trayectoria profesional de los médicos y médicas.

La dirección médica (también llamada dirección de la división de atención especializada o dirección asistencial) es la que está al frente de la división médica del hospital. Ésta es designada de entre el personal de las entidades sanitarias y tiene que estar entre el personal titulado en la licenciatura en medicina. En general las funciones de la dirección médica son la dirección, supervisión, coordinación y evaluación del funcionamiento de los servicios médicos y otros servicios sanitarios del

hospital, proponiendo a la gerencia las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de dichos servicios. También, según sea el caso, proponer, dirigir, coordinar y evaluar las actividades y calidad de la asistencia, docencia e investigación. Esto cambia de hospital a hospital ya que a veces esto depende de la gerencia.

A la dirección médica quedan subordinadas las diferentes áreas de actividad en donde se desarrollen funciones médico-asistenciales. En general éstas son las especialidades como cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia, servicios centrales, pero también la sección de hospitalización del día, la hospitalización a domicilio, etc. En otras palabras, cualquier otra área de actividad donde se desarrollen funciones médico-asistenciales.

La dirección médica es el puesto con mayor poder de decisión después de la gerencia y subgerencia. A pesar de estar más en contacto con los y las pacientes y sus demandas, este cargo tiene un alto componente de responsabilidades administrativas y organizativas que a veces lo alejan de la práctica médica, aunque esto está también relacionado con el tamaño del hospital, el tamaño de las responsabilidades y el carácter de la propia persona.

En cuarto lugar, tal cómo lo indica la estructura por especialidades típica del modelo hospitalario español, se encuentra la jefatura de servicio. Los servicios de los hospitales, como unidades de asistencia sanitaria, constituyen las estructuras fundamentales de dichos centros o instituciones hospitalarias ya que tienen como función atender a los y las pacientes. Es necesario aclarar que la cantidad de unidades de la división médica depende de las condiciones, los recursos y la oferta de especialidades específicas de cada hospital.

La jefatura de servicio de cada especialidad o unidad es la responsable de la misma y bajo su dependencia funcional actúan todas las personas con carácter permanente o en actividades concretas que colaboran en la prestación de la asistencia correspondiente a dicha especialidad, incluso los cargos técnicos especialistas. Las funciones de la jefatura de servicio son: proponer objetivos e iniciativas tendentes a una mejor utilización y adecuación de los recursos, elaborar planes generales para cada especialidad, así como los que propicien una mayor coordinación con los recursos de la Atención Primaria, Salud Pública y Socio – Sanitarios, ejecutar las directrices que se establezcan desde los órganos directivos competentes y evaluar la calidad de la atención prestada. Además, responden del correcto funcionamiento del servicio y de la actividad del personal adscrito, así como

de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tengan asignados.

Finalmente, las jefaturas de sección, son aquellas que colaboran o asisten a la jefatura de servicio con las tareas de gestión anteriormente nombradas. Ambos puestos tienen más relación con la atención sanitaria.¹¹ En este esquema, es obvio que el/la médico/a facultativo/a y, aún más, los y las médicos y médicas residentes, son quienes tienen menos poder de decisión sobre las acciones asistenciales y organizativas de un hospital. En conclusión, se pueden observar 6 escalafones que permiten medir la carrera jerárquica en una trayectoria profesional. De la más baja a la más alta: MIR o médico/a facultativo/a, la jefatura de sección, la jefatura de servicio, la dirección médica, subgerencia, la gerencia.

También existen puestos de importancia dentro de los hospitales como el Dirección de proyecto, Dirección de docencia, calidad e investigación, Dirección técnica y coordinaciones de otro tipo de unidades específicas, generalmente dirigidos por médicos/as y que tienen impacto sobre la organización asistencial del hospital. Como se observa en los organigramas (ver, por ejemplo, el organigrama general de la Xarxa Althaia) estas personas asisten o dependen de la dirección general o gerencia y no tienen capacidad de decisión sobre la dirección médica ni sobre las unidades de servicios o especialidades que ofertan los hospitales.

Algunos organigramas además de por las jefaturas de servicios, se organizan por departamentos o subdirecciones médicas que se encargan de diferentes áreas (materno infantil, quirúrgica, etc.), donde el cargo a ocupar serían las jefaturas de departamentos. Esto es el caso de hospitales grandes como el Bellvitge o redes hospitalarias como la Xarxa Althaia.

Según un informe de la Consultora Sanofis Aventis, el modelo hospitalario basado en líneas de mando tan jerarquizadas genera conflictos internos porque los intereses de los hospitales y los de los y las profesionales son diferentes. "El conflicto se inicia en la formación curricular donde se infunden a facultativos y diplomados unos principios que no cuadran con las necesidades de las empresas donde deberán prestar sus servicios ni con las exigencias de sus clientes. Luego, se agrava cuando estas empresas son incapaces de aportar al desarrollo del intelecto profesional de sus colaboradores argumentos para negociar y pactar una escala de valores que les haga sentir confortables con sus propios valores" (2005; 10). Según la fundación, esto representa un obstáculo en las trayectorias profesionales del personal médico; "La oportunidad que en este sentido representa la carrera profesional está siendo

¹¹ Según una encuesta realizada por Pfizer un 61,5% considera que la actividad asistencial ocupa la mayor parte de su tiempo, frente a un 23,1% que opina que son las actividades de gestión.

dilapidada por una visión administrativa y burocrática de corto alcance sobre el instrumento” (2005; 10).

Según este estudio la estructura hospitalaria, la cultura de la organización y la falta de incentivos para la formación constituyen los principales factores que explican la desmotivación para el crecimiento profesional. Esta investigación no incorpora la variable de género para observar el impacto de la estructura hospitalaria en los perfiles y la actividad del personal médico. No obstante, suponemos que con las limitaciones nombradas, las mujeres padecerían más este tipo de modelos con líneas de mando tan jerarquizadas. Es de suponer que una cultura jerarquizada combinada con una tradición muy masculinizada de la profesión impone mayores obstáculos para la carrera laboral de las médicas.

Con todos estos datos, podemos arriesgar algunas hipótesis descriptivas para analizar la base de datos.

1. A medida que aumentan las responsabilidades de gestión en la carrera tradicional jerárquica aquí nombrada, la presencia de las mujeres es menor.
2. A medida que encuentran más obstáculos en la carrera jerárquica tradicional, las mujeres tienden; o bien, a asumir un perfil más asistencial, o bien; a presionar por la creación de nuevas unidades y coordinaciones; o bien a ubicarse en cargos por fuera de la línea jerárquica nombrada (unidades de control y cualidad, coordinación de docencia e investigación, etc.).

7

ESTUDIO DE CASOS DE HOSPITALES

7.1. Caso 1

7.1.1. Análisis cualitativo de las entrevistas

I. Preliminares

El presente informe es el resultado de las entrevistas en profundidad realizadas a un total de 19 profesionales del Caso 1, las cuales han sido seleccionadas, principalmente, en función de las variables de sexo, edad, características de la especialidad en el sí de la estructura hospitalaria del mismo hospital (feminizada/masculinizada/paritaria), categoría profesional y cargo de mando.

Hay que mencionar, empero, que los impedimentos para el acceso a la información planteados por el Caso 1 han dificultado la mejor consecución de los objetivos del presente informe, aunque se ha podido contar con una muestra representativa de los perfiles objeto de interés en función de las variables esenciales para el análisis.

En este sentido, en primer lugar, se mostrarán aquellas tablas que constituyen una radiografía de los diversos profesionales entrevistados, teniendo en consideración algunas de las variables más importantes para el análisis, y que es posterior a la transcripción de la totalidad de las entrevistas realizadas.

En segundo lugar, se realizará un análisis comparativo de las valoraciones que las personas entrevistadas han establecido en función de los siguientes *ítems* planteados:

1. Promoción profesional
2. Claridad de los mecanismos de promoción dentro de la carrera profesional
3. Discrecionalidad en la carrera ejecutiva
4. Interrelación especialidades y acceso a cargos de gestión o responsabilidad
5. Promoción profesional: aumento de calificación o reconocimiento a la formación
6. Grado de importancia de la participación en grupos de investigación
7. Vigencia de la figura del mentor
8. Incidencia de la variable sexo en la promoción profesional médica
9. El desprestigio de la profesión médica
10. Esperanza de cambios en perspectiva

11. Especialidades de mujeres, especialidades de hombres
12. Conocimiento de casos de discriminación en razón de sexo: el peso del discurso
13. Percepción de la organización en el acceso de una mujer a un cargo de responsabilidad
14. Poca presencia de la mujer en cargos de gestión y responsabilidad
15. Percepción del tema de la paridad
16. Diferencias en formas de trabajar hombre – mujer
17. Redes de solidaridad por razones de sexo
18. Los valores de las nuevas generaciones

II. Ficha técnica

A continuación, y como paso previo al análisis detenido de los diferentes *ítems* de interés para el presente estudio, esta primera parte presenta un breve detalle de aquellas variables que se han creído más relevantes, con el fin de contextualizar a los diversos profesionales entrevistados.

Han sido entrevistadas 19 personas, de las cuales 10 son mujeres y 9 son hombres. A continuación, se muestra la relación entre profesionales entrevistados, cargo y especialidad médica. Así, además de la entrevista realizada a la Dirección Asistencial del Caso 1 (1 mujer), la muestra está compuesta por 4 Directores de Servicio (2 hombres, 2 mujeres), 3 Directores de Unidad (2 hombres, 1 mujer), 2 Jefes Clínicos (2 hombres), 1 Coordinación ejecutiva (1 mujer), y 8 Adjuntos (3 hombres, 5 mujeres).

Tabla 1 Cargo y especialidad de los informantes

Informante	Cargo	Especialidad
Informante A	Directora Asistencial	Cirugía general
Informante B	Director de Servicio	Oftalmología
Informante C	Director de Servicio	Ginecología
Informante D	Directora de Servicio	Farmacia
Informante E	Directora de Servicio	Anestesiología
Informante F	Directora de Unidad	Hematología
Informante G	Director de Unidad	Anestesiología

Informante H	Director de Unidad	Cirugía general
Informante I	Jefe Clínico	Cirugía quirúrgica
Informante J	CC Cardiología / C2- Adjunto Cardiología	Cardiología
Informante K	Coord. Consultas Ext. Oncología / C-3 sénior	Oncología médica
Informante L	Adjunto	Anatomía patológica
Informante M	Adjunto	Pediatría
Informante N	Adjunto	Anestesiología
Informante O	Adjunta / C-3 sénior	Pediatría
Informante P	Adjunta de urgencias de Pediatría	Pediatría
Informante Q	Adjunta	Ginecología
Informante R	Adjunta	Cardiología
Informante S	Adjunta	Cardiología

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Las 19 personas entrevistadas corresponden a 11 especialidades diferentes, 7 de los cuales trabajan en 3 especialidades feminizadas (anestesia, farmacia, pediatría), y una profesional en la única especialidad paritaria del Caso 1 (oncología médica).

Teniendo en cuenta la variable *edad*, la Tabla 2 muestra que el 26% de los profesionales entrevistados son menores de 35 años, y el resto forma parte del grupo de edad de mayores de 35 años. De los profesionales que constituyen el primer grupo (menores de 35 años), se encuentran la adjunta de urgencias de la especialidad de pediatría, las adjuntas de las especialidades de ginecología, cardiología, y los adjuntos de las especialidades de anestesiología y de anatomía patológica. Todos los profesionales que pertenecen a este grupo de edad tienen la categoría profesional de adjunto y no poseen ningún cargo de mando¹².

Tabla 2 Cargo, especialidad y edad de los informantes

Informante	Cargo	Especialidad	Edad
Informante A	Directora Asistencial	Cirugía general	45

¹² El Caso 1 no tiene ningún profesional menor de 35 años ejerciendo un cargo de mando, incluido el de Jefe Clínico, Dirección de Unidad o Dirección de Servicio.

Informante B	Director de Servicio	Oftalmología	57
Informante C	Director de Servicio	Ginecología	?
Informante D	Directora de Servicio	Farmacia	52
Informante E	Directora de Servicio	Anestesiología	56
Informante F	Directora de Unidad	Hematología	?
Informante G	Director de Unidad	Anestesiología	68
Informante H	Director de Unidad	Cirugía general	63
Informante I	Jefe Clínico	Cirugía quirúrgica	52
Informante J	CC Cardiología	Cardiología	51
Informante K	Coord. Consultas Ext.	Oncología médica	55
Informante L	Adjunto	Anatomía patológica	35
Informante M	Adjunto	Pediatría	50
Informante N	Adjunto	Anestesiología	30
Informante O	Adjunta	Pediatría	66
Informante P	Adjunta de urgencias	Pediatría	32
Informante Q	Adjunta	Ginecología	31
Informante R	Adjunta	Cardiología	31
Informante S	Adjunta	Cardiología	38

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

De los profesionales mayores de 35 años, la mayoría tiene una categoría superior a la de adjunto, exceptuada por los dos profesionales adjuntos al servicio de pediatría y la profesional adjunta del servicio de cardiología. Asimismo, hay que mencionar un cargo de mando generado *ad hoc* por las necesidades del propio servicio, y que corresponde al de *coordinación de consultas externas* de la especialidad de oncología médica, la única especialidad en que el número de mujeres y hombres profesionales es paritario.

Finalmente, la Tabla 3 muestra la relación de los años de experiencia profesional, así como los años trabajados en el Caso 1, para cada uno de los profesionales entrevistados. De los 19 profesionales, 7 han tenido exclusivamente su trayectoria profesional al Caso 1, y sólo 5 profesionales han trabajado más tiempo fuera que dentro del mismo hospital. Éstos son, mayoritariamente, las categorías de adjunto, dónde a menudo han realizado los años de residencia en otros hospitales, y sólo se exceptúa la directora del servicio de anestesiología.

Tabla 3 Cargo, especialidad y años de experiencia

<i>Informante</i>	<i>Cargo</i>	<i>Especialidad</i>	<i>Años de experiencia</i>	<i>Años en Caso 1</i>
Informante A	Directora Asistencial	Cirugía general	18	15
Informante B	Director de Servicio	Oftalmología	30	3
Informante C	Director de Servicio	Ginecología	¿?	¿?
Informante D	Directora de Servicio	Farmacia	28	28
Informante E	Directora de Servicio	Anestesiología	33	13
Informante F	Directora de Unidad	Hematología	31	31
Informante G	Director de Unidad	Anestesiología	40	36
Informante H	Director de Unidad	Cirugía general	34	32
Informante I	Jefe Clínico	Cirugía quirúrgica	28	10
Informante J	CC Cardiología	Cardiología	28	28
Informante K	C. Consultas Ext.	Oncología médica	32	32
Informante L	Adjunto	Anatomía patológ.	5	2
Informante M	Adjunto	Pediatría	26	25
Informante N	Adjunto	Anestesiología	5	1
Informante O	Adjunta	Pediatría	35	35
Informante P	Adjunta Urgencias	Pediatría	7	3
Informante Q	Adjunta	Ginecología	5	5
Informante R	Adjunta	Cardiología	6	6
Informante S	Adjunta	Cardiología	13	6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

III. Análisis cualitativo de los resultados

Una vez realizada una breve relación de las características de los diversos profesionales en función de las variables de mayor relevancia, la segunda parte del presente informe pretende establecer un análisis cualitativo de las diferentes valoraciones que los médicos y médicas entrevistados/as han establecido en función de los 18 ítems que, en la sección introductoria, se referían.

a) Promoción profesional

El punto de vista descriptivo

En sus inicios, la única forma que el Caso 1 tenía de promoción profesional era a través del acceso a cargos preestablecidos, tales como jefe clínico, jefe de sección (de unidad) y jefe de servicio. Sin embargo, se llega a un momento en que las dimensiones alcanzadas por el Caso 1 en cuanto a diversidad de servicios, a la vez que por el importante número de facultativos, provoca que esta promoción quede limitada, y exija una remodelación del ámbito del profesionalismo¹³.

En este sentido, y en primer lugar, se intentó reconocer, incentivar y dar mecanismos para este reconocimiento. Unos méritos objetivables que hacen referencia a los tres pilares básicos de la actual promoción profesional: la *actividad asistencial*, la *docencia* y la *investigación*, aparte de la antigüedad y la experiencia profesional acumulada. Y todos estos elementos de la carrera profesional se encuentran dentro de un baremo que, desde una visión más institucionalizada, busca el equilibrado ponderado y, al mismo tiempo, está pactado a través de la negociación sindical.

Empero, todos estos elementos no están totalmente reconocidos entre las diversas empresas sanitarias, de tal forma que un profesional médico, si decide optar a cambiar de hospital, no tenga como consecuencia la pérdida de todo este reconocimiento y, por consecuencia, la antigüedad en una determinada empresa no esté vinculada.

En segundo lugar, la promoción profesional no está discriminada de los cargos de mando. Éstos son evaluables y renovables cada cuatro años, y pueden venir más relacionados con determinadas situaciones y momentos, equipos directivos o, incluso, por las propias necesidades de la empresa sanitaria.

En cualquiera de los casos, estos dos ámbitos tendrían que constituirse (y así lo abogan gran parte de los profesionales), no sólo a nivel teórico sino también práctico, en dos parcelas claramente diferenciadas que evalúan aspectos distintos. Desde el punto de vista teórico, en el convenio del CASO 1, esta separación está reconocida

¹³ Según la coordinadora de consultas externas del servicio de oncología (especialidad masculinizada), en un primer momento de la carrera profesional, en el año 2000, la primera asignación de cargos, como el de consultor sénior, se realizó de forma desigual, y esto provocó que mucha gente más joven y profesionalmente competente, quedase al margen de este proceso, básicamente por el grado de antigüedad.

desde hace unos años, y existe de forma explícita la vía de la carrera profesional, abierta a todas y a todos los profesionales, en la que se acreditan diversos méritos, todos ellos varemizados. De esta forma, está la capacidad de discriminar el caso, por ejemplo, de un profesional que pueda disfrutar de un currículum de alta calidad o bien de una intensa capacidad académica, asistencial, científica o innovadora, pero pueda no tener la capacidad de liderazgo o consenso y pacto necesarios en un determinado equipo directivo a la hora de implementar determinadas cuestiones. Sin embargo, habitualmente se incurre en el llamado *principio de Cooper*, según el cual de un buen clínico se saca un mal gestor, incurriendo en el riesgo de que un hospital pierda un gran clínico y gane un mal gestor.

El punto de vista crítico y prescriptivo

Diseño de carreras de desarrollo clínico integrado, sacando peso a la investigación clínica: en este caso, la promoción profesional estaría mal enfocada, y según la directora del servicio de anestesiología, habiendo un sesgo hacia el currículum escrito, sin la justa valoración del la actividad del día a día.

Penalización de las especialidades con mayor peso asistencial: la carga asistencial que exigen algunas especialidades dificulta o imposibilita dedicar tiempo a las otras dos ramas: docencia e investigación. Esta opinión está muy generalizada tanto en el caso de mujeres y hombres con mucha o poca experiencia profesional, con o sin cargos de mando, y procedentes de especialidades más feminizadas o masculinizadas pero que, en todo caso, la mayoría de casos reconoce esta penalización por parte de la carrera profesional. La desventaja existente para estas especialidades más asistenciales, que desequilibra los otros aspectos curriculares, haría falta tenerse en cuenta y, consecuentemente, refinarse, introduciendo elementos de corrección o ponderación. Hay que considerar, asimismo, el hecho que la excesiva carga asistencial de algunas especialidades se debe, también, a una cuestión organizativa, de falta de profesionales en la medicina y, por lo tanto, de sobrecarga, con el fin de dar respuesta a la demanda creciente de pacientes (como los procedentes de la nueva inmigración, por ejemplo).

Desconocimiento entre los jóvenes de los elementos que configuran la carrera profesional: este hecho se da por diversos motivos y tanto en mujeres como en hombres. En algunos casos, porque el facultativo no tiene opción de progreso profesional en la institución¹⁴ y eso le provoca una falta de interés por conocerlos; en

¹⁴ Es el caso, por ejemplo, de la adjunta de guardia del Servicio de Pediatría, menor de 35 años y de una especialidad feminizada.

otros, porque los facultativos, para una carrera profesional nada más iniciada, todavía no se han planteado ninguna hoja de ruta profesional a seguir.

Otros aspectos de valoración: a) mayor valoración de la formación continua y no sólo de la parte asistencial; b) mayor relevancia a la capacidad docente y a las aptitudes de liderazgo y de conocimiento en gestión práctica, por encima de aspectos curriculares relacionados con la investigación.

Peso de la antigüedad: los convenios del Caso 1 han ido variando de manera tal que el peso de la antigüedad, aunque sigue teniéndose en consideración, ha ido perdiendo peso determinante en la promoción profesional. En un determinado momento del tiempo, la antigüedad contaba en gran medida -fue el momento histórico en que había un *pool* de personas que no poseía la vía para promocionarse de otra forma y llevaba muchos años en el Caso 1, y que no se le había premiado de ninguna forma-, pero actualmente un profesional de excelencia tiene menos dificultades en cuanto al hecho de no tener esperar tantos años para acceder a determinadas categorías. En cualquiera de los casos, la mayoría de profesionales de las especialidades entrevistadas, tanto hombres como mujeres, con o sin cargo de mando, piensan que la antigüedad cuenta, pero que el peso es mucho más equilibrado que antes. En este sentido, por ejemplo, la presidenta del Cuerpo de Facultativos del Caso 1, considera que se prima más los méritos y la competencia profesional que no la antigüedad, como se solía hacer antes. Y este hecho hace, y según esta profesional, que la carrera profesional médica se esté convirtiendo en algo más justo y atractivo en todos los términos.

b) Claridad de los mecanismos de promoción dentro de la carrera profesional

En cuanto a la transparencia de los procedimientos de promoción profesional, mayoritariamente, se piensa que éstos son explicitados y comunicados de forma clara, a pesar de que queden siempre aspectos perfectibles. En este sentido, los profesionales entrevistados no parece que tengan ninguna exigencia de mayor claridad en los mecanismos que articulan la carrera profesional. Ahora bien, un hecho importante a destacar es que existe una excepcionalidad cuando responden aquellos profesionales más jóvenes, hombres o mujeres, sin cargo de mando, los cuales sí que demandan mayor claridad y, en este sentido, la percepción crítica es mayor. Algo está cambiando y, por lo tanto, se está produciendo un cambio de tendencia.

c) **Discrecionalidad en la carrera ejecutiva**

La percepción en cuanto a la existencia de discrecionalidad en los encargos directivos o de confianza se justifica por parte de los profesionales a los que han sido beneficiados por la misma. En este sentido, en aquellos casos en que se acepta su existencia, se dice que la discrecionalidad es sinónimo de hacer confianza legítimamente desde el ámbito de la dirección ejecutiva de una determinada empresa, gerencia o consejo de administración. En el caso del CASO 1, la cesión de confianza a ciertos profesionales vendría dado por un consejo de administración, un patronato, un gerente, un director médico, etcétera, que constituyen los representantes de la Administración Pública, dado el hecho de que el CASO 1 tiene titularidad pública y, consecuentemente, el mando máximo también es de carácter público.

Más allá de esto, también hay opiniones más radicales que acusan determinados profesionales de hacer uso del oportunismo y, incluso, en altos cargos se dice que "importa más la camisa que se lleva o la silla donde uno se sienta que el propio hospital". Incluso, algún profesional ha reconocido en las entrevistas realizadas que las redes informales funcionan, a veces, con un peso pilotado en torno a aspectos ilegales, tales como hacer uso de ciertas armas consideradas *femeninas*, que acaban teniendo un precio. Encontramos, incluso, frases muy directas y, ciertamente sorprendentes, tales como: "si quieres subir, tienes que ser bien amigo del jefe" o "sólo hay que ver" los carnés de la gente que manda (...) y eso llega hasta el cargos medios".

En otros casos, hay opiniones que reconocen sin pudores la existencia de elementos de discrecionalidad en los procesos de carrera profesional, a la vez que este hecho es extrapolable en toda la red pública de hospitales catalanes. Los cargos ejecutivos, eso sí, se dice que son cargos muy politizados y discrecionales, pero que hay que diferenciarlos de los cargos de dirección de servicio, en que sí que prima el baremo profesional y la capacidad de gestión y, por contra, no existe discrecionalidad. Obviamente, no tenemos evidencia empírica de estas últimas afirmaciones y, en cualquier caso, los datos obtenidos del análisis cuantitativo inducen a hacer valoraciones críticas contrarias a estas afirmaciones.

En cualquier caso, en los profesionales jóvenes, parece ser que sí que se tiene la percepción que las relaciones informales son muy importantes a la hora de asumir cargos, ya que afirman que eso es algo inevitable y que las buenas relaciones hacen siempre que las cosas funcionen mejor y, consecuentemente, este hecho influye.

Una opinión interesante a destacar la aporta un director de unidad que considera que la discrecionalidad la dan las mismas personas, y habría que ser más neutrales en los patrones de valoración: "Que primen los valores ante los afectos" a fin de que, en cualquier valoración, se eludan las relaciones interpersonales, así como posibles presiones de determinados grupos de poder. Esta opinión es claramente paradójica, teniendo en cuenta que la misma persona que defendía esta postura había sido beneficiada discrecionalmente al cargo que ocupaba en el momento de la entrevista.

d) Interrelación entre especialidades y acceso a cargos de gestión o responsabilidad

Si bien hay opiniones que reconocen un cierto equilibrio entre especialidades o que, directamente, no aceptan ningún tipo de relación entre determinadas especialidades y acceso a cargos de gestión o responsabilidad¹⁵, la mayoría de profesionales acepta esta interrelación. En este sentido, se opina que las especialidades con mayor carga asistencial son aquéllas que menos tiempo dejan para dedicarse a la carrera más ejecutiva y a los cargos de gestión y responsabilidad; por contra, de otros en que se dispone de más tiempo, como puede ser medicina preventiva, medicina interna o laboratorios. "Todo es posible", según comenta una de las profesionales sénior entrevistadas, pero parece ser que ayuda mucho el hecho de encaminarse desde el principio en esta dirección de la política más hospitalaria, y con una formación de tercer grado específica que lo encamine.

Desde el punto de vista de profesionales más jóvenes (menores de 35 años), se considera que hay especialidades que poseen una visión más global del funcionamiento del hospital. Así, hay especialidades que tienen más contacto con temas administrativos, siendo más globales y con más capacidad, por lo tanto, de acceder a determinados cargos. Y, al mismo tiempo, las especialidades con más peso económico tendrían, por lo tanto, más capacidad de acceso a estos cargos.

¹⁵ Son los casos de la directora asistencial del Caso 1, la directora de anestesiología, o el de la directora de servicio de farmacia.

e) Promoción profesional: aumento de calificación o reconocimiento a la formación

La mayoría de opiniones apuestan por englobar ambas vertientes en la promoción profesional, aunque el *impacto salarial* sea todavía una cuestión muy a tener en cuenta¹⁶.

También está la opinión¹⁷ que, a nivel teórico, la promoción profesional significa un reconocimiento a la excelencia y también a la experiencia, un reconocimiento a la calificación, con respecto a la evolución, a la entrega y a la profesionalidad; sin embargo, a nivel práctico, sólo es un aumento relativo del sueldo. A fin de que eso sea teórico y práctico al mismo tiempo, sin embargo, hacen falta más años de rodaje en la carrera profesional. En este sentido, se añade el hecho que la experiencia real no sólo no está valorada por parte de la institución médica, a nivel de prestigio, sino que tampoco está reconocida tampoco socialmente. Además, hay topes de incentivo, también económicos: es el caso de los cargos de responsabilidad como el de director de unidad o de servicio.

Con respecto a jóvenes profesionales¹⁸, la gran mayoría coincide a verlo como un reconocimiento a la formación que se tiene, más que no una cuestión meramente económica. Aun así, se encuentra algún caso que valora, sobre todo, la cuestión salarial como algo básico para querer ascender de categoría.

f) Grado de importancia de la participación en grupos de investigación

La mayoría de profesionales opinan que la participación en grupos de investigación es importante, siendo un elemento que la promoción profesional valora favorablemente y que es fácilmente objetivable, pero que hay que compensar también con el resto de elementos de la carrera profesional¹⁹.

En el caso de las especialidades con mucha carga asistencial -cómo es el caso, por ejemplo, de anestesiología-, eso puede llegar a penalizar, debido al hecho de que

¹⁶ Así opinan la dirección asistencial del Caso 1, la directora de servicio de farmacia, o una adjunta del servicio de cardiología.

¹⁷ En este planteamiento, coinciden profesionales, hombres y mujeres, con cargo de mando.

¹⁸ Todos estos profesionales coinciden en vivirlo como un reconocimiento a la formación que se tiene. Son los casos de pediatría, ginecología, y cardiología.

¹⁹ En algún caso, también es un elemento para establecer *networking* que, al final, empuje hacia un progreso profesional.

la jornada laboral no permite ocupar tiempo en este aspecto de la promoción profesional (valorado entorno el 20% sobre el total), y entonces hay que buscar tiempo fuera de esta jornada para esta actividad²⁰.

A colación con esta opinión, entre algunos profesionales jóvenes se opina que, aunque se participe en grupos de investigación, se tendría ponderar e individualizar según la especialidad (es el caso de pediatría o ginecología). De este modo, se evitaría penalizar determinadas especialidades muy asistenciales en detrimento de otras que son más equilibradas en cuanto a actividad científica. Esta es una opinión muy generalizada entre todos los profesionales entrevistados.

En otros casos, se desconoce cuál es el peso que la investigación tiene en las especialidades e, incluso, se opina que, a pesar de tener que ésta tenga que ser valorada, no implica el hecho de estar mejor preparado profesionalmente para acceder a un determinado cargo²¹.

Finalmente, en ningún caso se admite que existan diferencias de sexo en la formación de estos grupos de investigación. En algunos casos, se desconoce esta cuestión y, en otros, se considera que este hecho pasaba años atrás pero que, actualmente, es algo ya obsoleto. Los datos, sin embargo, también parece ser que no hablan del mismo modo.

g) Vigencia de la figura del mentor²²

En principio, la mayoría de profesionales considera que la figura del mentor no está generalizada, porque todo está mucho más democratizado, el sistema es más abierto y, con la existencia progresiva de una mayor diversidad de oportunidades formativas y de investigación, no existe esta necesidad, pero que sí que era mucho más habitual años atrás. En otros casos, incluso, se opina que es algo obsoleto en los nuevos tiempos.

²⁰ En cualquier caso, en medicina, como comenta una profesional del servicio de oncología, mucha investigación es clínica y, por lo tanto, se realiza dentro de la asistencia. A su vez, todo depende del peso que la línea del servicio específico dé al aspecto de la investigación sobre el conjunto de aspectos del servicio en concreto.

²¹ Es el caso de las opiniones de jóvenes profesionales, mujeres, de las especialidades de ginecología y cardiología (especialidades, feminizada y masculinizada, respectivamente).

²² No se ha incluido un apartado relativo a la figura del director de departamento o catedrático, dado el hecho que existe la percepción generalizada que su influencia es casi nula, sobretudo porque hay una gran desconexión entre el mundo hospitalario y el mundo universitario.

En este sentido, según la mayoría de profesionales, todo el tema relativo a la figura del mentor se ha ido devaluando con el tiempo, y lo que sí hay actualmente son personas con capacidad de liderazgo, de dar forma a un área, a un ambiente, a un método, y que acaban creando escuela, y transmitiendo una forma de hacer en el resto de profesionales. Empero, las opiniones observan que la figura del mentor ahora es algo obsoleta, más propia de los años 1970s, y lo que ahora hay es un *melting pot* entre hospitales, donde todo está mucho más diluido. Aun así, se piensa generalmente que continúa existiendo el peso de las relaciones interpersonales, así como grupos determinados que funcionan como *lobbies* de poder y que tienen capacidad para potenciar determinadas personas y favorecer más colocaciones.

A pesar de todo, y desde otros puntos de vista, la figura del mentor continúa teniendo vigencia en el sentido de constituirse en persona facilitadora que potencia el crecimiento profesional, y es mentor quien se ha ganado, por motivos derivados de la valía de su trayectoria profesional, la *autoritas* del entorno en el cual trabaja, que se lo confiere.

En cualquier caso, con la carrera más profesionalizada que antaño, sí que existe la figura del tutor, institucionalizada y formalizada, que se encarga de la formación del residente con el objetivo que ésta sea completa. Sin embargo, una vez se acaba el periodo de residencia y se convierte el joven o la joven profesional en adjunto, la tarea profesional deviene autónoma y no se percibe que, en términos generales, esta figura de mentor exista.

Las opiniones, sin embargo, no confirman con evidencias empíricas que esto sea así. Pero, sí que existe algún profesional que reconoce sin tapujos que sí que existe una cierta tarea de mentoría al ejercer la capacidad de empujar hacia arriba, de encarrilar, aunque no formalmente, de determinadas carreras profesionales. Y, en general, este hecho es valorado de forma positiva. Aunque se coincide en el hecho de que eso no viene dado, sino que el profesional médico tiene que trabajarse esta ayuda, que es *merecido*. Para ser *favorecido*, hay que ser también consciente de qué se quiere hacer y buscar los apoyos necesarios para hacerlo y, a la vez, el joven o la joven se tiene que encontrar en el momento y lugar oportunos a fin de que todo eso ocurra. Además, hoy día, parece ser que los mentores no garantizan, por si solos, nada, a pesar de ayudar a impulsar la carrera y recibir determinados comportamientos proactivos de las nuevas generaciones de forma positiva. Al menos, esta es la opinión que se desprende de algunos de los profesionales entrevistados.

h) Incidencia del género en la promoción médica

h.1) Existencia de un sesgo por razón de género

Muchos profesionales, tanto mujeres como hombres, opinan que hay un sesgo por razón de género, un hecho que actúa en consonancia con lo que ocurre en un nivel social más amplio. En todo caso, actualmente, hay una proporción más elevada de mujeres que abandonan la carrera profesional por razones personales. Y éste es un hecho ineludible.

Según algunas opiniones, las diferencias por cuestión de género no son culpa de la estructura del hospital, que escoge por excelencia y disponibilidad, sino más por un entorno social que es el que favorece que exista esta disponibilidad o no. La autoría de este informe, sin embargo, no dispone de la información suficiente en que se confirme este hecho.

h.2) Reconocimiento de sobrecargas en la vida personal

Ser mujer requiere trabajar mucho más para conseguir lo mismo que un hombre y, en este sentido, incide el contexto social. Normalmente, las mujeres profesionales con cargos de responsabilidad reconocen el nivel de sobrecarga y del importante esfuerzo que les ha supuesto a sus vidas personales, por ejemplo, ejercer su derecho como mujer en su periodo de gestación ("la primera (hija) la tuve cuando era residente y (...) ¡hacía guardias con una barriga de ocho meses!")²³. Pero, en todo caso, el hecho de ejercer las competencias maternas y/o domésticas es algo que forma parte de una opción personal, y esta opinión está generalizada. Todo eso, sin embargo, no parece que haya representado ningún obstáculo en sus respectivas carreras profesionales. Sobre todo, por el hecho que, generalmente, han tenido un apoyo económico detrás que les ha permitido externalizar muchas de las tareas que, a priori, se les asignaba a ellas como mujeres.

En este sentido, se infiere que las profesionales que fueron entrevistadas proceden de un estrato socioeconómico por encima de la media catalana y que, en cualquier caso, se encubre un problema obvio que tiene que ver con la conciliación de

²³ Es el caso de la actual directora asistencial del Caso 1.

la vida personal (el derecho, entre otros, de la mujer a ser madre y a poder disfrutarlo) y el del desarrollo profesional en aras de la igualdad de oportunidades y sin agravios por opciones vinculadas a derechos fundamentales.

h.3) Incidencia del entorno y de los planteamientos masculinizados

La variable género incide y es un problema relevante a tener en consideración. Uno de los motivos por los cuales eso sucede es porque todavía hay, entre los profesionales médicos, "planteamientos muy oxidados", fruto de otras épocas. Esto lo ejemplariza el caso del acceso a la plaza de catedrático, que resulta complejo para una mujer, dado que el tribunal es todavía muy masculinizado y dificulta este acceso. Un hecho que podría ser superable con el tiempo, pero todavía no superado por falta de relevos de mentalidades más propias del siglo pasado.

Existe, también, alguna profesional que reconoce la existencia de "cierto machismo", pero no sólo en la profesión médica sino también a nivel social. Y en este sentido un hombre lo tendría más fácil porque tiene, generalmente, menos responsabilidades en el rol familiar, teniendo que hipotecar menos cosas.

El machismo, en todo caso, todavía está instalado en algunos equipos pequeños y con una mayoría de hombres, pero no es algo generalizado en una profesión cada vez más feminizada²⁴. Claro está que esta es una opinión sólo circunscrita *al* y *desde* el colectivo masculino. Ninguna médica piensa así.

h.4) Posponer la vida profesional

Algunas profesionales piensan que, si una mujer quiere ser madre, tendrá que posponer ciertos aspectos de su vida profesional, porque acaban resultando incompatibles. Hay, por una parte, el trabajo al puesto de trabajo y, de la otra, el trabajo en casa. Al mismo tiempo, el derecho de la maternidad tiene implicaciones económicas, y una presión elevada para intentar combinar todas las tareas, a la vez que implica una reconfiguración a nivel familiar en cuanto a roles y gestos de empatía hacia la mujer.

²⁴ Es la opinión del jefe clínico de cirugía del Caso 1.

En todo caso, una mujer se tiene que *espabilar* si quiere ascender profesionalmente, sobre todo en los cálculos que hace entre la vida profesional y personal. Hay que organizarlo muy bien, haciendo un planteamiento desde el principio y, en algunos casos, relegar su vida personal un tiempo, para volver a retomarla más tarde²⁵. Esto, sin duda, acaba teniendo un precio a nivel profesional, aunque el discurso parece que siempre se tiende a relativizar.

h.5) Penalización del derecho a la maternidad

El hecho de decidir ser madre y ejercer el rol como derecho penaliza, rotundamente, los primeros 3 ó 5 años de la vida del hijo o de la hija, pero a opinión de alguna profesional "la mujer tiene que acabar asumiendo este hecho inevitable". Esta moderación profesional, sin embargo, se cree que es recuperable: "el hecho de no ser madre tampoco no puede acabar convirtiéndose en una excusa".²⁶ Ante opiniones como ésta, se abre la brecha de un discurso que latiga y culpabiliza a la mujer por el hecho de serlo y quererlo ejercer plenamente. La paradoja surge cuando este discurso viene dado desde la propia mujer profesional, que tiene interiorizado un discurso de autoculpa que silencia las penalizaciones que el sistema otorga al sexo femenino.

La penalización de la mujer, cuando ejerce este derecho, es de difícil resolución para algunos profesionales, aunque este hecho (se dice) "está evolucionando". Así, el grado de sacrificio es mayor y afecta irrefutablemente a la vida familiar, hasta que "llega un momento en que es incompatible" y "la carrera profesional lo penaliza indirectamente, pero es inevitable"²⁷, porque la profesión médica exige un alto grado de dedicación que, a menudo, va más allá de las horas estipuladas por convenio. Otro discurso justificativo. En cualquier caso, sacrificar la vida de ser madre y la familiar por delante de la profesión es un error, según algunas opiniones.

²⁵ No todas las mujeres opinan con rotundidad sobre el hecho de retomar la actividad profesional. En algunos casos, como puede ser el de la adjunta de ginecología entrevistada, madre de una hija y embarazada de la segunda, todo queda en el deseo de vislumbrar un futuro en que esto sea posible.

²⁶ Es la opinión de la directora del servicio de anestesiología.

²⁷ Es de esta opinión el director de unidad del servicio de cirugía general.

h.6) La desigualdad, más en el pasado

Algunos planteamientos reconocen que, hace unos años, sí que había incidencia de la variable sexo en la profesión médica. Y eso se veía a la hora de dar cargos a mujeres, y también a nivel del paciente hacia la médico. Actualmente, sin embargo, se considera que eso ya no se produce generalizadamente, a pesar de existir alguna brecha médico-paciente en cuanto a la asunción por parte del segundo sobre el hecho de la mujer como médico.

h.7) El hecho generacional como argumento justificativo

En algunos casos, se considera que la cuestión generacional ha sido un elemento condicionante muy importante y que ello puede ayudar a entender y a contextualizar la situación que muchas mujeres han sufrido en la profesión médica y en su carrera profesional. Se podría decir que, de este modo, todo ello ha sido limitador en el discurso y en las formas de proceder en el pasado, penalizadoras en la mujer. Con todo, y a pesar de que los datos muestran tendencias contrarias que nos hacen sospechar, en el discurso prima el impacto de cambio en el modelo generacional y no el elemento del sexo.

h.8) La percepción de responsabilidad *autoasumida*

La variable sexo, según algunas profesionales, incide en el propio desarrollo de la mujer, por la sobrecarga que implican ciertos estadios personales, como el de maternidad, pero también se añade la percepción de responsabilidad que se autoasume como madre en detrimento del padre o marido. Y este hecho, también acaba incidiendo y relega ciertos aspectos de la vida profesional hacia otros momentos futuros, no definidos pero sí deseados.

h.9) Una elección personal

A pesar de que se pueda perder oportunidades de progreso profesional por cuestiones relacionadas con el ejercicio del derecho de mujer como madre, se tiene claro que, entre aspiración profesional y vida personal, generalmente la mujer escoge más la segunda, y ésta se concibe como una elección personal, más que no como una penalización. El discurso, nuevamente, parece contundente.

h.10) Sin una tendencia agregada clara

Mujeres jóvenes o no, con cargos o no, en especialidades feminizadas o no, opinan de forma bien particular. Tampoco parece existir ninguna tendencia, incluso, en la variable del sexo en cuanto a dirección en las respuestas. Así, por ejemplo, desde el punto de vista de una profesional joven (menor de 35 años) en especialidad feminizada y madre de dos hijos (pediatría), ser mujer no condiciona negativamente ni positivamente: "Actualmente, tanto hombres como mujeres tienen que trabajar por igual, también a nivel familiar". Por lo tanto, se opina que la vida profesional y personal serían muy conciliables, en este caso. El discurso llega hasta el extremo de disculpar a la propia mujer, de justificar las estructuras. Esto es, la mujer, según alguna opinión de profesional femenina, puede con todo. Las guardias, el trabajo en la asistencia primaria, etcétera, permitirían tener un horario normal que posibilitaría la compatibilización. Sorprendente afirmación, que vislumbraría el hecho de que, implícitamente, la mujer tendría que condicionar su rol de mujer a la profesión médica con el fin de compatibilizar sin problemas su vida familiar.

h.11) Sin impedimentos formales (o no)

Aun así, no se reconoce ningún impedimento formal por el hecho de ser mujer, aunque, para llegar lejos, haya que renunciar a la vida personal. Este hecho, sin embargo, sucede "tanto en hombres como en mujeres, sin existir diferencias en razón de sexo".²⁸ Los datos empíricos de este informe así como los numerosos que ya se han realizado hasta la fecha constatan una dirección contraria a estas afirmaciones.

h.12) Un problema en constante persistencia en el tiempo

Algunas opiniones, sobre todo masculinas, consideran que la mujer ha tomado totalmente la profesión médica y, a pesar de la existencia de determinados problemas en cuanto a acceso a cargos ejecutivos, el contexto social, y no laboral, hacen que existan incompatibilidades de tipo familiar que generan a la mujer un lastre irrefutable. Y este hecho, según estas afirmaciones, no se tiene en consideración en la carrera profesional, pero no se cree tampoco que deba tenerlo. El hecho de que la mujer, según estos profesionales, se dedique a su profesión de una forma parcial durante determinados periodos, como el de la época maternal, y

²⁸ Es la percepción, por ejemplo, de una profesional joven (menor de 35 años), adjunta del servicio de pediatría.

retrase el aspecto profesional en pro de su proceso más personal es un hecho que siempre será un *handicap* que viene acompañado con la variable sexo, pero que no desaparecerá.

Con el tiempo, se opina que el acceso a cargos se irá sacando el lastre por razones de sexo, pero hay que tener en cuenta esta ineludible precisión limitatoria por razones de sexo. Hay cosas que, según algunas consideraciones, siempre acaban cayendo en la componente femenina, a pesar de la estructura esté muy bien compartimentada entre el sexo masculino y femenino: "Quien acaba llevando al médico a los niños es la madre y, muy poco probablemente, el padre".²⁹

h.13) La compensación como vía posible

Algún profesional joven³⁰ opina que la compatibilidad entre la vida familiar y profesional se tendría que promocionar más, y no penalizar el tiempo de paréntesis que puede darse por razones de la maternidad. Al mismo tiempo, se podría compensar con una reducción de horarios y el tiempo de descanso, adaptando el convenio y reduciendo la jornada laboral³¹. Y es que, en algunos casos, el discurso procedente de los profesionales más jóvenes deja la puerta abierta a un cambio en las mentalidades más tradicionales y, hasta hoy, mayoritarias.

i) El desprestigio de la profesión médica

Es destacable, y también lamentable, el hecho de que algunos profesionales consideran, independientemente de forma parital de la variable sexo, que la medicina sufre hoy un problema de reconocimiento social. En este sentido, está la opinión que existe un cambio generacional y social en medicina, en el sentido que la sociedad ha pasado de ver al médico de una persona respetable e indiscutible, a una persona a quien se le puede cuestionar y exigir, debido a un proceso de descalificación y menosprecio de la profesión médica.

Al mismo tiempo, el prestigio social ha descendido. Es por este motivo que también hay un número significativamente menor de hombres en las facultades y en

²⁹ Esta es la opinión del director de servicio de ginecología.

³⁰ Es el caso del joven profesional de la especialidad de anatomía patológica (masculinizada).

³¹ La opinión de un joven anestesista, adjunto de servicio, opina que la mujer, en cualquier caso, es muy autoexigente y tal vez no aceptaría estas medidas.

la profesión médica y, consecuentemente, una mayor feminización de la sanidad. Si, al prestigio, se añade la retribución económica, el perfil generalizado del hombre, que busca mayores salarios que la mujer, hace que la elección de carrera se decante hacia otras profesiones que, en la actualidad, representan mayor prestigio social, retribución económica y, también, mayor calidad de vida. Por lo tanto, se pensaría que es el hombre quien habría liberado espacios, los cuales han ido ocupándose por la mujer, y por estas causas. Una opinión interesante pero, a su vez, terrible, porque constata el hecho de que, si el hombre no deja espacio y decide irse, la mujer no puede ocupar ninguno nuevo y que, cuando lo ocupa, desprestigia ese espacio socialmente.

j) Esperanza de cambios en perspectiva

Aunque alguna diagnosis es gravemente desalentadora, existe la opinión generalizada entre todos y todas las profesionales entrevistados, independientemente de su perfil, que la situación de vulnerabilidad en ciertos aspectos que, todavía hoy, sufre la mujer, se irá apaciguando progresivamente. Y eso vendrá dado por el elemento tiempo, por el peso demográfico de la mujer en la profesión médica, y por un cambio generacional y de valores con respecto al rol de la mujer a la sociedad.

En este sentido, tiempo atrás, seguramente, había un claro sesgo por sexo, y sólo hay que analizar el número de facultativas en los hospitales de entonces. Ahora, por contra, con un elevado porcentaje de mujeres, los directivos sanitarios, al final, también serán mujeres, aunque siga existiendo una cierta moderación condicionada por las actuales estructuras médicas de poder, dominadas todavía por perfiles y discursos masculinos. Hay esperanza, pero no se puede bajar la guardia y, en este sentido, se necesitan políticas correctivas que tiendan a acelerar los ritmos y a hacer pedagogía responsable sobre temas que atañen a la corresponsabilidad del conjunto de la sociedad.

En cualquier caso, sigue existiendo algún discurso más pesimista que considera que, a pesar del peso demográfico de la mujer en la profesión médica, eso no acabará revirtiendo en los cargos de responsabilidad. "Quizás, de aquí a veinte años", comentaba un cargo de mando excepcionalmente femenino dentro de una especialidad claramente masculinizada. Quizás.

k) Especialidades de mujeres, especialidades de hombres

Según algunos profesionales, hay determinadas actividades que se piensan como más atribuibles al perfil femenino y que tienen que ver con los criterios clásicos del papel del sexo y, por otra parte, actividades que tienen que ver con el progreso del conocimiento y al perfil masculino. Las afirmaciones no dejan de sorprender, lamentablemente.

En este sentido, especialidades con mayores requerimientos presenciales (y aquí sí que entra el concepto de rol familiar y la concertación entre la vida familiar y laboral) juegan un papel determinante a la hora de escoger la especialidad. Por eso, por ejemplo, se dice que la especialidad de cirugía, que está muy ligada a las guardias y la urgencia y la disponibilidad 24 horas, es escogida en menor medida por la mujer. Y, por ejemplo, en el caso de la especialidad de ginecología, se dice que las subespecialidades más médicas son más de mujeres, y las más quirúrgicas de hombres. Sin embargo, parece existir la opinión de que, en unos años, esto ya no será elemento de debate, por el proceso de feminización de la medicina.

Ante esta cuestión, pues, parece que hay una opinión ciertamente extendida que cree que determinadas especialidades, más duras en cuanto a físico y no tanto de roles, cuesta más su feminización. Eso no pasaría en especialidades como pediatría o dermatología, donde parece que el impacto físico o, incluso, en la vida privada (por la afectación de la variable tiempo de dedicación familiar) es menor. En cambio, y paradójicamente, la especialidad de anestesiología, con muchas guardias de exigencia detrás, atrae también a muchas mujeres, y esto podría ser una evidencia clara de que el discurso no casa con las evidencias empíricas que nos dan los datos.

La opinión de algunos profesionales jóvenes, y no tan jóvenes, es que hay determinadas especialidades muy feminizadas desde siempre (como por ejemplo, pediatría), y de otros más masculinizadas (como, por ejemplo, cirugía, cardiología), y eso vendría causado también por el hecho de que, a los hombres, les gustan más aquellas especialidades más quirúrgicas y técnicas, con resultados más rápidos, directos y palpables, que las mujeres. Se acepta, pues, una cuestión de gustos por razones de sexo. Y, así, no se constata ningún discurso crítico que haga una valoración más profunda del porqué, a pesar de que la mayoría de las facultades de medicina están gobernadas por mujeres, aún hoy en día hay especialidades donde su presencia, a pesar de ir paulatinamente en aumento, sigue siendo testimonial.

l) Conocimiento de casos de discriminación por razón de sexo: el peso del discurso

En general, no existe el conocimiento directo de discriminación alguna. En todo caso, sí que se reconoce que, en el lenguaje, difícilmente, no se encontrará un caso de alguna mujer que no haya tenido que pasar por alguna broma o, incluso, por algún mal trago generado por el elemento del sexo. Pero es algo que la propia mujer, y qué decir del hombre, relativiza sin pudor. Y este hecho va más allá de la propia profesión. Una anécdota que explicaba una de las profesionales entrevistadas hacía referencia a la imagen de la mujer como la eterna enfermera, en el sentido de que una paciente (también mujer) comentaba: "yo le agradezco todo lo que me está diciendo, pero el doctor ¿cuándo vendrá?". En cualquier caso, la postura, generalmente, es de relativización de estos comentarios.

También existen actitudes muy sutiles de misoginia en el lenguaje. Puede llegar a parecer que el discurso de un hombre, por el hecho de serlo, es más contundente, más creíble. Lo mismo en una mujer, por ejemplo, siempre puede llegar a ser más cuestionable, y eso es fruto de una actitud de tipo cultural. Así lo piensan algunos de los profesionales entrevistados.

La percepción de algunas profesionales jóvenes entrevistadas es que no existe ningún tipo de discriminación en razón de sexo. Sin embargo, en el caso de una ginecóloga, se plantea el del momento de hacer la residencia, en la que nunca operó, aunque los chicos sí que lo hacían. En este sentido, deja entrever una latente discriminación en razón de sexo, aunque lo combina con un argumento relacionado con la afinidad interpersonal. En todo caso, también relata la experiencia con algún paciente de generación más mayor, que todavía no ha asumido que existen médicos mujeres.

El discurso pues, generalizado, es que no existe discriminación por razones de sexo. La pregunta retórica es por qué los resultados de los datos siempre infieren direcciones totalmente opuestas. Y, sobre todo, por qué la mujer adopta este discurso que silencia la propia realidad.

m) Percepción de la organización en el acceso de una mujer a un cargo de responsabilidad

Existe la opinión generalizada en la que parece que el acceso de una mujer a un cargo de responsabilidad es algo positivo y, afortunadamente, las generaciones van

cambiando y, por lo tanto, este cuestionamiento se ha ido relajando. Así lo menciona la mayoría de las profesionales y de los profesionales entrevistados.

Sin embargo, alguna opinión destaca que, cuando una mujer accede a un determinado cargo, a menudo "se la respeta y se la teme, y se lo odia". Y una mujer siempre tiene que revalidarse día a día, y es un hecho que "cansa, agobia y fastidia". Una opinión contundente que, sin duda, es una clara excepción que confirma la regla general de las respuestas.

Los hombres no difieren de esta opinión generalizada, y se considera que las hostilidades pueden aparecer, pero que también incide el grado de conocimiento que se tiene de la persona, o del perfil psicológico de la misma, y la variable sexo parece que no sería la determinante. Además, comenta irónico un profesional adjunto del servicio de pediatría: "ya estamos habituados a qué nos manden las mujeres".

n) Poca presencia de mujer en cargos de gestión y responsabilidad

Hay una cierta percepción del hecho que una de las causas por las cuales la mujer no tiene suficiente presencia en cargos de gestión y responsabilidad es porque ésta no tiene tanto afán para acceder y que, por lo tanto, no es una cuestión de discriminación en razón de sexo. Es decir, que no tiene esta aspiración profesional, y este hecho es más recurrente en los profesionales hombres, generalmente más ambiciosos. Hasta el momento, se dice, se presentaban más hombres por una cuestión generacional y de peso demográfico masculino del momento, pero eso ya ha revertido, haciendo que el proceso vaya a favor de la mujer. Los datos, empero, aún no constatan este hecho.

En todo caso, se reconoce esta falta de presencia, pero se considera que el peso se acabará revirtiendo, por una cuestión de peso demográfico, aunque la mujer "tiene más diversificadas las ansias vitales que el hombre" y quiere tener una parcela propia para dedicarla a aquello que quieran. No se centran tanto en la profesión como lo hace el hombre. No hay datos, sin embargo, que confirmen esta cuestión.

o) Percepción del tema de la paridad

No estando en contra totalmente, mayoritariamente, tampoco se está a favor. Existe el deseo de que este hecho sea concebido como algo innecesario y absurdo por el simple caso de que ya se haya llegado a un momento en que garantizar el acceso a cargos de gestión y de responsabilidad por parte de la mujer esté superado

y no sea necesario hacer nada al respecto. En todo caso, existe el convencimiento por parte de la mayoría de profesionales de que se producirá un giro de tendencia natural en pocos años.

Esta percepción, cuando se trata de profesionales jóvenes, coincide en el hecho de que una persona es válida o no, independientemente del sexo y que, aunque las políticas paritarias pueden garantizar unos mínimos de equidad en razón de sexo, a veces puede existir el caso en que, con el fin de garantizarlos, se puede dejar de lado a un hombre que es excelente profesionalmente en pro de una mujer que no lo sea, y viceversa. En este sentido, es importante que se garantice la calidad en los procesos selectivos.

p) Diferencias en formas de trabajar hombre - mujer

En algún caso, se reconocen diferencias cuando se pregunta sobre este tema. En este sentido, se considera que la mujer es más meticulosa y metódica, más ordenada en cuanto a protocolo se refiere (el *check list* es mucho más automático) y más precisa, aunque menos rápida. En cambio, el hombre, según estas opiniones, tiene más capacidad de inventiva y considera menos pasos intermedios con el fin de llegar directamente al final.

- *Características de la mujer:* exigente, meticulosa, ordenada, intelectual, cuidadosa, elucubrada, trabajadora, sacrificada, acotada, metódica.
- *Características del hombre:* técnico, rápido, ágil, inconstante.

En otros casos, se considera que los hombres y las mujeres trabajan igual, y que depende del perfil psicológico, del carácter, de las características de cada uno.

Según algunas opiniones, las mujeres son más acotadas, y controlan la globalidad de la situación, no sólo la enfermedad, sino también el ambiente familiar, el entorno, y el hombre se centra sólo en la cuestión médica del paciente y se desvincula del resto.

En profesionales más jóvenes, se reconoce que quizás sí que hay formas de trabajar diferentes, pero los resultados son los mismos y, en este sentido, sí que no hay nada significativo. En otros casos, se realza la calidad de seriedad del hombre, enfrente del valor más familiar y empático de la mujer, o el hecho de que trabajan de forma diversa.

q) **Redes de solidaridad por razones de sexo**

Algún profesional considera que existen, y siempre han existido estos elementos de solidaridad, que en hombres son menores. En otros casos³², sin embargo, está la percepción que eso no existe. Desde un perspectiva de profesional joven, parece ser que, o bien no existen o, sí existen, es por una razón meramente generacional, y no por sexo.

En cualquier caso, existe una opinión extendida en torno al hecho de que las personas se mueven por *feelings* personales y no por cuestiones de sexo³³ y que, si es que existen redes, éstas no son en razón de sexo, sino por sector (médico, de enfermería, etcétera).

Desde una perspectiva profesional más veterana y masculina, se llega a reconocer que uno se puede sentir más cómodo trabajando con hombres que con mujeres. Sin embargo, hay que decir que éste es un planteamiento aislado y que sólo se menciona como paradigma de discurso latente con tonos machistas y que habla de la psicología femenina de forma peyorativa.³⁴

r) **Los valores de las nuevas generaciones**

Está la opinión, entre las generaciones más maduras que las nuevas generaciones, independientemente de la variable sexo, que tiende valorar cuestiones donde el *ítem* de sacrificio laboral no es algo prioritario, y se valoran mucho más cuestiones relativas a la calidad de vida, al tiempo lúdico y, en definitiva, a otras expectativas que van más allá del mero desarrollo profesional. Esta es una opinión bastante extendida entre el colectivo de profesionales más sénior ante las nuevas generaciones. Así, se considera que antaño, por contra, se tenía mucho más asumido el hecho de que, por ejemplo, al hacer la residencia, no había horarios, tanto para mujeres como para hombres, y ser mujer tal vez sí que tenía algún efecto. Ahora este hecho, según estas consideraciones, ya no se puede hacer extensivo³⁵.

En este sentido, parece ser que los nuevos profesionales, según estas opiniones, responden al titular de "menos salario, a cambio de menos tiempo de trabajo y más tiempo libre." Eso, según éstos, no significa que se hayan invertido los

³² Según una adjunta sénior del servicio de pediatría.

³³ Es la opinión de un profesional joven, adjunto del servicio de anatomía patológica.

³⁴ Es el caso del catedrático de universidad y director de unidad del servicio de cirugía general.

³⁵ Opinión extraída de la entrevista realizada a la directora asistencial del Caso 1.

valores, sino que se han ponderado más al dotar un mayor equilibrio entre la vida profesional y la personal³⁶.

Parece ser que la opinión extendida entre determinados profesionales, pues, es que las nuevas generaciones no tienen la capacidad de esfuerzo como valor preeminente, a la vez que se piensa que la medicina se ha revestido de un aura que no tiene, a partir de mucho marketing que perjudica la imagen que la medicina tendría que tener: la de un oficio en que se tiene que trabajar para aprender y progresar profesionalmente.

En todo caso, también existe alguna opinión más optimista que considera que las nuevas generaciones son muy estudiosas y trabajadoras, aunque sí que tienen unos valores diferentes, y sus intereses son también diferentes a los de generaciones anteriores, fruto de una evolución positiva de la sociedad que está más laboralizada.

7.1.2. Análisis cuantitativo

I. Preliminares

El presente informe es el resultado de un análisis exhaustivo realizado a partir de la explotación de la base de datos facilitada por el Caso 1. A pesar de los impedimentos iniciales planteados por el Caso 1 a la hora de facilitar los datos y agilizar los procedimientos, cabe decir que finalmente se ha podido acometer de forma satisfactoria con la mayoría de los objetivos que se plantaban *a priori* en el presente estudio.

En este sentido, y teniendo en cuenta lo comentado, la explotación de los datos facilitados se ha realizado a partir de las siguientes 5 variables:

1. Grupos de edad
2. Tipo de contrato
3. Especialidades
4. Cargos ejecutivos
5. Categoría profesional

Todas ellas han sido pertinentemente cruzadas a partir de la variable de control básica en este estudio: el sexo. Así, el tratamiento final de los resultados se sintetiza en el estudio de los siguientes capítulos:

³⁶ Así lo constata la directora de servicio de farmacia.

1. Grupos de edad y sexo
2. Tipo de contrato y sexo
3. Especialidades hospitalarias
4. Especialidades y sexo
5. Categoría profesional y sexo
6. Cargo ejecutivo y sexo
7. Cargo ejecutivo, categoría profesional y sexo
8. Otros cargos ejecutivos
9. Especialidades, cargo ejecutivo y sexo

II. Grupos de edad y sexo

Según los datos resultantes de la información facilitada por el Caso 1, del total de 544 profesionales médicos que constituyen la plantilla laboral del hospital, el 58% está compuesto por hombres y el 42% por mujeres. Por *grupos de edad*, del total de profesionales, el 85,5% son mayores de 35 años, y sólo el 14,5% se sitúan por debajo esta franja de edad.

Tabla 4 Profesionales por sexo y grupo de edad

<i>Edad</i>	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Menores de 35 años	48	21,1%	31	9,8%	79	14,5%
Mayores de 35 años	180	78,9%	285	90,2%	465	85,5%
Total	228	100%	316	100%	544	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Si se analiza teniendo en consideración también la *variable sexo*, de las 228 profesionales mujeres que hay en el Caso 1, el 78,9% es mayor de 35 años (180 mujeres), mientras que el 21,1% están por debajo de esta edad (48 mujeres). Así mismo, de los 316 profesionales hombres, una clara mayoría del 90,2% (285 hombres) tiene una franja de edad superior a los 35 años, mientras que menos del 10% de hombres (31) es menor de 35 años.

III. Tipo de contrato, edad y sexo

Según el *tipo de contrato*, se observa cómo, por cuestiones evidentes, la mayoría de los 544 profesionales que trabajan en el Caso 1 disponen de contrato laboral indefinido. Concretamente, así lo constatan los datos, que muestran cómo el 86,9% de los contratos de los médicos y médicas son indefinidos, mientras que un 13,1% tienen contratos de tipo temporal.

Tabla 5 Profesionales por sexo y tipo de contrato

<i>Tipo de contrato</i>	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Indefinido	189	82,9%	284	89,9%	473	86,9%
Temporal	39	17,1%	32	10,1%	71	13,1%
Total	228	100%	316	100%	544	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Por *sexo*, de las 228 mujeres profesionales, el 82,9% disponen de un contrato indefinido, mientras que el 17,1% tiene un contrato temporal. En los hombres, este porcentaje es significativamente inferior (10,1%), en beneficio de los contratos indefinidos (89,9%). Si estos datos se analizan teniendo en cuenta el cruce de la variable *tipo de contrato* con las de *grupos de edad y sexo*, se puede observar cómo la edad es algo que incide directamente en el tipo de contrato que uno posee.

En este sentido, y por sexos, se observa que el 82,9% de mujeres (189 profesionales) que tiene contrato indefinido, sólo el 9,2% de menores de 35 años acceden a este tipo de contrato. Por contra, del 17,1% de mujeres que disponen de contrato laboral temporal, sólo el 5,3% son mayores de 35 años, y el resto está situado por debajo de esta franja de edad.

Los resultados de estos datos son parecidos para el grupo de los hombres. Así, del 89,9% de profesionales que dispone de contrato laboral indefinido, sólo un 5,4% son menores de 35 años y el resto (84,5%) se sitúan por encima de esta franja de edad.

Tabla 6 Profesionales por sexo, tipo de contrato y edad

Tipo de contrato	de Edad	Mujeres		Hombres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Indefinido	Menores de 35 años	21	9,2%	17	5,4%	38	7%
	Mayores de 35 años	168	73,7%	267	84,5%	435	80%
Total		189	82,9%	284	89,9%	473	86,9%
Temporal	Menores de 35 años	27	11,8%	14	4,4%	41	7,5%
	Mayores de 35 años	12	5,3%	18	5,7%	30	5,5%
Total		39	17,1%	32	10,1%	71	13,1%
Total		228	100%	316	100%	544	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

En cambio, poco se puede inferir a partir de los datos correspondientes al tipo de contrato temporal y sexo masculino, ya que un 5,7% de hombres mayores de 35 años están sujetos a este tipo de contratación, frente el 4,4% de hombres menores de 35 años (1,3 puntos porcentuales por debajo). De acuerdo con los datos analizados, pues, la temporalidad en el contrato guarda más relación con el grupo de edad al cual se pertenece y no a la variable sexo, la cual, si incide, lo hace de forma poco significativa.

IV. Especialidades hospitalarias

Tabla 7 Profesionales por especialidad hospitalaria

Tipo	Especialidad	n	%
Médicas	Aparato digestivo	15	
	Cardiología	25	
	Dermatología	10	
	Endocrinología y nutrición	7	
	Hematología y hemoterapia	22	
	Medicina intensiva	8	
	Medicina interna	20	
	Neurología	21	
	Obstetricia y ginecología	22	
	Oncología médica	14	

	Oncología radioterápica	8	
	Pediatría	29	
	Psicología clínica	2	
	Psiquiatría	30	
	Total	233	42,8%
Quirúrgicas	Anestesiología y reanimación	56	
	Angiología y cirugía vascular	7	
	Cirugía cardiovascular	4	
	Cirugía gral. y del aparato digestivo	24	
	Cirugía ortopédica y traumatología	26	
	Cirugía plástica	7	
	Cirugía torácica	2	
	Neurocirugía	7	
	Oftalmología	14	
	Otorrinolaringología	11	
	Total	158	29%
Laboratorio	Anatomía patológica	9	
	Bioquímica clínica	14	
	Inmunología	4	
	Microbiología y parasitología	8	
	Total	35	6,4%
Otras	Farmacia hospitalaria	9	
	Farmacología clínica	3	
	Medicina del trabajo	3	
	Medicina nuclear	5	
	Neumología	18	
	Radiodiagnóstico	25	
	Radiofísica hospitalaria	4	
	Rehabilitación	1	
	Reumatología	4	
	Total	72	13,2%
	TOTAL	498	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Les tres tablas que siguen a continuación cruzan la variable sexo con las diferentes especialidades en función de si estas son *masculinizadas*, *feminizadas*, o

paritarias, a la vez que establecen una distinción en cuanto al tipo de especialidad (*médica, quirúrgica, laboratorio, o otras*)³⁷.

Cabe recordar, previamente, que el análisis del peso de la variable sexo por tipo de especialidad no debe obviar el peso que tienen el tipo de especialidades sobre el conjunto. En este sentido, es importante retener el hecho que, del total de especialidades del Caso 1, el mayor peso recae sobre el 42,8% de *médicas* (con un total de 233 profesionales trabajando en ellas), seguidas del 29% de *quirúrgicas* (158 profesionales), del 13,2% de *otras especialidades* (72 profesionales) y, finalmente, del 6,4% de *laboratorio* (35 profesionales).

Tabla 8 Profesionales por especialidad hospitalaria y sexo

MUJERES (209)	Especialidades	total	%	total global	HOMBRES (289)	Especialidades	total	%	total global
1	MÉDICAS	100	48	233	1	MÉDICAS	133	46	233
2	QUIRÚRGICAS	60	29	158	2	QUIRÚRGICAS	98	34	158
3	OLTRAS	34	16	72	3	OLTRAS	38	13	72
4	LABORATORIO	15	7	35	4	LABORATORIO	20	7	35
		209	100	498			289	100	498

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Teniendo en cuenta lo anterior, y considerando la variable *especialidad* y la variable *sexo*, cabe destacar que las *mujeres* (sobre un total de 209 profesionales mujeres) trabajan en especialidades médicas un 47,8% (100 mujeres, sobre un total global –hombres y mujeres– de 233), seguidas de las especialidades quirúrgicas en un 28,7% (60 mujeres, sobre un total global –hombres y mujeres– de 158), y en otras especialidades (34 mujeres, 16,3%, sobre un total global –hombres y mujeres– de 72) y, finalmente, aquellas mujeres que trabajan en laboratorio (15 mujeres, un 7,1%, sobre un total global –hombres y mujeres– de 35). En relación a los *hombres* (sobre un total de 289 profesionales hombres), un 46% (133 hombres, sobre un total global –hombres y mujeres– de 233) trabajan en especialidades médicas, un 34% (98 hombres, sobre un total global –hombres y mujeres– de 158) en quirúrgicas, un

³⁷ En estas tablas, en que la clasificación de las tablas está determinada por el mismo Caso 1, 46 casos se han perdido por el sistema, dado que no se asignaban a ninguna especialidad. En este sentido, del total de 544 profesionales, aquí son consideradas 488. Esto no significa ningún sesgo, debido al hecho que los datos no se ven afectados por esta depuración.

7% (20 hombres, sobre un total global –hombres y mujeres– 35) en laboratorios y, por último, un 13% (38 hombres, sobre un total global –hombres y mujeres– de 72) en otras especialidades.

Tabla 9 Especialidades según grado de masculinización

	ESPECIALIDAD MASCULINIZADA (23)	SEXO		TOTAL	%/ esp.	%/ total
		Mujeres	Hombres			
L	ANATOMÍA PATOLÓGICA	3	6	9	3,0%	1,8%
Q	ANGIOLOGÍA y CIRURGÍA VASCULAR	1	6	7	2,3%	1,4%
M	APARATO DIGESTIVO	3	12	15	4,9%	3,0%
L	BIOQUÍMICA CLÍNICA	5	9	14	4,6%	2,8%
M	CARDIOLOGÍA	8	17	25	8,2%	5,0%
Q	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	0	4	4	1,3%	0,8%
Q	CIRUGÍA GRAL. y DEL APARATO DIGEST.	7	17	24	7,9%	4,8%
Q	CIRUGÍA ORTOPÉDICA y TRAUMATOLOGÍA	6	20	26	8,5%	5,2%
Q	CIRUGÍA PLÁSTICA	3	4	7	2,3%	1,4%
Q	CIRUGÍA TORÁCICA	0	2	2	0,7%	0,4%
M	ENDOCRINOLOGÍA y NUTRICIÓN	3	4	7	2,3%	1,4%
A	FARMACOLOGÍA CLÍNICA	0	3	3	1,0%	0,6%
M	HEMATOLOGÍA y HEMOTERAPIA	8	14	22	7,2%	4,4%
M	MEDICINA INTENSIVA	2	6	8	2,6%	1,6%
M	MEDICINA INTERNA	9	11	20	6,6%	4,0%
A	NEUMOLOGÍA	7	11	18	5,9%	3,6%
Q	NEUROCIRURGÍA	0	7	7	2,3%	1,4%
M	NEUROLOGÍA	5	16	21	6,9%	4,2%
M	OBSTETRICIA y GINECOLOGÍA	9	13	22	7,2%	4,4%
M	ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	3	5	8	2,6%	1,6%
Q	OTORRINOLARINGOLOGÍA	4	7	11	3,6%	2,2%
A	RADIODIAGNÓSTICO	10	15	25	8,2%	5,0%
	TOTAL GENERAL	96	209	305	100,0%	

Q: esp. quirúrgica M: esp. médica L: laboratorios O: otras especialidades

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

En cuanto a las especialidades con más presencia masculina, destacan un total de 23, de las cuales 9 son médicas, 8 quirúrgicas, 2 de laboratorio, y 4 son de otras especialidades. Sobre el total de 305 profesionales que conforman estas 23

especialidades masculinizadas, 96 son mujeres (31,5%) y 209 hombres (68,5%). Sobre el total de profesionales mujeres (209), el 45,9% trabaja en especialidades masculinizadas y, sobre el total de hombres (289), el 72,3%.

Si se tiene en consideración la variable *sexo femenino* y el *tipo de especialidad* (*médica, quirúrgica, laboratorio, otras*), sobre un total de 96 mujeres en especialidades masculinizadas, cabe destacar las 50 mujeres (52%) que trabajan en especialidades *médicas*, y 21 (22%) en especialidades *quirúrgicas*. La resta de mujeres se sitúan en especialidades de laboratorio (8 mujeres, un 17%) o en de otras especialidades (17 mujeres, un 8%). Es importante subrayar, así mismo, el hecho de que no haya ninguna presencia femenina en un total de 4 especialidades, todas ellas quirúrgicas (con la excepción de farmacología clínica), y que corresponde a cirugía cardiovascular, a cirugía torácica y neurocirugía.

En lo que respecta a la variable *sexo masculino* y el *tipo de especialidad*, sobre un total de 209 hombres en especialidades masculinizadas, hay 98 hombres (46,9%) en especialidades *médicas*, y 71 (34%) en especialidades *quirúrgicas*. La resta de profesionales masculinos se sitúan en especialidades de laboratorio (15 hombres, un 7,2%) o en de otras especialidades (29 hombres, un 13,9%).

Tabla 10 Especialidades según grado de masculinización

	ESPECIALIDAD FEMINIZADA (14)	SEXO		TOTAL	%	%/ total
		Mujeres	Hombres			
Q	ANESTESIOLOGÍA y REANIMACIÓN	31	25	56	32,0%	11,2%
M	DERMATOLOGÍA	6	4	10	5,7%	2,0%
A	FARMACIA HOSPITALARIA	7	2	9	5,1%	1,8%
A	MEDICINA DEL TRABAJO	2	1	3	1,7%	0,6%
A	MEDICINA NUCLEAR	3	2	5	2,9%	1,0%
L	MICROBIOLOGÍA y PARASITOLOGÍA	5	3	8	4,6%	1,6%
Q	OFTALMOLOGÍA	8	6	14	8,0%	2,8%
M	PEDIATRÍA	19	10	29	16,6%	5,8%
M	PSICOLOGÍA CLÍNICA	2	0	2	1,1%	0,4%
M	PSIQUIATRÍA	16	14	30	17,1%	6,0%
A	RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	3	1	4	2,3%	0,8%
A	REHABILITACIÓN	1	0	1	0,6%	0,2%
A	REUMATOLOGÍA	1	3	4	2,3%	0,8%
TOTAL GENERAL		104	71	175	100,0%	
Q: esp. Quirúrgica		M: esp. médica		L: laboratorios		O: otras especialidades

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

En relación a las especialidades con mayor presencia femenina, destacan 14, de las cuales 4 son médicas, 2 quirúrgicas, 1 de laboratorio, y 6 de otras especialidades. Sobre la totalidad de los 175 profesionales que trabajan en estas 14 especialidades más feminizadas, 104 son mujeres (59,4%) y 71 hombres (40,6%).

Sobre el total de profesionales mujeres (209), en consecuencia, el 49,8% trabaja en especialidades feminizadas (3,9 puntos porcentuales por encima respecto a las especialidades con mayor presencia masculina) y, sobre el total de hombres (289), un porcentaje de sólo 24,6% (hecho que contrasta con el 72,3% que trabajan en especialidades masculinizadas).

Si se analiza la variable *sexo femenino* y el *tipo de especialidad*, sobre un total de 104 mujeres en especialidades feminizadas, cabe destacar las 43 mujeres (41,7%) que trabajan en especialidades *médicas*, y 39 (37,5%) en especialidades *quirúrgicas*. El resto, 43 mujeres (41,3%) se sitúan en otras especialidades y 5 (4,8%) en laboratorio.

En relación a la variable *sexo masculino* y el *tipo de especialidad*, y sobre un total de 71 hombres en especialidades feminizadas, hay 28 hombres (39,4%) trabajando en especialidades *médicas*, y 31 (43,7%) en especialidades *quirúrgicas*. Del porcentaje restante, 9 (12,7%) se ubican en otras especialidades y, por último, tan sólo 3 (4,2%) trabaja en laboratorio. Cabe subrayar el hecho de que no hay ningún hombre en las especialidades de psicología clínica (*médica*) y rehabilitación (*otras especialidades*).

Tabla 11 Especialidades paritarias

	ESPECIALIDAD PARITARIA (2)	SEXO		TOTAL	%	%/ total
		Mujeres	Hombres			
L	IMMUNOLOGÍA	2	2	4	22,2%	0,8%
M	ONCOLOGÍA MÉDICA	7	7	14	77,8%	2,8%
	TOTAL GENERAL	9	9	18	100,0%	

Total general	209	289	498
----------------------	------------	------------	------------

Q: esp. quirúrgica M: esp. médica L: laboratorios O: otras especialidades

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Finalmente, y en referencia a la tabla correspondiente a especialidades donde hay el mismo nombre de mujeres que de hombres (denominados aquí *especialidades paritarias*), destacan 2, de las cuales 1 es médica, y la otra de laboratorio. Sobre la totalidad de los 18 profesionales, 9 son hombres (50%) y 9 mujeres (50%).

Sobre el total de profesionales mujeres (209), sólo un 4,3% trabaja en especialidades paritarias, y sobre el total de hombres (289), el porcentaje es todavía mucho menor (3,1%). Si se analiza la variable *sexo femenino* y el *tipo de especialidad*, sobre un total de 9 mujeres en estas especialidades paritarias, cabe destacar 7 (78%) que trabajan en una especialidad *médica* como es oncología médica, y el resto (2 mujeres, 22%) trabajan en inmunología, una especialidad propia de *laboratorio*. Estos resultados de análisis siguen el mismo patrón numérico tanto en las mujeres como en los hombres.

V. Categoría profesional

En relación a la *categoría de los profesionales* del Caso 1, del total de 544, más de la mitad corresponde a consultores 2 (27,6%) y adjuntos (27,2%), seguidos de consultores 1 (14,9%), y de adjuntos sénior (10,8%) y de guardia (A.P.F.) (10,7%) y, finalmente, consultores 3 (8,1%) y, en muy menor grado, adjuntos de guardia (S.P.F.) (0,7%).

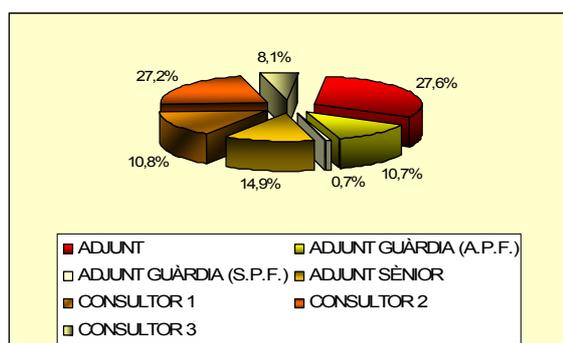
Tabla 12 Profesionales según categoría profesional y sexo

CATEGORÍA PROFESIONAL	SEXO				TOTAL	%
	Mujeres		Hombres			
	N	%	N	%		
ADJUNTO	71	31,1%	77	24,4%	148	27,2%
ADJUNTO GUARDIA (A.P.F.)	28	12,3%	30	9,5%	58	10,7%
ADJUNTO GUARDIA (S.P.F.)	2	0,9%	2	0,6%	4	0,7%
ADJUNTO SÉNIOR	31	13,6%	28	8,9%	59	10,8%
CONSULTOR 1	33	14,5%	48	15,2%	81	14,9%
CONSULTOR 2	50	21,9%	100	31,6%	150	27,6%
CONSULTOR 3	13	5,7%	31	9,8%	44	8,1%
Total general	228		316		544	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Si se tiene en consideración la *variable sexo*, en primer lugar y entre las *mujeres*, la mayoría son adjuntas (31,1%), hecho que contrasta con el grupo de hombres, donde la mayoría son consultores 2 (31,6%) y el nombre de adjuntos está por debajo (24,4%). Las mujeres, por orden, representan un 21,9% consultores 2, seguido del 14,5% de consultores 1, el 13,6% de adjuntas sénior, el 12,3% de adjuntas de guardia (A.P.F.).

Gráfico 1 Profesionales según categoría profesional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Tan sólo el 5,7% son consultores 3 (13 mujeres sobre un total de 228), frente al casi 10% de hombres en esta categoría profesional (31 hombres sobre 316). Entre los *hombres*, por contra, más del 56% son consultores (1, 2 ó 3), frente el 42% de mujeres. Así, y en términos absolutos, hay el doble de hombres consultores 2 (50 mujeres *versus* 100 hombres) y casi el triple como consultores 3 (13 mujeres *versus* 31 hombres), aunque en porcentajes los resultados puedan parecer muy poco distintos entre sexos.

VI. Cargos ejecutivos

En relación a cargos ejecutivos, la mayoría de profesionales son, por orden de importancia en términos relativos: *jefes clínicos* (47,2%), *directores de servicio* (30,4%) y, finalmente, *directores de unidad* (22,4%). El 80% de estos cargos ejecutivos están ocupados por hombres y sólo un 20% por mujeres. Todos, sin exclusión, son cargos ocupados por mayores de 35 años.

Tabla 13 Profesionales según cargo ejecutivo y sexo

Cargo ejecutivo	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Jefe clínico	16	61,5%	43	43,4%	59	47,2%
Director de unidad	4	15,4%	24	24,2%	28	22,4%
Director/a de servicio	6	23,1%	32	32,3%	38	30,4%
Total	26	100%	99	100%	125	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Entre las profesionales femeninas, sólo 6 son directores de servicio (sobre 125 cargos ejecutivos y un total de 544 profesionales en plantilla, de los cuales 228 son mujeres), frente los 32 hombres que ocupan este cargo. Esta diferencia también se produce entre los cargos de directores de unidad, donde las mujeres sólo son 4, frente los 24 hombres que ocupan este cargo. En el caso de los jefes clínicos, la mayoría son mujeres con este cargo ejecutivo (61,5% de las 26 mujeres en total que tienen cargo), frente los 43 hombres (43,4% de los 99 hombres en total que ocupen un cargo ejecutivo).

Con estos resultados, cabe evidenciar el hecho que el porcentaje de mujeres ocupando cargos ejecutivos en el Caso 1 es muy menor al porcentaje de hombres, y que este bajo porcentaje tampoco recae en los niveles superiores (de director de unidad o servicio), sino que más de dos tercios de las profesionales mujeres que ostentan algún cargo ejecutivo, lo ocupen en el rango más inferior, el de jefe clínico (61,5% de un total de 26 mujeres).

Si se analizan las variables de cargos ejecutivos y de categorías profesionales, conjuntamente con la variable sexo, se observa la siguiente tabla, que sigue corroborando que a más alto nivel, menos proporción de mujeres:

Tabla 14 Profesionales según cargo ejecutivo, categoría profesional y sexo

CARGO EJECUTIVO	CATEGORÍA PROFESIONAL	SEXO				Total	%/Total
		Mujeres	%	Hombres	%		
JEFE CLÍNICO	ADJUNTO	3	11.5%	7	7.1%	10	8.0%
	ADJUNTO SÉNIOR		0.0%	1	1.0%	1	0.8%
	CONSULTOR 1	3	11.5%	10	10.1%	13	10.4%
	CONSULTOR 2	8	30.8%	22	22.2%	30	24.0%
	CONSULTOR 3	2	7.7%	3	3.0%	5	4.0%

		16	61.5%	43	43.4%	59	
DIRECTOR UNIDAD	ADJUNTO		0.0%	6	6.1%	6	4.8%
	CONSULTOR 1	1	3.8%	4	4.0%	5	4.0%
	CONSULTOR 2	2	7.7%	7	7.1%	9	7.2%
	CONSULTOR 3	1	3.8%	7	7.1%	8	6.4%
		4	15.4%	24	24.2%	28	
DIRECTOR/A SERVICIO	ADJUNTO	3	11.5%	8	8.1%	11	8.8%
	CONSULTOR 1		0.0%	2	2.0%	2	1.6%
	CONSULTOR 2	1	3.8%	14	14.1%	15	12.0%
	CONSULTOR 3	2	7.7%	8	8.1%	10	8.0%
		6	23.1%	32	32.3%	38	
Total general		26		99		125	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

A continuación, la siguiente tabla hace referencia a otros cargos de mando que en Caso 1 están estipulados y que se han creado *ad hoc* y fruto de las necesidades del momento de cada uno de los servicios del hospital. Así, estos 24 cargos son propiamente de coordinación ejecutiva, y 2 son concretamente de dirección en investigación y docencia, las dos ramas que, junto con la asistencia, forman los pilares de la carrera profesional del Caso 1.

Tabla 15 Otros cargos según sexo

OTROS CARGOS	SEXO		TOTAL
	Mujeres	Hombres	
COORD. PRO. AT. A LA MUJER		1	1
COORD. AREA DEL SUEÑO	1		1
COORD. CCEE	1	1	2
COORD. DE LA SEC		1	1
COORD. OBSTETRICIA	1		1
COORD. AREA CONSEJO GEN	1		1
COORD. AREA HOSPITALIZ.	3	1	4
COORD. AREA NEONATO	1		1
COORD. AREA NUEVAS TERAPIAS	1		1
COORD. AREA ONCO. DIGESTIVA		1	1
COORD. AREA PRUEB FUNCIONAL		1	1
COORD. AREA REHAB. RESP.	1		1
COORD. CMA y CORTA ESTANCIA		1	1
COORD. END. CONTRAC. MENO.	1	1	2
COORD. HOSP. DÍA y CCEE	1		1
COORD. HOSP. DÍA. PNEUMOLOGÍA		1	1
COORD. HOSP. DÍA QUIMIO.		1	1

COORD. SECCIÓN URGENCIAS COORD. TRASTORNOS AFECTIVOS	1	1	2
COORD. UCI PEDIÁTRICA	1	1	1
COORD. UNIDAD SANG.		1	1
COORDINADOR	2	2	4
DIRECTOR DE DOCENCIA		1	1
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN		1	1
Total general	16	17	33

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

Los datos muestran un total de 33 profesionales ejerciendo estas tareas de coordinación ejecutiva, de los cuales se llega casi a la paridad por sexo: así, 16 son mujeres y 17 hombres, respectivamente. En todo caso, cabe subrayar el hecho que los cargos de dirección de investigación y de dirección de docencia son ocupados por hombres. Así, de los tres cargos más importantes por ramas principales de vertebración de la actividad médica (director asistencial, director de investigación, director de docencia), sólo la dirección asistencial correspondería a una mujer y el resto estarían ocupados sólo por hombres.

La siguiente tabla relaciona especialidad y cargo ejecutivo con la variable sexo. También intenta resaltar aquellas especialidades que son feminizadas (*coloración fucsia*), a fin y efecto de cruzar esta información con la que sigue a continuación:

Tabla 16 Especialidades según cargo ejecutivo y sexo

ESPECIALIDAD	CARGO EJECUTIVO	SEXO		TOTAL
		Mujeres	Hombres	
OTROS	JEFE CLÍNICO		1	1
	DIRECTOR UNIDAD		3	3
	DIRECTOR/A SERVICIO	1	2	3
ANATOMÍA PATOLÓGICA	JEFE CLÍNICO	1	2	3
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
ANESTESIOLOGÍA y REANIMACIÓN	JEFE CLÍNICO	2		2
	DIRECTOR UNIDAD		3	3
	DIRECTOR/A SERVICIO	1		1
ANGIOLOGÍA y CIRUGÍA VASCULAR	DIRECTOR UNIDAD		1	1
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
APARATO DIGESTIVO	JEFE CLÍNICO		2	2
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1

BIOQUÍMICA CLÍNICA	JEFE CLÍNICO	1	3	4
	DIRECTOR UNIDAD		1	1
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
CARDIOLOGÍA	JEFE CLÍNICO	1	1	2
	DIRECTOR UNIDAD		2	2
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	DIRECTOR/A SERVEI		1	1
CIRUGÍA GRAL. y DEL APARATO DIGEST.	JEFE CLÍNICO		4	4
	DIRECTOR UNIDAD		2	2
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
CIRUGÍA ORTOPÉDICA y TRAUMATOLOGÍA	JEFE CLÍNICO		1	1
	DIRECTOR UNIDAD		1	1
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
CIRUGÍA PLÁSTICA	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
DERMATOLOGÍA	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
ENDOCRINOLOGÍA y NUTRICIÓN	DIRECTOR UNIDAD		1	1
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
FARMACIA HOSPITALARIA	JEFE CLÍNICO	1	1	2
	DIRECTOR/A SERVICIO	1		1
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
HEMATOLOGÍA y HEMOTERAPIA	JEFE CLÍNICO	2	2	4
	DIRECTOR UNIDAD	1	1	2
	DIRECTOR/A SERVICIO		2	2
ESPECIALIDAD	CARGO EJECUTIVO	SEXO	TOTAL	
IMMUNOLOGÍA	DIRECTOR/A SERVICIO	1	1	2
MEDICINA INTENSIVA	JEFE CLÍNICO		1	1
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
MEDICINA INTERNA	JEFE CLÍNICO	1	4	5
	DIRECTOR UNIDAD	2	2	4
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
MEDICINA NUCLEAR	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
MICROBIOLOGÍA y PARASITOLOGÍA	JEFE CLÍNICO	2	1	3
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
NEUMOLOGÍA	JEFE CLÍNICO		2	2
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
NEUROCIRURGÍA	DIRECTOR UNIDAD		1	1
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
NEUROLOGÍA	JEFE CLÍNICO	1	3	4
	DIRECTOR UNIDAD	1	2	3
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
OBSTETRICIA y GINECOLOGÍA	JEFE CLÍNICO		3	3
	DIRECTOR/A		1	1

	SERVICIO			
OFTALMOLOGÍA	JEFE CLÍNICO	2		2
	DIRECTOR/A		1	1
	SERVICIO			
ONCOLOGÍA MÉDICA	JEFE CLÍNICO		1	1
	DIRECTOR/A		1	1
	SERVICIO			
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	JEFE CLÍNICO		2	2
	DIRECTOR/A		1	1
	SERVICIO			
OTORRINOLARINGOLOGÍA	JEFE CLÍNICO		2	2
	DIRECTOR UNIDAD		1	1
	DIRECTOR/A			
	SERVICIO		1	1
PEDIATRÍA	DIRECTOR/A		1	1
	SERVICIO			
PSIQUIATRÍA	JEFE CLÍNICO		1	1
	DIRECTOR UNIDAD		2	2
	DIRECTOR/A			
	SERVICIO		1	1
RADIODIAGNÓSTICO	JEFE CLÍNICO	2	4	6
	DIRECTOR/A			
	SERVICIO		1	1
RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	DIRECTOR/A			
	SERVICIO	1		1
REHABILITACIÓN	DIRECTOR/A			
	SERVICIO	1		1
REUMATOLOGÍA	JEFE CLÍNICO		2	2
	DIRECTOR UNIDAD		1	1
Total general		26	99	125

Especialidad feminizada

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

A partir de la tabla anterior, se ha elaborado la siguiente, a partir de las especialidades que están feminizadas (11, con 28 profesionales). Así, se observa como, a pesar que hay especialidades con más mujeres que hombres, esto no acaba revertiendo en cargos en su mayoría. En este sentido, pues, en sólo 5 especialidades feminizadas (2 *quirúrgicas*) la mayoría de cargos están ocupados por mujeres y el resto (4) están ocupados por profesionales masculinos, exceptuando la única especialidad que es paritaria en cuanto a cargos de mando se refiere: es el caso de microbiología y parasitología (especialidad de laboratorio).

Tabla 17 Especialidades feminizadas según cargo ejecutivo y sexo

ESPECIALIDAD	CARGO EJECUTIVO	D	H	
ANESTESIOLOGÍA REANIMACIÓN y	JEFE CLÍNICO	2		2
	DIRECTOR UNIDAD		3	3
	DIRECTOR/A SERVICIO	1		1
		3	3	6
DERMATOLOGÍA	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
			1	1
FARMACIA HOSPITALARIA	JEFE CLÍNICO	1	1	2
	DIRECTOR/A SERVICIO	1		1
		2	1	3
MEDICINA NUCLEAR	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
			1	1
MICROBIOLOGÍA PARASITOLOGÍA y	JEFE CLÍNICO	2	1	3
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
		2	2	4
OFTALMOLOGÍA	JEFE CLÍNICO	2		2
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
		2	1	3
PEDIATRÍA	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
			1	1
PSIQUIATRÍA	JEFE CLÍNICO		1	1
	DIRECTOR UNIDAD		2	2
	DIRECTOR/A SERVICIO		1	1
			4	4
RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	DIRECTOR/A SERVICIO	1		1
		1		1
REHABILITACIÓN	DIRECTOR/A SERVICIO	1		1
		1		1
REUMATOLOGÍA	JEFE CLÍNICO		2	2
	DIRECTOR UNIDAD		1	1
			3	3
Fucsia: mayoría mujeres; verde: mayoría hombres; rojo: proporción paritaria		11	17	28

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo (2008)

VII. Conclusiones

1. Grupos de edad

- Por sexo, la composición de la plantilla de profesionales está más *masculinizada*.
- Por grupos de edad el 85,5% son mayores de 35 años.
- El cruce con la variable sexo evidencia que el personal masculino es el más envejecido.

2. Tipo de contrato

- La mayoría de los profesionales (86,9%) tienen un contrato laboral indefinido. Este porcentaje es ligeramente inferior en mujeres y superior en hombres.
- El cruce de la variable *tipo de contrato* con las variables *grupos de edad* y *sexo* constata que la edad es algo que incide directamente en el tipo de contrato que se posee.
- La temporalidad en el contrato guarda más relación con el grupo de edad al que se pertenece y no a la variable sexo, la cual, si incide, lo hace de manera poco significativa.

3. Especialidades hospitalarias

- Las especialidades médicas suponen el mayor porcentaje (42,8%) frente las quirúrgicas (29%), servicios de laboratorio (6,4%) y otras (13,2%).
- La mayoría de los profesionales trabajan más en especialidades médicas (mujeres 47,8%, hombres, 46%), seguidas de las especialidades quirúrgicas (mujeres, 28,7%; hombres, 34%), en otras especialidades (mujeres 16,3%, hombres 13%) y, en laboratorio (7,1% mujeres; 7% hombres).
- Las especialidades con mes presencia masculina, de un total de 23, 9 son médicas, 8 quirúrgicas, 2 de laboratorio, y 4 son de otras especialidades. Están conformadas por el 68,5% de hombres y el 31,5% de mujeres.
- Las especialidades con mayor presencia femenina, de un total de 14, 4 son médicas, 2 quirúrgicas, 1 de laboratorio, y 6 de otras especialidades. Sobre la totalidad de los profesionales, el 59,4% son mujeres y el 40,6% hombres.
- No hay presencia femenina en un total de 4 especialidades (cirugías), todas ellas quirúrgicas (con la excepción de farmacología clínica).
- Las especialidades con el mismo nombre de mujeres que hombres (aquí especialidades paritarias), de un total 2, 1 es médica y la otra de laboratorio.

4. Categoría profesional

- Más de la mitad corresponde a consultores 2 (27,6%) y adjuntos (27,2%), seguidos de consultores 1 (14,9%), y de adjuntos sénior (10,8%) y de guardia (A.P.F.) (10,7%) y, finalmente, consultores 3 (8,1%) y, en muy menor grado, adjuntos de guardia (S.P.F.) (0,7%).
- Entre las *mujeres*, la mayoría son adjuntas (31,1%) y tan sólo el 5,7% son consultores 3 (frente casi 10% de hombres), hecho que contrasta con el grupo de hombres, donde la mayoría son consultores 2 (31,6%) y el número de adjuntos está por debajo (24,4%).
- Entre los *hombres*, por contra, más del 56% son consultores (1, 2 ó 3), frente el 42% de mujeres. Así, y en términos absolutos, hay el doble de hombres consultores 2 (50 mujeres *versus* 100 hombres) y casi el triple como consultores 3 (13 mujeres *versus* 31 hombres), aunque en porcentajes los resultados puedan parecer muy poco distintos entre sexos.

5. Cargos ejecutivos

- Sobre los 125 cargos ejecutivos, la mayoría de profesionales son, por orden de importancia: *jefes/as clínicos* (47,2%), *directores/as de servicio* (30,4%) y, finalmente, *directore/as de unidad* (22,4%). El 80% de estos cargos ejecutivos están ocupados por hombres y sólo un 20% por mujeres. Todos, sin exclusión, son cargos ocupados por mayores de 35 años.
- El resto de cargos ejecutivos (ad hoc) son paritarios en cuanto al sexo.
- La dirección asistencial está gobernada por una mujer, pero la dirección de investigación y la dirección de docencia son de gobernanza masculina.
- Sólo en 5 especialidades feminizadas (2 *quirúrgicas*) la mayoría de cargos están ocupados por mujeres y el resto (4) están ocupados por hombres, exceptuando microbiología y parasitología (especialidad de laboratorio).

7.2. Caso 2

7.2.1. Algunos datos según género de la plantilla profesional del ICS y de los cargos con responsabilidad hospitalaria del Caso 2

I. Datos contextuales del ICS para el año 2006

El Plan de Ordenación de Recursos Humanos del ICS para el período 2006-2010 nos da las claves para entender la situación laboral del personal facultativo de los hospitales que dependen de esta red, incluyendo el Caso 2. En la Tabla 18, vemos que la dimensión del conjunto del personal es estable, y sabemos que corresponde a una distribución, para todo el ICS, de un 97'5% de la plantilla con contrato estatutario, un 1'2% de personal funcionario, y un 1'4% de personal laboral. Concretamente en los hospitales, la composición en números absolutos de la plantilla correspondería a 20.106 profesionales estatutarios, 31 funcionarios, y 411 profesionales laborales.

Tabla 18 Personal facultativo del ICS (2005-2007)

	2005	2006	2007
Hospitales (excluidos residentes)	2.951	3.116	3.153
Total Hospitales	4.166	4.418	4.523
Primaria (excluidos residentes)	6.534	6.735	6.819
Total Primaria	7.057	7.258	7.360
Total ICS (excluidos residentes)	9.507	9.863	9.978
Total ICS	11.244	11.688	11.899

Fuente: Plan de ordenación de recursos humanos del ICS (2008-2010)

Adicionalmente, 1.411 residentes han realizado su periodo de formación en algún hospital del ICS el año 2007. En observar la variación temporal de las plantillas según forma de ocupación (fija o interina) entre 2005 - 2007, en la Tabla 19, vemos como el personal facultativo hospitalario también se mantiene constante, alrededor de 4.523 profesionales incluyendo los residentes, aunque la

forma de ocupación varía entre los distintos grupos profesionales (facultativos, asistencial no facultativo, y personal de gestión y servicios).

Tabla 19 Variación del número de profesionales, excluidos residentes (2007)

Evolució de plantilles i substitucions per formes d'ocupació
Desembre de 2007

Variació del nombre de professionals (exclusos els residents)

	des. 07	var. en 2005		var. en 2006		var. en 2007	
Tot l'ICS (inclòs el Centre Corporatiu)	41.647	924	2,4%	1.450	3,7%	921	2,3%
Plantilla	38.662	1.071	3,1%	1.677	4,7%	1.252	3,3%
-Fixos	23.676	-28	-0,1%	1.195	5,3%	108	0,5%
-Interins per vacant-temporals	10.034	294	3,1%	5	0,1%	267	2,7%
-Interins conjunturals	4.953	803	28,7%	477	13,3%	877	21,5%
-Interins per substitució	2.985	-147	-4,0%	-227	-8,4%	-331	-10,0%
Hospitals	19.442	428	2,4%	737	4,1%	690	3,1%
Plantilla	17.920	467	2,9%	829	5,1%	761	4,4%
-Fixos	11.021	150	1,4%	247	2,2%	-182	-1,6%
-Interins per vacant-temporals	4.342	-51	-1,4%	425	12,0%	369	8,3%
-Interins conjunturals	2.558	367	26,2%	157	8,6%	674	28,9%
-Interins per substitució	1.522	-39	-2,1%	-92	-5,2%	-170	-10,1%
Primària	21.844	507	2,5%	730	3,5%	377	1,8%
Plantilla	20.380	615	3,3%	866	4,6%	631	2,7%
-Fixos	12.398	-174	-1,5%	956	8,6%	336	2,8%
-Interins per vacant-temporals	5.800	354	8,2%	-405	-8,6%	-109	-1,9%
-Interins conjunturals	2.382	435	32,7%	315	17,8%	305	14,7%
-Interins per substitució	1.464	-108	-5,8%	-136	-7,7%	-154	-9,5%

Variació dels pesos relatius (exclusos residents)

	des. 07	var. en 2005		var. en 2006		var. en 2007	
Tot l'ICS (inclòs el Centre Corporatiu)							
Plantilla	100,0 %						
-Fixos	61,2 %	-2,0 %		+0,4 %		-1,8 %	
-Interins per vacant-temporals	26,0 %	+0,0 %		-1,2 %		-0,2 %	
-Interins conjunturals	12,8 %	+2,0 %		+0,8 %		+1,9 %	
-Interins per substitució (% sobre plantilla)	7,7 %	-0,7 %		-1,1 %		-1,1 %	
Hospitals							
Plantilla	100,0 %						
-Fixos	61,5 %	-1,0 %		-1,8 %		-3,8 %	
-Interins per vacant-temporals	24,2 %	-1,0 %		+1,4 %		+1,1 %	
-Interins conjunturals	14,3 %	+2,0 %		+0,4 %		+2,7 %	
-Interins per substitució (% sobre plantilla)	8,5 %	-0,6 %		-1,1 %		-1,4 %	
Primària							
Plantilla	100,0 %						
-Fixos	60,8 %	-2,9 %		+2,3 %		+0,1 %	
-Interins per vacant-temporals	27,5 %	+0,9 %		-3,4 %		-1,3 %	
-Interins conjunturals	11,7 %	+2,1 %		+1,2 %		+1,2 %	
-Interins per substitució (% sobre substitució)	7,2 %	-0,9 %		-1,1 %		-1,0 %	

Fuente: Plan de ordenación de recursos humanos del ICS (2008-2010)

En efecto, el 2007 se observa por los facultativos de los hospitales del ICS, sin contar los residentes, una disminución de las substituciones y de los contratos interinos coyunturales (-8'7% y -1'7% respectivamente), y un aumento de los contratos estatutarios fijos (+2'0%), pero que se acompaña de un aumento de la temporalidad por contratos de interinidad temporal (+1'2). Esta situación contrasta con la de los demás colectivos profesionales, con una clara tendencia al aumento de contratos de interinidad y de substituciones, tal y como vemos en la Tabla 20.

Tabla 20

Per forma d'ocupació, grup professional i divisió (exclousos els residents)

	des. 07	var. en 2005	var. en 2006	var. en 2007			
Personal fix	23.676	-28	-0,1%	+1.195	5,3%	+108	0,5%
a) Personal facultatiu	5.936	-2	0,0%	-47	-0,8%	+340	6,1%
-Centre Corporatiu	4	+3	21,4%	-7	-41,2%	-6	-60,0%
-Hospitals	1.773	+5	0,3%	+81	4,6%	+35	2,0%
-Primària	4.158	-10	-0,2%	-122	-3,1%	+311	8,1%
b) Personal assistencial no facultatiu	11.077	+115	1,0%	-172	-1,5%	-80	-0,6%
-Centre Corporatiu	1	-1	-9,1%	+2	20,0%	-11	-91,7%
-Hospitals	6.449	+229	3,5%	-99	-1,5%	-168	-2,5%
-Primària	4.627	-112	-2,4%	-75	-1,6%	+119	2,6%
c) Personal de gestió i serveis	6.663	-140	-2,6%	+1.414	26,1%	-172	-2,6%
-Centre Corporatiu	252	-4	-1,6%	-3	-1,0%	-29	-10,3%
-Hospitals	2.789	-83	-3,1%	+264	10,2%	-49	-1,7%
-Primària	3.612	-52	-2,0%	+1.152	45,1%	-94	-2,6%
Personal inter-t temporal	10.034	+294	3,1%	+5	0,1%	+287	2,7%
a) Personal facultatiu	2.887	+129	5,4%	+395	15,5%	-250	-8,6%
-Centre Corporatiu	2	+1	25,0%	-3	-60,0%	0	0,0%
-Hospitals	868	+89	14,5%	+155	22,1%	+10	1,2%
-Primària	1.819	+39	2,2%	+242	13,2%	-260	-12,5%
b) Personal assistencial no facultatiu	4.653	-4	-0,1%	+838	23,7%	+282	6,5%
-Centre Corporatiu	1	-1	-33,3%	-1	-60,0%	+0	0,0%
-Hospitals	2.344	-187	-10,3%	+429	26,3%	+285	13,8%
-Primària	2.308	+184	10,7%	+410	21,8%	-3	-0,1%
c) Personal de gestió i serveis	2.894	+169	4,8%	-1.227	-33,3%	+235	9,6%
-Centre Corporatiu	88	-10	-9,6%	-11	-12,4%	+8	10,0%
-Hospitals	1.132	+48	4,1%	-159	-13,0%	+73	6,8%
-Primària	1.474	+131	5,8%	-1.057	-44,5%	+154	11,6%
Personal interj conjuntural	4.953	+803	28,7%	+477	13,3%	+877	21,5%
a) Personal facultatiu	1.356	+161	13,8%	+9	0,7%	+25	1,9%
-Centre Corporatiu	0	+0	0,0%	+0	0,0%	+0	0,0%
-Hospitals	514	+10	1,7%	-71	-11,9%	-9	-1,7%
-Primària	842	+151	26,1%	+80	10,9%	+34	4,2%
b) Personal assistencial no facultatiu	2.278	+440	41,8%	+238	15,8%	+550	31,9%
-Centre Corporatiu	0	-0	0,0%	+1	0,0%	-1	-129,2%
-Hospitals	1.439	+268	43,2%	+129	14,7%	+429	42,4%
-Primària	839	+174	39,8%	+108	17,3%	+122	17,1%
c) Personal de gestió i serveis	1.319	+203	34,9%	+232	29,8%	+302	29,7%
-Centre Corporatiu	14	+2	19,8%	+5	56,2%	-0	-1,7%
-Hospitals	603	+92	35,2%	+98	27,8%	+154	34,2%
-Primària	701	+110	35,0%	+129	30,5%	+148	28,8%

Font de les dades: SIP

Data d'actualització: 18.1.2008

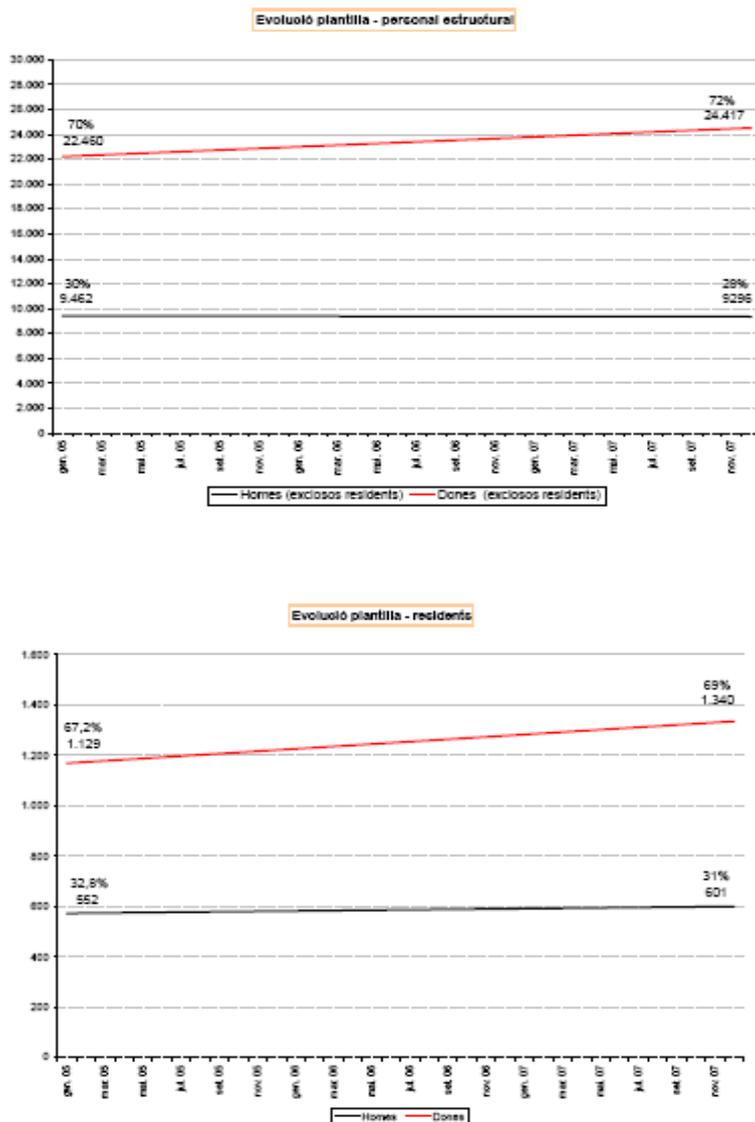
	des. 07	var. en 2005	var. en 2006	var. en 2007			
Personal substitut	2.985	-148	-4,0%	-227	-6,4%	-119	-3,6%
a) Personal facultatiu	287	-55	-10,7%	-124	-27,1%	-47	-14,1%
-Centre Corporatiu	0	-1	-54,8%	-0	-4,8%	-1	-94,6%
-Hospitals	42	-0	-0,4%	-40	-44,9%	-4	-8,7%
-Primària	228	-54	-12,8%	-84	-22,8%	-42	-14,8%
b) Personal assistencial no facultatiu	1.752	-55	-2,7%	-40	-2,0%	-88	-3,5%
-Centre Corporatiu	1	+1	54,6%	+0	18,5%	-2	-53,2%
-Hospitals	1.111	-38	-3,0%	+20	1,7%	-35	-2,8%
-Primària	640	-18	-2,3%	-81	-7,8%	-31	-4,3%
c) Personal no assistencial	965	-38	-3,3%	-83	-5,7%	-4	-0,4%
-Centre Corporatiu	1	-1	-27,5%	-0	-0,6%	-0	-20,2%
-Hospitals	377	-1	-0,2%	-72	-14,7%	-16	-3,9%
-Primària	587	-38	-5,8%	+9	1,5%	+12	2,0%

Fuente: Plan de ordenación de recursos humanos del ICS (2008-2010)

En lo que respecta a la composición según género, que se muestra en la Tabla 21, existe una clara diferencia entre la composición por género del personal global del ICS y la del personal facultativo, específicamente médico. En el primer caso, la composición masculina se mantiene estable entre un 28% para el personal no – residente, y de un 31% en el caso de los residentes; mientras que el colectivo

femenino traza una línea en ascensión que actualmente se sitúa en un 72% del total de no- residentes, y de un 69% de los residentes a noviembre del 2007. En cambio, dentro del colectivo médico, los profesionales hombres no- residentes se mantienen estables en un 50'9% del total a finales del 2007, mientras que la composición de mujeres se encuentra en aumento con un 49'1% el noviembre de 2007.

Tabla 21

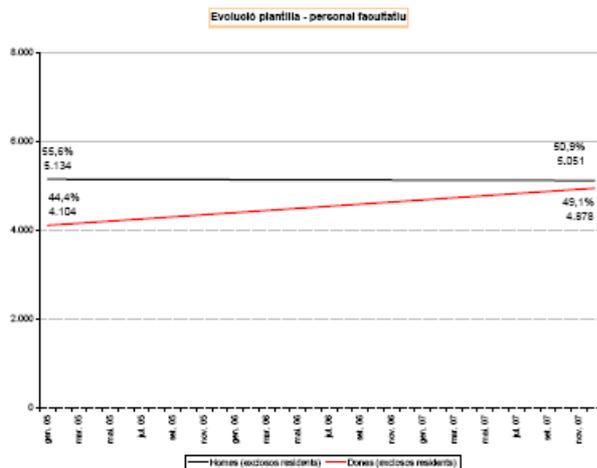


Fuente: Plan de ordenación de recursos humanos del ICS (2008-2010)

Cabe remarcar que en el informe no se incluyen datos desagregados por género de la situación de los facultativos según forma de ocupación ni por cargos, de manera que no se ofrece la posibilidad de encontrar posibles diferencias entre los índices de temporalidad de uno y otro género en la actividad profesional.

Si que se ofrecen, en cambio, los datos sobre composición por edad y género, tal y como se presenta en el Gráfico 2. Vemos que existen diferencias importantes entre de la pirámide de edad del conjunto del ICS y de grupos profesionales, sin los residentes ni los interinos por sustitución, y la pirámide de facultativos. En el conjunto del ICS la franja de edad más numerosa es la de 50- 55 años por los dos sexos, seguida por la de 45-50 años por las mujeres, y por la de 55-60 años por los hombres. En todas las cohortes generacionales, las mujeres son mayoritarias, sobretodo en el inicio de la carrera profesional, entre los 25 y los 35 años.

Gráfico 2 Plantilla del ICS por sexo y edad, excluidos residentes y interinos por sustitución (2007)



Fuente: Plan de ordenación de recursos humanos del ICS (2008-2010)

En cambio, entre los profesionales y las profesionales médicas, el inicio de la carrera profesional, por el periodo de residencia, es más tardío, a los 30 años por los dos sexos, en que las mujeres son mayoritarias (8'8% contra 3'5%), aunque esta proporción se invierte claramente en la cohorte de entre 50- 55 años, con un 10'3% de hombres y un 7'9% de mujeres, diferencia que se acentúa en las generaciones anteriores.

Por lo tanto, está claro que, aún y ser una población mayor que el resto de grupos profesionales, se trata de un envejecimiento sólo masculino, ya que las mujeres profesionales médicas son más jóvenes, menores de 50 años. Esta diferencia generacional tiene claras consecuencias en la escala de promoción laboral, y sobre todo, en la carrera profesional, basada en la antigüedad y los años trabajados.

No obstante, los datos que a continuación mostraremos del cuadro directivo del Caso 2 muestran unas desigualdades en la representación que superan las diferencias poblacionales por edad comentadas en el informe de Recursos Humanos. Estos datos del cuadro directivo, elaborados a partir de los listados de cargos funcionales de la página Web del Caso 2, no se incluyen en dicho informe. Éste sólo parte de los datos de edad, género y situación de jubilación globales para elaborar un Plan de Igualdad que está en proceso de elaboración, y que no incluye, por tanto, las desigualdades en la promoción laboral que se presenta en el apartado siguiente.

II. Datos sobre cargos con responsabilidad en el Caso 2

Centrándonos en el Caso 2, como hospital de 3r nivel, vemos en la siguiente tabla que existe una previsión de aumento del personal facultativo para alcanzar un incremento de 245 facultativos y especialistas el 2010, sobre un total el 2006 de 888 profesionales facultativos médicos.

Tabla 22 Previsión de plantilla de facultativos en el Caso 2 (2008-2010)

	2008	2009	2010	Total
Facultativos, especialistas	105	121	119	345
Contingente y zona	52	82	92	226
Médicos Servicio de urgencias	2	0	3	5
Total personal facultativo	159	203	214	576

Fuente: Memoria 2006

Estos representan, como vemos en la Tabla 23, sólo el 14% de la plantilla total del hospital, razón que explica una configuración de la carrera profesional basada en la antigüedad y la experiencia laboral por encima de otros criterios, tal y

como afirman los entrevistados y entrevistadas con perfiles profesionales de gestión. Finalmente, el hospital tiene como área de influencia la zona norte de la ciudad de Barcelona y el municipio de Montcada i Reixac.

Tabla 23 Plantilla según categoría profesional en el Caso 2 (2006)

	n	%
Personal directivo	77	
Personal facultativo	888	
Residentes	509	
Personal diplomado sanitario	1.945	
Personal auxiliar de enfermería	1.160	
Personal técnico y otros	237	
Personal administrativo	671	
Personal de hotelería	381	
Personal de mantenimiento	166	
Personal subalterno	403	
Total	6.437	100%

Fuente: Memoria 2006

Hecha esta breve situación contextual, pasaremos a comentar los datos desagregados por género de la dirección hospitalaria primero, de un caso específico como son los Laboratorios Clínicos centrales después, y finalmente, de los datos docentes que provienen del Observatorio por la Igualdad de la Universidad Autónoma de Barcelona.

III. Cargos y funciones por género en la dirección del hospital Caso 2

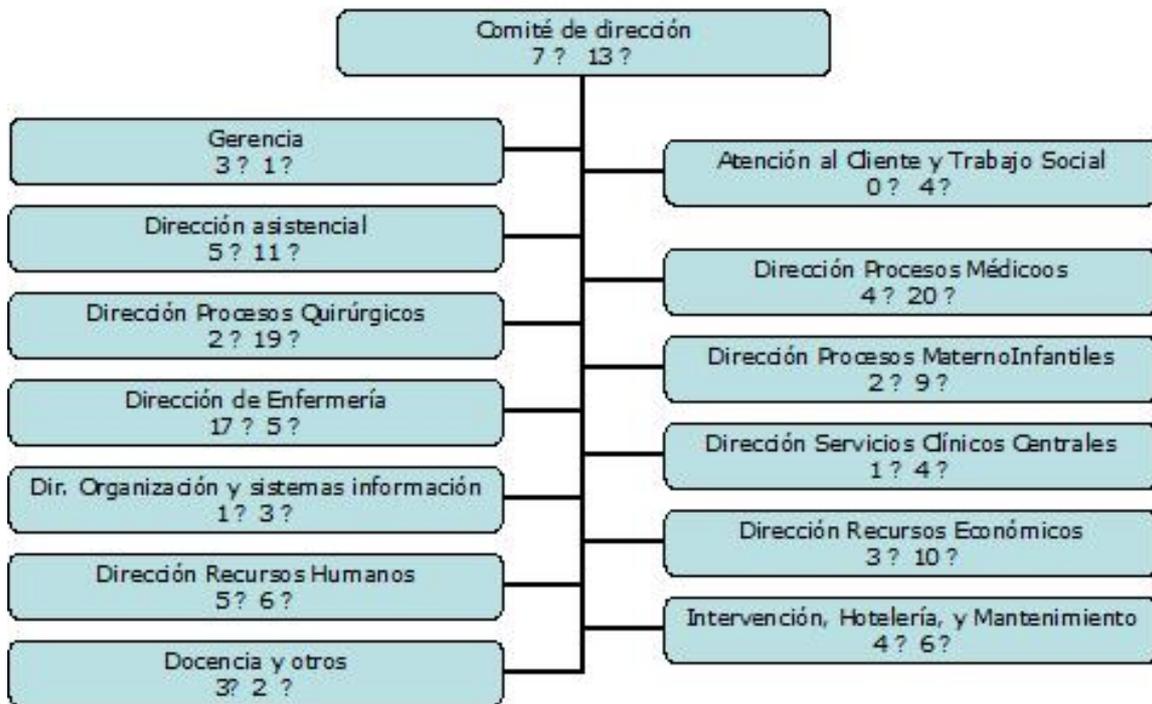
A partir de los datos obtenidos en la página Web del Caso 2 hemos elaborado el organigrama 1, donde vemos la composición por género de los distintos cargos de dirección y de los responsables de los colectivos médicos, de enfermería, y de gestión y servicios. En el anexo, tablas 6 y 7, se encuentran los datos detallados con los porcentajes sobre el total de la presencia de profesionales de género femenino, según el cargo y el colectivo al cual pertenecen.

De entrada, vemos como el género femenino es preponderante específicamente en dos áreas funcionales, dirección de enfermería (17 y 5), y docencia (3 y 2). La primera, con un 77% de cargos en manos de mujeres, responde probablemente como veíamos en el gráfico 1, a la proporción 70-30 a favor de forma tradicional y preponderante de la profesional de enfermería como mujer. En el área de docencia encontramos más a fondo en comentar, en el tercer apartado, los datos de la UAB. En tres de otras, gerencia (2 y 2), Dirección de Recursos Humanos (5 y 6), y Intervención, Hostelería y Mantenimiento (4 y 6), la composición por género es relativamente equilibrada, aunque en estas tres áreas los cargos de dirección más altos corresponden a hombres, y los adjuntos, ayudantes de dirección o secretarías, a profesionales mujeres (véanse las tablas 6 y 7 del anexo).

En el resto de áreas funcionales, el dominio es claramente del género masculino, con proporciones superiores inferiores al 25% de profesionales de género femenino en todas las áreas médicas (Dirección de Procesos Médicos, Quirúrgicos, Materno-infantiles y Servicios Clínicos Centrales), y en la Dirección de Recursos Económicos del área de gestión. Así, incluso en áreas con dominio de profesionales mujeres, como son las áreas de gestión y los Servicios Clínicos Centrales, existe un claro dominio masculino en la posesión de cargos de responsabilidad.

La realidad del área médica implica que sólo existan dos jefes de servicio mujeres, desigualdad crucial si entendemos, como se afirma desde la misma área de gestión y por parte de los/as jefes/as de servicio entrevistados, que el servicio es la unidad básica de gestión de recursos y de acción en el ámbito hospitalario. Tal y como afirman los mismos entrevistados y entrevistadas, si accediésemos, que no ha sido posible, a los datos de los/as jefes/as clínicos, veríamos que la presencia de mujeres es superior. No obstante, se trata de un cargo subordinado a la repartición de poder arbitraria de los/as jefes/as de servicio, de manera que las profesionales topan con un techo de cristal en pasar a acceder a la verdadera posición de autoridad en la escala de promoción laboral.

Organigrama 1 Dirección del Caso 2 por sexo y cargo (2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección del Caso 2

En lo que respecta a la plantilla de adjuntos y adjuntas, que tampoco no hemos podido recoger — y que corresponde al personal facultativo fijo que describíamos en el primer apartado del informe—, parece claro por las afirmaciones tanto de entrevistadas como de entrevistados, que es mayoritariamente masculina. Teniendo en cuenta el Gráfico 5, en que vemos la pirámide de edad según género de los facultativos del ICS, y sabiendo que los profesionales acceden a la plaza de adjunto entre los 30 y 40 años —5 años más tarde para las mujeres, como veíamos en el informe inicial del proyecto—, las diferencias poblacionales no explican esta desigualdad en la presencia de adjuntos en la plantilla del hospital. Las diferencias de edad tampoco explican el dominio masculino en los cargos directivos, a partir de los 55 años, donde se encuentran muchos de los jefes de servicio del hospital actuales, la proporción entre mujeres y hombres es efectivamente de 1 a 2, y correspondería en una distribución normal a un 25% de los cargos por el género femenino, porcentaje, como se ve en las tablas del anexo, muy alejado del porcentaje observado.

Organigrama 2 Dirección del Caso 2 por sexo y cargo (2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección del Caso 2

No obstante, si observamos la distribución de cargos tanto del organigrama 2, como del 3, donde se muestra específicamente la situación de los laboratorios clínicos, vemos que la feminización de la plantilla no se refleja en la distribución de cargos de responsabilidad. Tal y como vemos de forma detallada en la Tabla 8 del anexo, si bien el género femenino domina en las tres subáreas, la general, la técnica y la de calidad, se trata de un dominio que no supera el 3 a 2, es decir, que no reproduce la desigualdad de la dirección hospitalaria que veíamos más arriba. Convendría obtener los datos de la plantilla para concretar, pero ya suponemos que la escala laboral sigue sin reflejar la distribución normal de la plantilla en este servicio.

Organigrama 3 Dirección de los Laboratorios Clínicos en el Caso 2 por sexo (2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección del Caso 2

IV. Cargos y funciones por género del área de laboratorios clínicos

Gracias a los datos obtenidos en la Intranet a través de una entrevistada, ha sido posible elaborar el organigrama funcional según género de los Laboratorios Clínicos, que forma parte de los Servicios Clínicos centrales. Se trata de un área periférica a las cuatro áreas hospitalarias: Área General, Área de Traumatología y Rehabilitación, Área Materno-infantil, y Área de Cirugía sin Ingreso. Como vemos en el Organigrama 2, los servicios clínicos centrales incluyen el servicio de Microbiología, el de Anatomía Patológica, el de Farmacia, y los Laboratorios Clínicos. Se trata, todos ellos, de servicios tradicionalmente feminizados, con el trabajo conjunto de personal facultativo con enfermeras y técnicos/as de laboratorio, tal y como afirman los y las entrevistadas.

Organigrama 4 Dirección del Caso 2 por sexo y cargo (2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección del Caso 2

No obstante, si observamos la distribución de cargos tanto del organigrama 2, como del 3, donde se muestra específicamente la situación de los laboratorios clínicos, vemos que la feminización de la plantilla no se refleja en la distribución de cargos de responsabilidad. Tal y como vemos de forma detallada en la Tabla 8 del anexo, si bien el género femenino domina en las tres subáreas, la general, la técnica y la de calidad, se trata de un dominio que no supera el 3 a 2, es decir, que no reproduce la desigualdad de la dirección hospitalaria que veíamos más arriba. Convendría obtener los datos de la plantilla para concretar, pero ya suponemos que

la escala laboral sigue sin reflejar la distribución normal de la plantilla en este servicio.

Organigrama 5 Dirección de los Laboratorios Clínicos en el Caso 2 por sexo (2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección del Caso 2

V. Cargos y funciones por género de la Facultad de Medicina y de la Unidad Docente del Caso 2

Para cerrar este repaso de datos, hablaremos de la composición docente de la Facultad de Medicina, y de las Unidades Docentes del Caso 2 y del Caso 1. Tal y como afirma el anterior gerente del hospital del Caso 2, las unidades adscritas están vinculadas a una universidad pero no forman parte de esta, y por tanto no se rigen según los estatutos de la universidad: en efecto, sólo hay un hospital universitario con todas las letras. Por lo tanto, al hablar de la promoción laboral, la asunción de una plaza docente es una opción, y no una obligación, para el personal hospitalario, de ajunto fijo para arriba.

No obstante, los profesionales con cargos de responsabilidad piden esta vinculación, es decir, la obtención de una plaza a la universidad, con el fin de alargar su trayectoria laboral más allá de la jubilación y para aumentar su prestigio profesional con la figura de docente. De esta manera, un repaso de la composición por género de estas unidades docentes es un buen reflejo de la promoción laboral hospitalaria, dado que la gran mayoría, si no la totalidad, de cargos con responsabilidad (jefes de servicio, jefes clínicos) tienen una plaza docente.

Dado que sólo poseemos, como hemos visto en los organigramas 1, 2 y 3, y en las tablas del anexo, los datos desagregados por género de los/as jefes/as de servicio, el repaso del personal docente puede abrir puertas sobre la presencia de mujeres en otro cargo de responsabilidad, si bien secundario, el de jefe/a clínico.

Tabla 24 **Cuerpo docente de la Facultad de Medicina por categoría y sexo (curso 2006 – 2007)**

Categoría	Hombres	Mujeres	Total	% mujeres
Catedrático/a	9	6	15	40%
Titular	25	11	36	30,6%
Profesor/a emérito/a	1	0	1	0%
Profesor/a emérito/a Laboral	1	0	1	0%
Profesor/a asociado/a Laboral	28	21	49	42,9%
Asociado/a médico laboral	2	0	2	0%
Ayudante LUC	0	1	1	100%
Profesor/a Lector	2	0	2	0%
Profesor/a agregado/a Laboral	3	1	4	25%
Total	71	40	111	36%

Fuente: Oficina de Gestión de la Información y de la Documentación (Observatorio por la Igualdad, Universidad Autónoma de Barcelona)

Observando las tablas 24 y 25 referentes al PDI tanto de la Facultad de Medicina como de las Unidades Docentes, vemos como hay una clara desigualdad representativa de profesionales mujeres en ambas categorías con más volumen de profesorado, como titulares y como asociados. En la Unidad Docente del Caso 2, el porcentaje de mujeres es del 20'7% para los titulares, y del 30'9% para el laboral. Estos datos son superiores en la Facultad de Medicina, e inferiores en la Unidad Docente del Caso 1. Si miramos los totales, vemos que la proporción de mujeres es de un 36% del total de la Facultad de Medicina, un 26'6% del cuerpo docente del Caso 2 y de un 24'1% del profesorado del Caso 1.

Una excepción a estudiar, que probablemente responde al efecto de la edad en la población, es la situación de los catedráticos de universidad específicamente de la Facultad de Medicina, con un 40% de mujeres, mientras que en las Unidades Docentes nombradas, el porcentaje cae al 0% para el Caso 2 y al 7'7% para el Caso 1. Es probable que se trate del resultado de la estrategia por retardar la jubilación de unas cuantas facultativas de más edad, tal y como avanzábamos más arriba.

Tabla 25

Cuerpo docente de la Unidad Docente de los Casos 1 y 2 por categoría y sexo (curso 2006 – 2007)

UD	Categoría	Hombres	Mujeres	Total	% mujeres
UD Caso 2	Catedrático	15	0	15	0%
	Titular	23	6	29	20,7%
	Prof. Emérito/a Laboral	2	0	2	0%
	Prof. Asociado/a Laboral	1	0	1	0%
	Asociado/a Médico Laboral	105	47	152	31%
	Titular interino	6	2	8	25%
Total UD Caso 2		152	55	207	26,6%
UD Caso 1	Catedrático	12	1	13	7,7%
	Titular	26	5	31	16,1%
	Prof. Asociado/a Laboral	0	1	1	100%
	Asociado/a Médico Laboral	69	27	96	28,1%
Total UD Caso 1		107	34	141	24,1%

Fuente: Oficina de Gestión de la Información y de la Documentación (Observatorio por la Igualdad, Universidad Autónoma de Barcelona)

VI. Conclusiones

En definitiva, estamos lejos una distribución equitativa de los cargos docentes, el PDI parece acercarse a la distribución normal de las cohortes generacionales de más edad, de manera que se podría suponer que en una misma franja de edad, entre 50-65 años, las facultativas han llegado a los cargos de jefe clínico, tal y como sugieren las entrevistas, con el correspondiente cargo docente, como nos dicen los datos de la UAB. Por lo tanto, se confirma el techo de cristal que ha mantenido las mujeres de este colectivo en este cargo que se encuentra subordinado al cargo de máxima y efectiva responsabilidad, el jefe de servicio hospitalario.

Si el Plan de Igualdad, tal y como se afirma en el informe de Recursos Humanos que hemos comentado al principio de este informe, sólo parte de los datos por edad y género que se resumen en la proyección del Gráfico 3, no parece que se puedan resolver estas desigualdades en la trayectoria laboral de las profesionales. Como hemos visto hasta ahora, el techo de cristal que mantiene las mujeres profesionales apartadas de los cargos de jefe de servicio y de dirección en

gestión no sólo proviene de la distribución normal por edad de la población facultativa del Caso 2.

Es por esta razón que hay que tener en cuenta las conclusiones del análisis de las entrevistas realizadas a los y las profesionales médicos/as, en las cuales encontramos elementos discursivos sobre compatibilidad, diferencias de género y actitudes motivacionales que inciden en las dinámicas formales y informales de promoción laboral. Por ejemplo, tal y como se explicará en el análisis de las entrevistas a facultativos del Caso 2, para pensar un Plan de Igualdad no se pueden ignorar las diferencias entre perfiles profesionales, que en el estudio se han dividido en cuatro grupos: perfil alto tradicional, perfil alto limitado, perfil bajo, y perfil de gestión. Si bien existen problemáticas comunes, la diferencia de trayectoria profesional entre los representantes de estos cuatro grupos afecta también, como veremos en la segunda sección de este informe, a las dinámicas informales de promoción laboral. Por lo tanto, las entrevistas nos darán información sobre cuáles son los motivos de este techo de cristal que mantiene las mujeres en cargos de jefe clínico y apartadas de las posiciones jefe de servicio

7.2.2. Análisis estructural y según tabla de códigos de las entrevistas

En esta segunda parte del informe se entrará de pleno en las 20 entrevistas realizadas a personal facultativo y de gestión del Caso 2. Por un lado, se hará una descripción de la muestra escogida para realizar las entrevistas, siguiendo las variables estructurales definidas en el estudio previo. Por otro lado, se recogerán las citas más relevantes de las entrevistas transcritas, según la tabla de codificación recibida.

I. Descripción de la muestra entrevistada según las variables estructurales

Tal y como se afirma en la memoria anual del proyecto "Mujeres en la Sanidad", el colectivo médico se puede describir según cinco variables estructurales, que lo definen como a población objeto de estudio: sexo, edad, especialidad, tipo de contrato y cargos hospitalarios de gestión.

Tabla 26 **Identificación de entrevistas según orden de realización**

Nombre	Cargo	Fecha realización
Informante 1	Jefe sección hemodinámica cardiología	8 mayo, 8h
Informante 2	Adjunta microbiología	8 mayo, 15h
Informante 3	Adjunto medicina interna – hepáticos	8 mayo, 11h
Informante 4	Adjunto microbiología	8 mayo, 12h
Informante 5	Adjunto medicina preventiva	8 mayo, 13h
Informante 6	Adjunto otorrinolaringología	9 mayo, 11h
Informante 7	Adjunto, ex jefe de servicio cirugía plástica	9 mayo, 12h
Informante 8	Jefe de unidad en cardiología	13 mayo, 11h
Informante 9	Residente 3 urología	13 mayo, 13h 16 mayo, 15h
Informante 10	Jefe de unidad laboratorio materno-infantil, ex jefe de servicio	14 mayo, 12h
Informante 11	Adjunto enfermedades infecciosas	16 mayo, 15h
Informante 12	Emérita, ex jefe de unidad laboratorio infecciosas materno-infantil	19 de mayo, 15h
Informante 13	Adjunto angioradiología vascular	19 mayo, 7:30 h
Informante 14	Jefe de servicio enfermedades infecciosas	20 de mayo, 11h
Informante 15	Jefe de servicio pediatría	22 mayo, 12h
Informante 16	Jefe de servicio medicina legal y forense	22 mayo, 13h
Informante 17	Directora médico asistencial	29 mayo, 18h
Informante 18	Jefe de procesos médicos	2 junio, 11h
Informante 19	Ex gerente Caso 2 (2006), en el paro	14 julio, 18h
Informante 20	Privada desde feb 07, ex adjunta oftalmología	16 julio, 14h

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

En relación con la variable género, vemos que de las 20 personas entrevistadas, 12 son hombres y 8 son mujeres. Respecto a la edad, hemos dividido las entrevistas y los resultados del análisis correspondiente en tres grupos generacionales, por las diferencias en los procesos de inserción y de promoción tanto de entrevistados como de entrevistadas:

- Grupo 1: Médicos jóvenes, nacidos entre el 1969- 1980 (Informante 9, Informante 6, Informante 20)
- Grupo 2: Médicos adultos, nacidos entre el 1949- 1967 (Informante 2, Informante 19, Informante 18, Informante 3, Informante 7, Informante 13, Informante 11, Informante 17, Informante 8)
- Grupo 3: Médicos mayores, nacidos entre el 1929- 1948 (Informante 1, Informante 4, Informante 12, Informante 14, Informante 16, Informante 10)

Según la especialidad, tal y como vemos en la Tabla 3, y siguiendo el denominado informe, se han realizado entrevistas a 5 perfiles profesionales diferentes, variable que como ya se apunta en el análisis estadístico, incide claramente en el tipo de trayectoria profesional y de acceso a cargos de responsabilidad, de forma combinada con la variable sexo.

El perfil mayoritario corresponde a "Aparatos y órganos", con 8 miembros. Como veremos en el análisis, se trata de especialidades hospitalarias que mayoritariamente siguen una promoción interna, aunque también opten por la doble presencia en el sector público y en el privado, sobre todo en cardiología, oftalmología y otorrinolaringología. Los y las profesionales de estas tres últimas especialidades corresponderían entonces a un **perfil profesional alto tradicional**, con objetivos y posibilidades de promoción externa más que interna (mediante el ejercicio en el sector privado) y con nivel de vida y poder adquisitivo superior a la media de facultativos, además de un elevado grado de identificación con el trabajo. Los miembros de este subperfil, formado por 3 mujeres y 2 hombres, las primeras con una media de edad inferior a los segundos, ocupan los grados superiores de la escala de promoción.

En efecto, la Informante 9 se encuentra en periodo de residencia en una especialidad masculinizada, cuando dejó el Caso 2, mientras que la Informante 8 es jefa clínica en cardiología de este hospital y opta a ser jefa de servicio. Por otro lado, el Informante 6 se encuentra en reducción de jornada por tener hijos menores de 6 años y compagina su trabajo por las mañanas en el hospital con las tardes en una clínica privada.

Finalmente, el Informante 1 es jefe de la unidad de hemodinámica, una área clínica de elevado prestigio profesional por su tecnología punta que singulariza el hospital dentro del panorama español. En el mismo perfil del estudio encontramos aquellos facultativos de medicina interna, también con un **perfil profesional alto limitado**, que se corresponde con una vía de promoción interna, hospitalaria: los

tres ocupan el nivel 3 o 4 de la carrera profesional y forman parte de uno de los servicios más reconocidos del hospital. De los dos facultativos masculinos, uno es el jefe de servicio de medicina interna-infecciosas y el otro es un adjunto con actividad de investigación reconocida. No obstante, veremos que las oportunidades de profesión interna son más limitadas que la externa, y que este perfil profesional alto no se generaliza a la entrevistada, la Informante 11, adjunta del mismo servicio de infecciosas.

En relación al segundo perfil, que se corresponde con las cirugías, vemos que también pertenece al **perfil profesional alto tradicional**, con dos entrevistados de género masculino que mantienen, sea una doble actividad entre el sector público y el privado, sea una posición de adjunto en un servicio, el de cirugía vascular, de elevado prestigio profesional, como todas las cirugías. Los dos ocupan el nivel 4 de la carrera profesional, el máximo al que se puede aspirar, y muestran un elevado grado de identificación con su actividad hospitalaria.

En tercer lugar, en el perfil de medicina especial nos encontramos con tres subgrupos: (1) los facultativos de pediatría, que pertenecen al **perfil profesional alto limitado**, (2) los facultativos de medicina legal, que por sus características pertenecen a un **perfil profesional alto tradicional** y (3) los facultativos de medicina preventiva, que pertenecen a un **perfil profesional bajo**. En efecto, el Informante 15, como jefe de servicio de oncología infantil, se encuentra en el extremo superior de la promoción profesional interna, dentro del hospital, mientras que la Informante 12, ex jefe clínica y actual facultativa emérita, muestra una actividad investigadora y una identificación profesional que la sitúa con los miembros de medicina interna y infecciosas.

Con respecto a los otros dos entrevistados, el jefe de servicio de Medicina Legal, el Informante 16, ocupa una posición satélite en la institución, dado su carácter médico-legal, ligado a las funciones judiciales estatales y al sistema docente. No obstante, su grado de prestigio y de identificación profesional le sitúa con los cirujanos y con los facultativos de órganos específicos. Finalmente, el Informante 5, de medicina preventiva, ocupa una posición subordinada en la institución por reconocimiento limitado de su especialidad en el hospital y por la inexistencia de posibilidades de promoción fuera de esta.

En cuarto lugar, dentro del perfil de otros encontramos aquellos facultativos de los servicios clínicos centrales, dos mujeres y un hombre, que han optado por un **perfil profesional bajo**, con un horario regular y sin guardias, como en el caso de medicina preventiva, posibilidades limitadas de promoción, ya que forman parte de servicios complementarios y sin actividad en el sector privado.

Finalmente, tres facultativos, dos hombre si una mujer, han renunciado a la su actividad asistencial para formar parte de un **perfil profesional de gestión**, en cargos a gerencia o dirección.

Tabla 27 Informantes según perfil profesional, especialidad y sexo

Informante	Perfil profesional	Especialidad	sexo
Informante 9		Urología	♀
Informante 6	Aparatos y órganos	Otorrino	♂
Informante 20		Oftalmología	♀
Informante 3		Medicina interna	♂
Informante 11		Interna- infecciosas	♀
Informante 14		Interna-infecciosas	♂
Informante 8		Cardiología	♀
Informante 1		Cardiología	♂
Informante 7	Cirugías	Cirugía plástica	♂
Informante 13		Cirugía vascular	♂
Informante 16		Medicina legal	♂
Informante 5	Medicina especial	Preventiva	♂
Informante 15		Pediatría	♂
Informante 12		Pediatría	♀
Informante 4		Microbiología	♂
Informante 2	Otras	Microbiología	♀
Informante 10		Bioquímica	♀
Informante 18	Gestión sanitaria	Generalista - gestión sanitaria	♂
Informante 19		Cirugía general- gerencia	♂
Informante 17		Med. interna, de familia, preventiva- dirección	♀

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

Esta descripción de los entrevistados según su perfil profesional explicará en parte las diferencias en los resultados analíticos entre los facultativos, así como su trayectoria por la variable sexo. En efecto, si cruzamos las variables sexo, edad y perfiles profesionales según la clasificación que se ha realizado aquí, vemos que el **perfil profesional alto tradicional** se corresponde a las especialidades

tradicionalmente más masculinizadas (cirugías, urología, traumatología), y con las entrevistadas más jóvenes del colectivo femenino.

El **perfil profesional alto limitado** es el más numeroso y con repartimiento según sexo equitativo, con la presencia de generaciones de mujeres adultas y mayores, sobretudo en especialidades feminizadas como pediatría. Aquí encontramos la desigualdad entre una mayoría de cargos ocupados por hombres y una minoría femenina que sólo llega a jefes clínicos.

Finalmente, en el **perfil profesional bajo** encontramos especialidades claramente feminizadas, como medicina de familia, laboratorios o microbiología, y con el dominio de mujeres adultas mayores. De nuevo, la desigualdad surge en constatar como incluso en estas áreas con mayoría de profesionales mujeres, los cargos de jefe de servicio recaen en hombres.

El **perfil profesional de gestión** sería un caso a parte, al no pertenecer a la asistencia hospitalaria y obedecer a otras pautas de valoración profesional, aunque se acercaría al perfil profesional alto limitado. Por lo tanto, esta radiografía según variables estructurales guiará nuestras pautas de análisis, clasificando las citas de las entrevistas según estas tres variables (sexo, edad y los cuatro perfiles profesionales contruidos *ad hoc*). Veremos cómo los discursos según perfiles esconden esta desigualdad de género, las diferencias entre perfiles profesionales diluyen o disimulan las diferencias en las trayectorias profesionales de hombres y mujeres

Tabla 28 Informantes según cargo y sexo

Facultativos	Cargo	Sexo
Informante 9	Residencia	♀
Informante 6	Adjunto	♂
Informante 20	Adjunta	♀
Informante 3	Adjunto	♂
Informante 5	Sin cargos de gestión	♂
Informante 2	Adjunta	♀
Informante 11	Adjunta	♀
Informante 13	Adjunto	♂
Informante 4	Adjunto	♂
Informante 18	Con cargos de gestión	♂
Informante 7	Director procesos clínicos	♂
Informante 19	Adjunto, ex jefe de servicio	♂
	Ex gerente	♂

Informante 8	Jefe clínico	♀
Informante 15	Jefe de servicio	♂
Informante 17	Dirección	♀
Informante 14	Jefe de servicio	♂
Informante 1	Jefe de sección	♂
Informante 10	Jefe de servicio	♀
Informante 12	Facultativo emérito	♀
Informante 16	Jefe de servicio	♂

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

La variable "tipo de contrato" no se ha incluido en la selección, ya que todas las personas entrevistadas poseen contrato exclusivo a tiempo completo, a excepción de un joven profesional que se encuentra en reducción de jornada por hijos menores de 6 años, de una residente, y de una joven profesional que se encuentra en excedencia por maternidad y que trabaja en el sector privado. A la hora de seleccionar los entrevistados, la variable estructural "cargos" que correspondería a la posesión o no de cargos de gestión, se ha distribuido de forma homogénea en los distintos perfiles y según el sexo de la persona entrevistada. Si miramos, en la tabla 4, qué profesionales tienen cargos de responsabilidad, vemos que todos los perfiles están representados. Las mujeres aparecen sobrerrepresentadas respecto a las distribuciones estadísticas que se han presentado en la primera parte del informe, ya que se buscó específicamente profesionales con cargos hospitalarios, o que lo hubieran tenido, para comparar los relatos sobre su trayectoria profesional con el de sus colegas masculinos.

Tabla 29 Datos del cuestionario de identificación de informantes

	Edad	Situación familiar	Especialidad	Experiencia	Contrato	Cargo	Años en el cargo	Años en Caso 2
Inf. 9	28	Comparte piso	Urología	3	Residente	Residencia	3	3
Inf. 6	39	Casado con 3 hijos pequeños	Otorrino	16	Reducción jornada menores 6 años	Adjunto	9	9
Inf. 20	39	2 hijos pequeños	Oftalmología	16	Completa	Adjunta	5	7
Inf. 18	47	Casado, 4	Generalista	18	Alta	Director	2'5	2'5

		hijos	- gestión sanitaria		dirección	procesos clínicos		
Inf. 3	49	Casado con 2 hijos pequeños	Medicina interna	24	Completa exclusiva	Adjunto	18	24
Inf. 5	49	Casado con 2 hijos pequeños	Preventiva	25	Completa exclusiva	Adjunto	13	13
Inf. 2	49	Casada con 2 hijas pequeñas	Microbiología	24	Completa exclusiva	Adjunta	20	24
Inf. 11	50	Parella con 2 hijos pequeños	Interna, infecciosas	26	Completa exclusiva	Adjunta	10	25
Inf. 7	52	Casado con 3 hijos pequeños	Cirugía plástica	28	Completa exclusiva	Adjunto, ex jefe de servicio	1,5	28
Inf. 13	53	Casado con 2 hijos pequeños	Cirugía vascular	29	Completa exclusiva	Adjunto	29	29
Inf. 19	55	2 hijos	Cirugía general	31	Dirección	Ex gerente	6	6
Inf. 8	57	Viuda con 2 hijos mayores	Cardiología	33	Completa exclusiva	Jefe clínico	20	33
Inf. 15	57	Casado con 2 hijos mayores	Pediatría	34	Completa exclusiva	Jefe de servicio	6	34
Inf. 17	59	Casada con 2 hijos mayores	Med. interna, de familia, preventiva	34	Completa exclusiva	Dirección	4'5	4'5
Inf. 14	60	Casado con hijos mayores	Medicina interna-infecciosas	36	Completa exclusiva	Jefe de servicio	8	35
Inf. 4	63	Casado con 2 hijos mayores	Microbiología	40	Completa exclusiva	Adjunto	36	36
Inf. 1	65	Casado con 2 hijas mayores	Cardiología	40	completa exclusiva	Jefe de sección	30	30
Inf. 10	65	Casada con 2 hijos mayores	Bioquímica	41	Completa exclusiva	Jefe servicio	18	33
Inf. 12	66	Casada con hijos mayores	Pediatría	40	Completa exclusiva	Facultativo emérito	1	40
Inf. 16	70	Casado, 4 hijos mayores	Medicina legal	44	Catedrático	Jefe de servicio	21	23

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

II. Citas de las entrevistas realizadas a partir de las variables seleccionadas

A continuación se ha seleccionado, siguiendo la tabla de codificación realizada en la investigación, las citas más relevantes de las entrevistas realizadas. Estas se han agrupado por grupos de edad (jóvenes, adultos/as y mayores) y por sexo (mujeres/ hombres). De entrada se definirán las variables propuestas según los cuatro perfiles profesionales resultantes del análisis – perfil profesional alto tradicional (PAT), perfil profesional alto limitado (PAL), perfil profesional bajo (PB), y perfil profesional de gestión (PG) —. Se incluyen las citas seleccionadas con el nombre de la persona entrevistada y su perfil profesional (PAT, PAL, PB, PG). La lista de variables propuesta es:

a. Inserción

1. Factores de atracción del lugar de trabajo
2. Oportunidad / Planificación
3. Vía de acceso
4. Factores facilitadores de la inserción

b. Promoción

1. Grados posibles de promoción
2. Factores que inciden en la promoción
3. Peso de las especialidades
4. Peso de la gestión
5. Peso de la antigüedad
6. Especificidades del hospital de referencia
7. Experiencia propia de promoción
8. Dificultades propias para promocionar
9. Satisfacción con el nivel de transparencia
10. Satisfacción con las oportunidades existentes
11. Énfasis en el discurso del éxito / acontecer

c. Contabilidad

1. Interferencias carrera profesional y familia
2. Interferencias socialización género y carrera

4. Mujeres / Hombres

1. Diferencias en la forma de trabajar
2. Diferencias en la promoción
3. Aceptación de cargos femeninos
4. Redes de solidaridad intra-sexos
5. Formas de relación femeninas
6. Formas de relación masculinas

5. Discriminación

1. Situaciones de discriminación
2. Situaciones de acoso

a. Variable 1: Inserción

1. Factores de atracción del lugar de trabajo

El modelo médico profesional sigue un *ethos* que gira entorno a tres ejes: la actitud vocacional, el juramento hipocrático de no hacer daño al paciente, y el compromiso de dedicación absoluta, es decir, de identificación de la vida personal con el trabajo. A la hora de definir los factores de atracción del lugar de trabajo, el primer elemento de este *ethos*, la vocación, es un indicador importante de los profesionales entrevistados que pertenecen al perfil PAT, ya que es aquél en que la identificación del trabajo con la vida es más clara, y donde todavía la profesión asegura un prestigio y un poder adquisitivo importante.

Precisamente, el proceso de feminización es visto, a consecuencia de este elemento del *ethos*, de forma parecida por entrevistados del PAT y del PB, todos hombres. El primero, un hombre joven, considera que la falta de vocaciones masculinas -por una precarización de la profesión a nivel económico y de reconocimiento social - coincide con un aumento de mujeres en la profesión, sin explicar por qué estas sí que aceptan estas condiciones según él más precarias. El entrevistado del perfil PB, un hombre adulto, especifica que las mujeres siguen escogiendo por gusto y que no conocen estas condiciones negativas o no las tienen en cuenta. No obstante, el entrevistado PAT, al seguir el modelo tradicional, adopta la perspectiva exclusivamente masculina y no abre las puertas a una identificación femenina de este elemento vocacional, como sí acepta el entrevistado PB.

Mujer joven

(PAT) **Informante 9:** Supongo que lo de escoger medicina, mi padre es médico y de pequeña siempre he vivido el tema y tengo 2 hermanos más que también son médicos, supongo que siempre influencia, uno es traumatólogo y el otro es plástico, todo esto siempre lo he vivido, ahora a mi ya de siempre me gustaba la cirugía, esto de picar y cortar también es importante.

Mujer adulta

(PAT) **Informante 8:** y entonces escogí cardiología- ¿por *algún motivo en especial?* - porqué me gustó, cuando hice el rotatorio de cardiología me gustó. Entonces vi que la medicina interna era una cosa demasiado remarcable, que querían una cosa con más concreción y a mi me gustó la cardiología. (...) y docencia es una cosa que siempre me ha gustado y como aquí tenemos la suerte que pertenece a la Universidad Autónoma, pues de seguida me integré en el equipo docente y empecé a dar clases de cardiología y entonces cuando hubo el momento hacia el año 80 o 83 o 84 hice las oposiciones a profesor titular (...) - *Por qué investigación, haces?* -Sí. ¡Y esto me gusta! Esto, al cabo de los de los años, te pone en un nivel de seguridad en tu misma que las cosas se te hacen más fáciles - *¿A nivel publicaciones quieres decir?* -Sí, yo estoy bastante metida en la Sociedad Europea de Cardiología y entonces los médicos también tenemos estas vías de escape, sabes? Los médicos no sólo es el trabajo a lo mejor... a los residentes les digo "no os queméis con el trabajo sólo, porque es allá donde disfrutas es precisamente... esto lo tienes que tener, porque es lo básico, ¿no?, pero allí donde disfrutes y hagas el trabajo un poco más creativo y más ilusionador se encuentran tus pequeños caminos para hacer investigación y para tratar con otra gente (...)

Hombre joven:

(PAT) **Informante 6:** Si que se verdad que las mujeres tradicionalmente tiene mas notas que los hombres pero para que haya un 80% de mujeres, no. (...) La tendencia que hay ahora en la medicina se que se ha feminizado más, que creo que

se por un tema puramente económico, llega un momento que la gente dijo, esto no da para mantener a la familia, pues nos buscamos otra carrera u otra forma de ganarnos la vida. (...) La gente se ha dado cuenta que las carreras que están bien vistas pues son los economistas, que ganan dinero fácil, no la medicina. La sociedad va a esos caminos y la medicina se ha quedado como una cosa necesaria pero eso del cura, el farmacéutico y el notario, ha pasado a mejor vida, entonces bueno, ahora el tema de denuncias por mala praxis está muy potenciado, el tema de urgencias se ha convertido en una situación muy caótica, con agresiones hacia el personal con relativa frecuencia y lo que no estoy dispuesto se a que venga una persona, la cual yo voy a solucionarle un problema y que tenga que estar yo llamando a seguridad para...yo creo que por eso el 80% son mujeres.

Hombres adultos:

(PB) **Informante 5:** Antes sí, pero ahora el hombre se ha vuelto más práctico, a ver, me gusta la medicina, pero si tengo que tirarme 6 años de carrera, 4 años de especialidad, y hasta 10 años, no empezaré yo a cobrar un sueldo medianamente adecuado, que la especialidad tampoco es un sueldo medianamente adecuado, porque yo ahora hay gente que va a empezar a estudiar conmigo el bachillerato y está cobrando lo mismo que yo y no ha hecho ninguna carrera y ellos empezaron a cobrar y a trabajar más pronto, y a tener un horario adecuado más pronto y un sueldo adecuado más pronto, por lo tanto, la inversión de médico, no sé cuando llega pero después de las especialidades no lo ves, lo único que te queda es la satisfacción personal de hacer lo que te gusta y la satisfacción profesional de hacer lo que te está gustando pero no realmente porque saques rendimiento a la gran inversión que has hecho y ha hecho tu familia para que tu estudies, Ahora bien, si las mujeres son nuevas, no hacen este cálculo. Yo creo que no lo hacen, ahora tal y como está (...), y está claro que hay más chicas, 75 a 25, y yo creo que esto tiene una causa bastante clara, y es porque, a ver, las mujeres aún tienen la idea idealista de la medicina, hago lo que me gusta hacer pero no se plantean los problemas que tiene hacer medicina.

(PAT) **Informante 7:** De hecho algunos cirujanos plásticos, yo no porque mi consulta de cirugía plástica, la privada de cirugía estética no es potente, pero hay compañeros míos que, entre comillas, pierden dinero desde el punto de vista material viniendo a pasar las mañanas al hospital, que no siguiendo sus consultas

privadas, esos vienen pura y duramente por vocación. Porque, bueno, te gusta el ambiente del hospital, el trabajar en una consulta privada de cirugía estética también es muy duro, tienes que soportar a unas pacientes, también hay pacientes masculinos, pero suelen ser pacientes femeninas, que algunas son muy normales, pero algunas son muy especiales. Vives solo la especialidad, con tu ayudante muchas veces, todos tu problemas te los has de comer solo, mientras en un hospital, vives de la vida hospitalaria, del equipo, discutes, comentas, es más enriquecedora desde el punto de vista personal, aunque no desde un punto de vista material.

(PG) **Informante 19:** *¿Por qué escogiste cirugía general?* Bueno, mira... es un poco... no sabría exactamente... yo acabé la carrera y hacía prácticas por mi cuenta una clínica de aquí al lado... lo que quería era ver enfermos, a través de una amistad estuve allá... estuve en traumatología y allí iba cada martes... cuando acabé la carrera me di cuenta que medicina interna me aburría mucho y vi cirugía y cirugía allá al Mar, estaba muy mal. Entonces pedí si podía rotar por mi cuenta y me fui al Caso 3 a rotar, y entonces me gustó la cirugía. Soy más médico que quirúrgico, pero por otro lado soy más quirúrgico que médico, y era una especialidad, en aquél momento era una especialidad, una asignatura troncal... total, que me gustó.

2. Oportunidad / Planificación

Los y las profesionales del perfil PAT explican su trayectoria profesional por la suerte, la casualidad o el gusto. En el caso de los profesionales masculinos, sobretodo en los mayores, la narrativa es más lisa, mientras que en las profesionales se incluyen elementos de valoración personal. No obstante, los y las entrevistadas del perfil PB y PG recurren a la necesidad del momento profesional, como es la falta de plazas ofertadas, o los factores de inseguridad familiar, como ser viuda o depender de alguien con poca seguridad económica, por tal de explicar la elección en las trayectorias profesionales. Las mujeres con cargos en cualquiera de los perfiles dan a entender que ha llegado por encontrar seguridad económica de forma planificada, no necesariamente por ambición personal.

Mujeres jóvenes:

(PAT) **Informante 20:** En el 92 empecé el MIR, después hice la residencia de oftalmología. Fueron 6 años. Hice la carrera de medicina en la central. Hice las prácticas en el Hospital X. Oftalmología era una de las cosas que me había interesado más. Después estudié el MIR, pero al mismo tiempo estudié los exámenes americanos, lo estudié todo junto y de hecho el enfoque de los estudios americanos me ayudó bastante. Y después hice el MIR, primero. Después me presenté a los exámenes de allá. La cuestión es que una vez aprobado éste, porque supe que había aprobado este antes que el MIR, fui a ver si podía hacer oftalmología allá, pero era muy complicado porque allí a las médicas extranjeras les hacen hacer un primer un año de medicina general. Y después cuando supo que había aprobado el MIR con buena nota y tal, que sí que podía hacer oftalmología, pues dije "bueno, pues empiezo aquí en España y si la cosa no va bien, pues ya me iré para allá".

Mujeres adultas:

(PAT **Informante 8:** no lo sé, yo nunca he sentido en mi misma que el hecho de ser mujer me haya representado ningún tipo de problema. Yo puede que haya tenido mucha suerte, mi madre era universitaria, tiene 85 años, es excepcional, rarísimo. Me siento muy afortunada, extraordinariamente. Pero chico, esto va como va, mi madre era farmacéutica y yo en casa, y yo... escucha... no he sentido nunca ningún tipo de rechazo, a nivel de la universidad tampoco, y a nivel del trabajo he tenido la suerte de trabajar siempre con tipos muy inteligentes y los tipos inteligentes no plantean problemas, ¿entiendes? Por lo tanto, en este aspecto me siento muy y entiendo que no puede ser una experiencia extrapolable, pero puede que mi caso sea muy, muy concreto.

(PB) **Informante 2:** Fue una cosa repentina, de repente, sin ningún tipo de explicación. Y fueron unos años muy difíciles, porque las plazas que se ofrecían eran muy pocas. Tu escogías plazas del MIR y las opciones que teníamos eran muy pocas para poder escoger. Entonces de lo que yo tenía, lo que más me atraía era eso.

Mujeres mayores:

(PAL) **Informante 12:** Entonces justo hacía poco que se había inaugurado el hospital infantil y, aunque a mí me gustaba medicina interna, claro, era la posibilidad de tener un sitio. En el hospital infantil empezaban a coger residentes porque en aquel momento no había MIR, no había nada. Me hablaron de ello a través de un amigo que conocía. Total, que entré en el hospital infantil e hice pediatría.

(PG) **Informante 17:** Estuve durante un tiempo llevando todo lo que es la infección hospitalaria y después de eso, por diferentes motivos, la plaza la tenía (...). Pedí la plaza de atención primaria porque una era viuda y de tener a no tener una plaza fija pues... (...) con la sorpresa mía que al cabo de 2 días de llegar a la primaria me dijeron si quería montar para el fin de ese año el primer centro reformado de atención primaria de Cataluña... (...) es otro sitio *heavy*, allí me fui, dije "necesito un cambio", fui al Hospital Y y allí fui la Directora de Gestión asistencial (...) *¿Y esta vocación de gestión, de dónde proviene?* De ningún sitio, a ver, a mí me gustaba mucho hacer de médico, me lo pasaba muy bien y era una buena médico. Lo que pasa es que en la vida te salen cosas que no te esperas, entonces el hecho de tener que dedicarte a eso, a montar un equipo (...) Vas entrando en este campo, no te das cuenta, vas (...) pero tampoco he tenido la oportunidad de volver, quiero decir, que me ido encontrando una cosa dentro de otra y me he puesto en el mundo de la gestión y aquí estoy... haciendo un poco de médico. A veces no se escoge, no...

Hombre joven:

(PAT) **Informante 6:** Mira, en la clínica, por casualidades de la vida, había un otorrino trabajando que estaba jubilado pero que venía al hospital al quirófano. Cuando se jubiló de su actividad habitual, habló con el jefe de servicio y le preguntó si podía seguir yendo para mantenerse en contacto con los otorrinos y le dijeron que si. Esta persona estaba en la clínica de Barcelona trabajando como otorrino. Llega un momento que tiene una enfermedad de oído (...) y en el momento que se está tratando empieza a no poder atender la consulta clínica. Fue cuando me dijo a mí que había eso. Además, el dueño de la clínica conocía a mi padre por otra vía.

Entonces el médico me dijo si lo quería suplantar por lo menos hasta que él volviera, pero tiene la mala suerte de que no se recupera. Y desde entonces estoy aquí, en la consulta.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 15:** El periodo de residente, en aquella época, era de 3-4 años, y después por pasar a ser médico adjunto había un examen a nivel nacional, al igual que por entrar de residente, y por entrar de adjunto. Que casualmente, el examen fue el año del accidente aquél de las alfacas. Pasé el examen para pasar de adjunto a jefe clínico, y después otro para pasar a ser jefe de servicio. *¿Eran convocatorias abiertas?* Residente era nacional, la de adjunto era abierta, la de jefe clínico era abierta y la de jefe de servicio, también.

(PG) **Informante:** Yo siempre digo que me dedico a estas cosas por accidente. Yo era médico asistencial, en un determinado momento se necesitaba que alguien se encargara de organizar un ámbito, en el cual yo trabajaba. Y me lo encargaron sin ningún tipo de formación. Yo soy médico de personas, soy un funcionario de instituciones penitenciarias (...). Somos médicos de atención primaria, gané una oposición dentro de las cárceles. Antes había especialistas, pero ahora son todos médicos generales (...). También hay algunos especialistas, como psiquiatras, que son de la institución. En esta situación, me encargaron hacer trabajos de coordinación de una área (...) Empecé a formarme y después fui responsable dentro de un ámbito del centro penitenciario de Sevilla y me fui a Castellón, de jefe de servicios médicos a la prisión.

Hombre mayor:

(PB) **Informante 4:** Y entonces, por carambola, entré en contacto con un catedrático de virulogía/biología inglés. Por carambola, es que en un congreso multidisciplinario llegué el último al comedor y el único sitio que había para sentarse era a una mesa de ingleses y me puse allí. Eran unos tíos simpatiquísimos y el españolito... allí practicando. Les dije "me gustaría hacer virulogía/biología"... "ah, no te preocupes, en nuestro hospital hay un virólogo/biólogo buenísimo, ya le hablaremos de usted"... Qué casualidad, carambola. (...) Sí, director de una clínica

infantil. Incluso tuve la chiripa que su nieta tenía un cuadro febril, yo le diagnosticué como... y eso me abrió mucho, mucho la puerta, y infantil era cosa mía.

3. Vía de acceso

Las vías de acceso al hospital son claramente endogámicas. La gran mayoría de residentes se quedan, o al menos intentan quedarse, en el hospital donde han realizado la residencia: por lo tanto, la gran mayoría de entrevistados y entrevistadas estudiaron, hicieron prácticas y fueron residentes en Caso 2. El acceso varía según el grupo de edad y el perfil profesional: los entrevistados mayores, que eran pocos y bien avenidos, describen el paso como sencillo, por los pocos profesionales que había en la universidad en aquel momento. Los adultos y los jóvenes describen de forma más o menos conflictiva la obtención de una plaza, primero interina y después fija, según el grupo generacional y las ofertas del momento, así como por la capacidad de trabajo del profesional, en una clara línea meritocrática.

La voluntad expresa de los profesionales mantiene una cohesión entre los que han trabajado juntos de residentes. Se trata de un discurso compartido tanto por mujeres como por hombres, aunque las primeras, sobretodo en el grupo de adultas y jóvenes, ponen de relieve los conflictos y las desventajas de esta endogamia en una institución pública. Según los perfiles, los PAT y PAL ofrecen un discurso menos conflictivo, y los PB y PG muestran los problemas de la endogamia, como veremos en los indicadores siguientes.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** El examen MIR como tal no existía y lo que hicieron para obtener unas pruebas de acceso es la residencia, que era en el mismo hospital, se hacían unos exámenes orales, que el año 75 (...) Entonces, los residentes que había estaban muy motivados (...) y nos examinó un comité en el que había representación importante de residentes, después jefes de servicio. (...) Mi marido, que era muy aventurero, me dijo que pues (...) estábamos recién casados, yo tenía una criatura de un mes y mi marido se fue a Australia. Yo dije "yo no quiero", porque quería tener el título". Le dije "mira, chico, tu ves, me parece estupendo".

Además, a él le encantaba, eso. "Yo me quedo aquí en Vilaplana, con la pequeña". Acabo.

Hombre joven:

(PAT) **Informante 6:** ¿Cómo salió la oportunidad? Daba la casualidad de que a uno de los que estaban aquí le dio un infarto cerebral y pidió la baja permanente. Y entonces, eso ocurrió en Noviembre y yo acababa en Diciembre, y en Enero empecé a trabajar. *¿Y las nueve eran de aquí?* No, seis eran del Caso 2 y tres de fuera.

Hombres adultos:

(PAL) **Informante 15:** Muchos de los que hicieron la residencia aquí se quedaron aquí. O fueron a otros hospitales y después los recuperamos. Somos un servicio bastante compacto.

(PAL) **Informante 3:** El sistema es muy cerrado, pero mucho, eh. En todo el sistema español, universidad y hospital, aquí nadie se va, es difícil. Yo mismo, a mí no se me ocurriría marchar. ¿Dónde iría, yo? (...) Yo, para estar mejor, quisiera ir de jefe de servicio, pero a un hospital de nivel, ¿eh? Porque yo para ir de jefe de servicio a un hospital comarcal, no voy. Entonces, no podría hacer investigación, no podría hacer universidad (...) El sistema no te lo permite, para estar peor no me voy. Podría ir de jefe de servicio al Hospital X, vale, es moverme de aquí a aquí, pero poca cosa más. Uno siempre igual o mejor, con prestigio y tal (...) o irte al extranjero, pero ir al (*hospital de provincia española*), quiero decir... Pero a ver, a un país como EEUU no es así, la gente va de aquí para allá, o de allá donde sea, pero ¿qué incentivo tengo yo para ir al (*hospital de provincia española*)? Pero en EEUU es diferente.

(PG) **Informante 19:** *¿Y crees que hay diferencias entre especialidades, de un servicio a un otro?* No, básicamente las diferencias es que depende del número de pacientes que tienes en un hospital. Si la tu especialidad tiene pocos, te promocionas más rápido. Por ejemplo, las quirúrgicas tienen más facilidades de

promocionarse que las médicas, hay menos gente en general, de todas maneras tu piensa que si haces un estudio en general de Cataluña, lo ves un poco diferente del resto de España, muchos matices, aquí el mercado está muy fragmentado, hay una cierta competencia. Y en los hospitales comarcales hay diferencia con el resto de España porque son todos estatutarios y, por lo tanto, no. Este fenómeno sólo es de Cataluña, hay un poco más de competitividad, de alguna manera hay más movimiento, más movimiento de profesionales, que en el resto de España es más homogéneo.

Hombre mayor:

(PAT) **Informante 1:** Tuve mucha suerte, en esa época era muy fácil. (...) Cualquier residente, al menos, las primeras formaciones de residentes que pasaron por aquí, casi todos los que querían y funcionaban un poco se quedaban aquí.

4. Factores facilitadores de la inserción

Al hablar de los factores que facilitan la inserción, de nuevo tenemos que hablar del ethos médico: de la vocación y de la dedicación absoluta al trabajo. Con la excepción del perfil de gestión, que opta por explicaciones utilitarias, el resto de profesionales, indistintamente del género, explican cómo su afición y compromiso con el trabajo los ha llevado a ocupar su posición actual. Muchos de los entrevistados, especialmente hombres, mencionan un mentor, profesor o predecesor en el cargo que los va ayudó o guió, un "gigante" que los ha acompañado en la trayectoria. Sólo la mujer joven pone en evidencia el posible paternalismo de esta figura, que no es percibida como conflictiva por sus colegas masculinos. Hay que poner en relieve que el compromiso explicitado por las profesionales contrasta o choca con el discurso que veremos más adelante de sus colegas masculinos, que no consideran la motivación como un atributo del colectivo profesional femenino.

Mujeres jóvenes:

(PAT) **Informante 9:** No, lo que yo he notado en cirugía, tu puedes sentir la cirujana tal, la cirujana cual, pero sientes como si siempre están bajo una mano que las protege, siempre hay un cirujano mayor. Las mujeres sólo son jefe de sección.

(PAT) **Informante 20:** Mira, nosotros éramos 2 residentes ese año, y al servicio le hacía falta otra persona. Y entonces, bueno, era doctor y doctora, y me escogieron a mi o no con él porque, bueno, porque creo que durante los últimos 2 ó 3 años a lo mejor había mostrado más interés, me dedicaba mucho, había ayudado a hacer muchos trabajos, había pasado muchas horas y supongo que la implicación y la responsabilidad hace que decidan. Había ayudado en muchos trabajos de investigación. *¿Cuantos doctores hay en estos momentos en el servicio de oftalmología?* En ese momento ya éramos 15 ó así. *¿La mayoría hombres, o mujeres?* En ese momento la mayoría hombres. Yo no creo que por el hecho de ser hombre o mujer en ese momento me decidiesen a mi o al otro, porque el otro ya te digo que era un doctor. Yo creo que fue más el interés, la implicación o la dedicación, o las horas que tú te tirabas allá dentro, volcada a cualquier cosa en cualquier hora, el compromiso con el centro, con el jefe de servicio, y todo eso.

Mujer adulta:

(PAL) **Informante 11:** (...) y mostraba interés y un doctor me dijo: "escúchame, te gustaría venir al hospital al servicio de neumología y hacer más prácticas". Y dije que sí. Y entonces caí por aquí cuando estudiaba tercero de medicina. Y empecé a hacer guardias en el servicio de urgencias. *¿Eso como de prácticas?* Sí, sí, venía relacionándolo con mucha cosa porque... pues le ponía mucha afición (...). *¿Y entonces, cómo te lo hacías para llevar los enfermos del servicio de enfermedades infecciosas, como si dijéramos, del nuevo servicio y al mismo tiempo hacer guardias de urgencias?* Pues trabajaba mucho. Trabajaba mucho, pero bueno... Las cosas no eran fáciles en ese momento, y entonces, pues mira, trabajaba muchísimo.

Hombres adultos:

(PAL) **Informante 15:** Son gente dentro de este servicio, que siguen una filosofía de trabajo; hay gente que se caracteriza por intentar convergir con lo que son los aspectos científicos, o aspecto médico-científico, investigación, etc., con aspectos de tipo humano. Y la verdad es que la filosofía está, ya la habíamos aprendido de los maestros de nuestra época, que salen en esas fotografías, que son los que han formado a muchos de los que estamos aquí en este servicio.

(PAT) **Informante 7:** Después, en junio del 86, a raíz del atentado del Hipercor, aquí habían plazas vacías para cirugía plástica y quemados (en el atentado se quemaron unas 18 ó 20 personas) que estaban sin cubrir. Yo vine a ayudar y entonces a raíz de esto el jefe de servicio, que fue mi jefe de toda la vida, el Doctor (...) tenía una plaza que estaba vacía y me dijo si yo quería volver. Me interesó y vine.

Hombre mayor:

(PB) **Informante 20:** Bien, yo cuando hacía... la salida era como si dijeras "era de medicina, eh". Entonces me puse interno, con un médico que había en el Hospital X, que científicamente era un tío brillantísimo y como persona era un tío fantástico (...) Entonces, él me propuso que al año siguiente, como a él ya le habían nombrado catedrático para dar microbiología en la Autónoma, en la Facultad de Medicina, me propuso que si le quería acompañar como ayudante de clases prácticas. Y sí, sí. Y entonces, al mismo, tiempo, también pedí una beca de investigación y estuve 3 años con él (...). Entonces, aquí había uno que... había un jefe de servicios que subió más arriba y el jefe clínico subió a jefe de servicios, que este era una persona que era muy estudiosa y que tenía bastante idea, y es normal que hubiese subido.

b. Variable 2: Promoción

1. Grados posibles de promoción

Al describir los grados posibles de promoción, desde el perfil de gestión se deja clara la existencia de dos vías. La promoción hospitalaria sigue la escala adjunto/jefe clínico/jefe de servicio, que es descrita como limitada por la estructura funcional de la institución. Y la carrera profesional, que implica un plus económico y de vacaciones, de 4 niveles según antigüedad, experiencia investigadora, docente y sobretodo, según el compromiso empresarial con la institución. Este último punto es el que se identifica, por parte de miembros de todos los perfiles, con la capacidad de crear contactos informales. Estos contactos informales son los que se podrían regular por una ley de igualdad, pero desde el perfil de gestión no se apunta nada en este sentido.

Desde todos los perfiles la promoción real, se identifica con la promoción laboral, mientras que la carrera profesional es un consuelo de reconocimiento para la gran mayoría de facultativos que no pasaran de adjunto, de la plaza fija hospitalaria, por los límites de la institución. Además, aparece en el perfil de gestión y en el PAT una contraposición de intereses entre el colectivo médico y el resto de colectivos sanitarios.

Mujer mayor:

(PG) **Informante 17:** Primero, ¿qué entendemos por carrera profesional, no? Porque claro, carrera profesional hace muchos años, aquí y en todos sitios, a lo mejor ahora en muchos sitios se ha cambiado un poco, era eso de decir un médico, o una enfermera, toda la vida ha de seguir haciendo lo mismo, ¿no? Sólo unos cuantos llegaran a ser jefes de sección o jefes de unidad (...). La inmensa mayoría te diría que la carrera va ligada a estas chapas. Le llamo chapa a jefe de sección, que son cargos más que no otra cosa (...). Se va iniciar un modelo de desarrollo de carrera profesional (...). Independientemente de que hubiera jefes de servicio, estaba el especialista, el especialista sénior, el consultor, el consultor sénior (...), a medida que van pasando los años, haces más docencia, más investigación, publicas o te invitan a dar conferencias, tienes másters o tienes lo que sea. Digamos que te vas llenando la mochila, digámoslo así, de experiencia, y te hace crecer profesionalmente y eso va ligado a un pago, el que cada institución define (...). Eso

debería ser una cosa rigurosa, en el sentido de decir que los criterios que se utilicen para definir el nivel en el que tu estás (...) los méritos deberían estar muy vinculados al reconocimiento de una persona que has publicado, que has hecho trabajo de investigación y un currículum de desarrollo propio a la asunción de responsabilidades a dentro de la institución, que también sería otra forma (...). Por ejemplo, el jefe de una unidad funcional del sueño, que es una unidad multidisciplinar, que intervienen distintas especialidades, tiene que haber alguien que lidere eso (...). La tendencia es ir creando Unidades funcionales (...). La carrera profesional se va a definir en el marco de la mesa nacional del ICS, donde precisamente los médicos son los menos representados (...). De la representación sindical se preocupa más enfermería, porque es un colectivo más grande, celadores, o personal de oficio, o lo que sea, son los que tienen más, en el momento de las votaciones de los representantes sindicales, son los colectivos que votan más.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 13:** Estuve estudiando. Después estuve de residente. Después de adjunto hasta ahora. No tengo ninguna historia (risas) (...). *¿Y después, en la especialidad de cirugía vascular, cómo fue tu entrada?* Entré en el 80 como MIR, en el 85 acabé la especialidad, en el 86' entré como adjunto interino y me parece que fue en el 88 con plaza fija (...). *¿Y qué significa para ti la promoción laboral?* Pues que cobras más y te dan más prebendas. *¿Prebendas, en qué sentido?* Pues en lugar de tener que hacer cosas más mecánicas, hacer cosas más científicas. (...) *¿Y desde el punto de vista de la carrera profesional y en la promoción, cómo sería el reconocimiento académico o méritos científicos?* Todo eso es un cuento. Empezando porque los médicos cobran poco. Si la diferencia entre un auxiliar que no tiene ninguna responsabilidad y un médico es muy poca, si un médico residente haciendo guardias cobra más que yo, es absurdo.

(PAL) **Informante 14:** A ver, la estructura básica desde el punto de vista de la Seguridad Social es el servicio, todo lo demás son hostias, unidades, secciones, hablo de una estructura oficial y eso es fundamental a la hora de trabajar, a la hora de pedir cosas y además institucionalizar una estructura de trabajo.

(PAL) **Informante 3:** Antes la carrera profesional no existía, lo único que había era la promoción de nivel de jerarquía, jefe de servicio, jefe clínico, adjunto... *¿Y el criterio?* Bueno, el criterio, yo qué sé cuál es. Cuando el jefe de servicio se jubila buscan a otro, y... no sé. Ha ido cambiando, todo esto, porque claro, en el hospital mandan una serie de gestores y de gerentes y tal que están bastante alejados de lo que es la actividad médica. Entonces, este sistema de promoción no lo utilizan demasiado, o el mínimo posible. Entonces, han entrado otras figuras que son nombradas a dedo, para controlar todo el sistema. Han salido dos direcciones clínicas: los coordinadores y no sé qué. Esto es un berenjenal de mucho cuidado. Entonces, lo que es la promoción, lo que se considera carrera profesional, es puramente unos cuatro niveles diferentes que tienen una promoción económica, pero no tienen jefe, pero no representa nada de nada desde el punto de vista de que tu tengas más categoría o que puedas tener otras funciones, o no sé qué. Cada x años, si lo aplicas a la carrera, el 1, el 2, el 3 y el 4, y sí. Según los años de antigüedad, nivel 4 son 25 años, el sueldo base es el mismo. Lo que varia es el complemento, que es muy poco. No sé si son 3.000 euros al año. Pero eso no implica que tú seas, no sé, que subas de categoría. *¿Y desde el punto de vista del prestigio, cuál sería la promoción de la tu profesión o de la tu calidad como médico, como investigador; de dónde proviene?* De fuera, publicaciones, el prestigio te lo da el reconocimiento a nivel científico, aquí dentro del hospital no hay ningún sistema de reconocer el prestigio de la (...), nada.

(PB) **Informante 5:** Yo creo que la diferencia entre carreras no es sólo el tiempo trabajado, a nivel de estilo de vida y de calidad de vida, pues sí que hay diferencias, está claro, por ejemplo un oftalmólogo están muy buscados, pueden tener trabajo aquí y pueden tener trabajo fuera, complementan 2 sueldos y además 2 sueldos buenísimos, y continúan trabajando aquí, en un hospital de 3r nivel, porque da mucho prestigio. Pueden hacer más investigación que en una clínica privada y la promoción viene por los años trabajados, sobretudo en los hospitales públicos, y por el currículum que te haces a base de trabajo de investigación y tal (...). De cara a la práctica diaria poca cosa, porque yo desde siempre he hecho el mismo trabajo, la misma asistencia. Significa mejorar el sueldo, he pasado de residente a médico adjunto y sigo haciendo las mismas tareas. *¿La mejora profesional?* Pues significa que a final de mes cobras un poco más, pero poca cosa más. Ni tampoco significa trabajar menos y el horario es el mismo, continuo haciendo de 8 a 5 (...). Esta es la realidad nuestra, pero supongo que hay otras realidades médicas, depende de las especialidades. Mi percepción es que como que hacen más un trabajo en equipo, se pueden sustituir más fácilmente. Pero la

realidad al 100% no la sé. Aquí está claro que cumplimos todos y eso es injusto de cara al resto del colectivo, que cumplimos un horario. Es injusto porque se piensan que todos los médicos hacen lo mismo y no es verdad, pero a nivel de sueldo sí que es el mismo.

(PG) **Informante 18:** La promoción laboral, aquí hay, como en todos los hospitales del ICS, por relación laboral hay dos líneas que están claramente diferenciadas, una que es la vía ejecutiva: jefes de sección, jefe de servicio,... Esta tiene un funcionamiento que está relacionado con la convocatoria de plazas. El hospital convoca las plazas que tenga de jefe de sección, de jefe de servicio, y las personas que crean que tienen estas condiciones para presentarse a estas plazas, las hacen, y si las aprueban pueden obtener esta plaza, que puede ser interina o definitiva. (...) La otra manera de ser un profesional es sacando la carrera profesional. Es una normativa que estipula cómo los médicos, según sus funciones, el tiempo que lleve trabajando, su currículum profesional y el logro de los objetivos que se posen cada año, alcanzan unos niveles determinados de desarrollo que tienen que ver con niveles, que son cuatro. El primero es haber trabajado al menos tres años, que es poca cosa. Y el cuarto, necesitas 20 años de servicio, una serie de condiciones, un currículum (...)

2. Factores que inciden en la promoción

También derivándose del ethos médico de vocación, dedicación y cualidad de cura hacia el paciente, vemos como la perspectiva explicativa de la promoción laboral es individualista, ligada al esfuerzo personal, tanto por mujeres como por hombres. La ambición como elemento de la actividad profesional surge en todos los entrevistados y entrevistadas, independientemente del perfil profesional y de si poseen o no cargos de responsabilidad. Este voluntarismo provoca en las mujeres el rechazo de medidas paritarias, como puedan ser las cuotas en tribunales por género. Los entrevistados que no tienen o no han tenido nunca cargos con responsabilidad, de cualquier perfil, reciben esta perspectiva de promoción como innecesaria o poco convincente.

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** ¿Entre nosotros? No, porque es evidente, es una parte de tu vida, tienes que aprovechar al máximo, depende de lo que tú quieras invertir, es como una inversión de futuro (...) Hay requerimientos, pero depende de lo que quieras en la vida, de lo que quieras invertir, son requerimientos en la vida. *¿No, pero hay unas normas de cara al hospital, no?, que te dice...?* Ah! Sí, pero eso depende de las aspiraciones de cada uno, es muy personal, eso.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** *¿Y qué es lo que contaba más a través de las oposiciones, cuáles eran los factores a tener más en cuenta?* Pedían la tesis doctoral, te pedían también currículum de investigación y después lo que la Facultad consideraba para tus aptitudes docentes. Las universidades ya sabes que de todas formas es un terreno absolutamente horrible y endogámico. Y eso que yo estaba absolutamente a buenas con la gente de aquí. Pero yo era alumna de aquí, me conocían, me apreciaban, lo tenía bien y me dijeron: "preséntate". Luché. Y por eso te digo que lo tuve relativamente sencillo.

(PAL) **Informante 11:** La actividad de investigación dentro de la carrera profesional es una de las actividades que se cuenta y se contempla. Sí. Lo que pasa es que bueno, en cuanto a la promoción profesional que tú puedes tener, tú puedes acceder a niveles de carrera profesional a medida que van pasando años, tienes que cumplir unos requisitos, que es lo que has de presentar. Yo soy adjunto y lo más probable es que me jubile dentro de quince años siguiendo adjunto y alcanzando un nivel 4, lo que no hay es tantas jefaturas como para todo el mundo, ¿vale? O sea, que esto pienso que es independiente, aunque a nivel de trayectoria tú haces tu trayectoria, es igual si eres adjunto o si eres jefe clínico, porque la jefatura clínica, los jefes clínicos van vinculados a lo que sería la universidad, ¿no?

(PB) **Informante 2:** *¿La tesis, por qué la hiciste, porque era un mérito?* La tesis la puedes necesitar para dos cosas: para la carrera universitaria o para el mérito que supone por una promoción de una plaza a la que tú quieres optar. *¿Tú lo hiciste por el segundo motivo?* Sí. (...) *¿Tú crees que existe alguna diferencia para*

promocionarse entre mujeres y hombres? No, en absoluto (...) ¿Y me has dicho que no existe ninguna discriminación?. Estaba hablando con mis compañeras, que en cuanto tengamos que convocar cualquier tribunal para dar una plaza, no se cómo lo haremos, porque si tenemos que ser paritarias, no tenemos hombres. ¿Pero quieres decir que se hace esto de tener que ser paritarios en los tribunales? Por mérito tenemos que ser paritarios. Tendremos que traer gente de fuera, de Barcelona, de Lleida o Zaragoza, porque si no, no tenemos hombres para poner. Es así.

Mujeres mayores:

(PAL) **Informante 12:** Entonces busqué una especialidad dentro de pediatría que fuese nueva. Comenzaba a hablarse de inmunología y, sobretodo, de las enfermedades inmunológicas en pediatría. Lo que llamamos las inmunodeficiencias primarias (...). Bueno, sí, lo que pasa es que hay de todo, hay gente que lo ha tenido más fácil, hay gente que está soltera, hay de todo. Es exactamente como la sociedad, lo que pasa es que es una profesión que requiere que leamos mucho, pero claro, también depende, a lo mejor hay gente que con hacer bien la profesión y hacer el trabajo de diagnóstico ya tiene suficiente, y a mi me gustaba puede que hacer un poco más, me gustaba hacer la docencia y salir y presentar cosas en los congresos, me gustaba cuando los extranjeros me pedían colaboraciones, hacerlo. Y todo esto son horas extras, todo esto son horas extras (...) Esto depende, es también un poco la especialidad, y como es relativamente nueva, hay cosas nuevas que constantemente están saliendo. A mi me gusta. Y me gusta por la mañana leer. Yo no leo casi novela, porque no me da tiempo. Pero esto cada uno se lo escoge.

Hombre joven:

(PAT) **Informante 6:** *¿Y eso te da puntos para la promoción, te da currículum? Si no publicas y no sale el papel escrito, en principio no sirve para nada. Si haces una comunicación en un congreso sí que te da algo de puntuación, pero básicamente lo que interesa es publicar en revistas con factor impacto. ¿Y eso de momento no buscáis? Sí, sí que lo haces, pero no tenemos la necesidad tan importante, como otras personas que necesitan eso para promocionarse internamente. Aquí, para la promoción sí que necesitas lógicamente pues tener más puntos que el que se presente junto a ti. En general, lo que cuenta son las publicaciones con factor*

impacto, si no tienen el factor impacto cuentan pero mucho menos. (...) Básicamente publicaciones con factor impacto y con lo que también llaman ahora implicación con el entorno, con el medio. *¿Eso, "con lo que ahora llaman" qué significa?* Es un término así como si realmente estás implicado o no en el proyecto institucional del hospital en general.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 7:** Yo soy una persona que digo lo que pienso, que me da exactamente igual y no necesito el plus de bonificación en nómina ni el plus de prestigio para pagar el colegio de mis hijos, con lo cual encima de mi cabeza, mi sombrero. (...) *¿Entonces la promoción para ti qué significa? ¿La promoción en este momento de mi vida profesional?* No significa nada, yo he llegado arriba y ya está, punto final.

(PAT) **Informante 13:** Mucho prestigio, pero yo no gano ni un duro. A mi la gente me conoce mucho, tengo un buen coche, que tampoco lo necesito, y soy muy feliz, mientras pueda ir pagando la privada de mis hijos, ya tengo suficiente. Cuando ves otros que tienen buen prestigio y tienen más dinero... A veces la mujer me dice: "Escúchame...".

(PAL) **Informante 3:** *¿Y de cara a la promoción laboral, la antigüedad dices que es lo que contaba más? ¿Los años que pasas en el hospital, la experiencia?* A ver, esto del grupo de investigación es una cosa independiente del hospital, no te lo dan en el hospital. Esto no tiene nada que ver. Esto lo consigues tú solito, el hecho de que tú puedas conseguir una pequeña masa de gente que trabaja, que tengas maneras de pagarles el sueldo y tal, esto que es tan complicado, depende de las ayudas que tú consigues de becas, de grupos competitivos de la Generalitat. Otra persona está contratada por el hospital desde hace años y le hemos conseguido repescar otra persona. Es becaria del instituto de investigación del hospital. Para tener un grupo de investigación necesitas muchas cosas. Por un lado, estar a un servicio que tenga interés y que potencie este aspecto. Esto por un lado. Que tú, a nivel individual, hayas conseguido abrirte una parcela, dedicarte a una cosa, destacar un poco en algo. Y a partir de aquí empiezas a buscar financiación, buscar gente... A ver, en nuestro servicio los jefes y tal tiene que ser gente interesada en el tema, en el

sentido que en el servicio haya gente que haga investigación, grupos de ayuda. Evidentemente, solo es imposible. Interés por parte del hospital: que haya el Instituto de Investigación, porque tienes muchas facilidades, que tengas dinero para proyecto, etc.

(PAL) **Informante 15:** Más que el concepto de promocionarse, que parece que sea una cosa externa, es ir evolucionando, ir consiguiendo unos hitos determinados. A veces, el hecho de obtener cargos, probablemente, no está en relación con el poder, sino con la posibilidad de poner en marcha proyectos, de los que piensas que pueden ser buenos o necesarios; es tener la oportunidad de plasmar ideas, no únicamente mías, en absoluto, sino ideas de aquel servicio que quieres hacer. No siempre es así. La mayoría de gente que trabaja en el servicio es gente que ha compartido en un momento determinado la actividad profesional. A mí ya me parece bien. Son gente dentro de este servicio, que siguiendo una filosofía de trabajo, hay gente que se caracteriza por intentar converger los aspectos científicos o aspectos médico-científicos, investigación, etc., con aspectos de tipo humano.

(PB) **Informante 5:** Desde el 95 hasta hace 3 años, que me dieron la plaza fija, me dieron no, tuve que hacer una oposición, que quería decir presentar tu currículum y si se presenta uno que tiene mejor currículum que yo, más años trabajados que yo, o le cae mejor al jefe, o le cae mejor al gerente, o a alguien del tribunal, pues te quedas sin plaza y te quedas en la calle. *¿Y qué hace currículum?* Los años trabajados, los cursos, las publicaciones hechas, los doctorados, los postgrados. *¿Y esto no cambia según la especialidad?* Generalmente no, esto es el currículum que tiene el INSS o el Departament de Salut, y es el que sirve para todas las plazas públicas de todos los hospitales públicos.

(PG) **Informante 18:** *¿Esto quien lo da? ¿Quien es el comité o la comisión?* Es una cuestión que está establecida normativamente. Se fija a través de personal del hospital. Sí, porque a nivel de gasto, el nivel 3 o el 4 de carrera profesional, pues esta persona tiene esta intención, la mantiene sobre unas condiciones, que pienso que son muy específicas para que se devuelvan (...) *¿Cuáles son los factores que más influyen a la hora de la vía ejecutiva?* El nivel de liderazgo que tiene esta persona, debe tener un mínimo de años trabajados, un currículum que sea apropiado para el cargo.

(PG) **Informante 19:** La carrera profesional que ahora se ha hecho (...) es una promoción muy sindicalizada (...) pienso que se ha puesto mucho énfasis en el tema de la investigación, se ha mimetizado porque los que mandan son los profesionales de la universidad y intentar aplicar esto (...) incluso en la trayectoria profesional, ahora por ejemplo estaba hablando con una persona que se ha ido y que dice "Yo llevo 16 años en un hospital. Lo único que haces es ver enfermos". Es una persona súper correcta, ahora tiene 42 años. Pero el nivel 2 no me lo dan porque no tengo publicaciones a no sé qué revista inglesa. Claro, trabajando en un hospital comarcal. Es una muy buena profesional y además ha arrancado muchas cosas en medicina interna y hace 16 años, y aún está en el nivel 1. Y claro, esta chica (...) dice "A mí me han tomado el pelo" (...) Como gestor he tenido muchos problemas porque yo siempre he querido poner que la promoción de nivel fuese el 80% del currículum asistencial. Y los médicos de los hospitales universitarios: no, no, publicaciones. (...) *¿Y cuál sería la manera de...?* Hombre, la actividad. Hay actividades más que otras que... puede valorar tu incorporación a la institución no sólo porque durante la actividad determinada...hay una actividad que es tu aportación individual y otras cosas que son la aportación colectiva que hace todo el servicio (...) La que tú puedes hacer en el hospital, en ciertos cargos, no cargos de gestión, cargos profesionales, comisiones, dedicaciones, etc. Los docentes, la docencia, piensan que en los hospitales universitarios sólo un 10 ó 15% de los médicos pueden, en Caso 2. Eran 1.000, es un 10%.

Hombre mayor:

(PB) **Informante 4:** *¿Y cuál es el factor que incide más a la hora de hacer carrera personal, como si dijéramos, dentro del hospital, eh?* La ambición personal juega un papel. Por ejemplo, lo que hay era el jefe de servicios del Caso 1, y entonces, como jefe de servicios de allá, tenía muchas posibilidades de venir aquí. Y otro es el jefe de servicios que está en Hospital Z, que podría haber venido aquí. Pero los médicos de aquí del hospital lo conocen y se negaron rotundamente, por cosas políticas. (...) Se promociona normalmente el que tiene más ambición. A veces parece que... (...) No mires el que trabaja más, porque aquí hemos trabajado como burros. Y el que está trabajando no tiene tiempo de pensar con tus ambiciones, estás pensando sólo que hoy tienes mucho trabajo.

3. Peso de la especialidades

En este punto vemos cómo los perfiles profesionales inciden en las trayectorias profesionales y en las expectativas de promoción. Los entrevistados del PAT entienden la promoción laboral de forma externa, mediante el reconocimiento profesional y de investigación, y la actividad en el sector privado, mientras que las PAL muestran más dependencia de los cargos de jefe de servicio de promoción interna hospitalaria. Los entrevistados PAL con cargos se enorgullecen de la actividad asistencial del su servicio y el consideren un núcleo de exportación de profesionales a otros centros del país. Los PB son conscientes de la feminización de sus servicios y de su posición subordinada, que se asocia también a la presencia de profesionales hombres extranjeros. Dado lo que decíamos al principio sobre la composición por género de las especialidades, parece claro que existe una desigualdad de género en la promoción laboral precisamente a través de esta distribución entre perfiles diferentes.

Mujeres jóvenes:

(PAT) **Informante 20:** Hace 9 años, además de estar como adjunto en Caso 2, empecé a trabajar en una privada (...) y compaginaba el trabajo en la pública y en la privada. Esto (...) lo hace casi todo el mundo, incluso residentes que aunque no esté permitido se hace. Y después un poco de sensación que pueda quemar mucho, la cantidad de trabajo que tienes que hacer en pocas horas, casi no tienes ni tiempo de pensar en lo que haces, te pierdes muchos casos interesantes porque no tienes tiempo de dedicarte a ellos, que había unos factores que me gustaban mucho que eran la docencia, la posibilidad de hacer trabajos de investigación y la posibilidad de integrarte con otros servicios. También interesa tener relación con medicina interna, relación con neuro, relación con... y con todo esto, me ofrecieron coger otra privada que es esta, con gente que ya conocía y que estaba muy a gusto, estaba un poco cansada de un servicio muy mayor, mucha gente, malos rollos internos (...) y aproveché que podía coger una baja maternal, aprovechar para marchar y de mientras decidir si quería volver o no. Y decidí que no. Ahora aún estoy en excedencia maternal. Hice una reducción horaria cuando tuve el primer hijo, pero cuando tuve el segundo continué igual. Y después ya tuve la posibilidad y decidí coger la excedencia maternal por tres años y decidiré si sigo allá o aquí. Me quedo aquí haciendo la privada, pero la otra privada la he dejado y he

vuelto a la pública, pero no a Caso 2 sino en el Hospital X. Allí estoy con los residentes. Hago de tutora de los residentes y trabajo (...) aquí (...) y allá.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** *¿Y desde el punto de vista del servicio, crees que hay una relación entre el servicio y la promoción? O sea, que un determinado servicio favorezca la promoción dentro del hospital. ¡Sí! Hombre, a ver, hay servicios que tienen más prestigio que de otros, de eso no hay duda. Y entonces, no hay duda de que un servicio ejerce un área de influencia. Por ejemplo, todos los residentes que desde hace muchos años salen de cardiología de Caso 2, en estos momentos todos están ocupando cargos de responsabilidad en hospitales más pequeños y hospitales comarcales. Entonces, no hay duda de que cuando ellos necesiten un cardiólogo preferirán uno que sepan que ha tenido una buena formación, o sea, yo pienso que sí, que de alguna manera influye.*

(PB) **Informante 2:** No, en el laboratorio casi todas somos mujeres. El tipo de profesional que lleva el laboratorio atraviesa un aumento en estado de hombres. Ahora bien, últimamente, está cambiando, porque mucha gente que opta a hacer las especializaciones de medicina no son españoles sino extranjeros. Curiosamente, ahora nos están llegando residentes que son casi todos hombres. Vienen desde América, pero es una convención muy reciente. *¿Y esto, por qué crees que es así?* Yo creo que vienen despistados (risa), porque los que somos españoles, tampoco sé muy bien por qué, porque tradicionalmente en el laboratorio hay mayoría de mujeres, desde siempre.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 7:** Trabajo en el Hospital N y en la privada, que esta es otra característica que es distinta de los cirujanos plásticos a otros médicos hospitalarios, los médicos hospitalarios solo viven del hospital. (...) *Que son más dependientes...* Del hospital. De hecho, la huelga, los que más la hicieron fueron los médicos más comprometidos con el hospital, que era donde les iba el dinero (...) Mientras que en cirugía plástica es cirugía estética. Aquí es plástica exclusivamente, reconstrucciones, quemaduras, tumores. Pero hay una parte de cirugía plástica que

es cirugía estética (...) Y eso nosotros lo trabajamos en la privada (...). No necesitamos depender de que los políticos nos pongan la zanahoria delante y nos pretendan ilusionar, pues, con carreras profesionales. Y cirugía plástica es una especialidad independiente dentro de lo que es el ICS (...) Los residentes que acaban la carrera no quieren trabajar en hospitales, se quieren ir a la privada, que se gana mejor la vida. *O sea que esta claro que hay una relación entre la especialidad y la promoción...* Más que de la promoción, de la promoción malentendida. O sea, hay una relación de la especialidad y que el hospital y la empresa te tenga totalmente atrapado, pues si puedes vivir sólo del hospital, pues si los gestores te hacen bailar, tienes que bailar al son que te dicen ellos. Qué tontería: ¿y esto qué supone? ¿500 euros al mes? Mira, yo 500 euros al mes, vamos... [risas].

(PAL) **Informante 15:** Dentro del hospital son habas contadas, un servicio determinado que tiene un jefe de servicio, tiene dos o tres jefes clínicos, unos adjuntos determinados. Lo que es verdad es que hay para según qué tipo de servicio, probablemente por parámetros que se dieron, o formas de trabajar, que han ido promocionando a gente que se ha formado en aquél servicio en otros lugares del país. En principio, sí que cuenta la filosofía de trabajo.

(PAL) **Informante 3:** Puede ser, iuf! Es que esto puede estar muy mezclado. Si tú estás, por ejemplo, en una especialidad de estas que está ahora en una situación de *boom*, como es ahora la oncología, en la cual hay mucha demanda asistencial (...) hay mucha sensibilidad social, hay muchos organismos que apoyan esta especialidad, hay mucha industria detrás interesada en medicamentos, y está el volumen de interés y de gente que se mueve, que hace que dentro de ésta sea mucho más fácil progresar (...) En este hospital, el servicio de oncología ha tenido un crecimiento espectacular, entonces, tiene de todo, tiene lo que no tienen los demás. Esto es importantísimo, sobretudo el nivel de fuera que viene de la industria. La industria tiene una cantidad de dinero para poner. El dinero lo da todo, entonces sí que hay facilidades. Nosotros, en epatología, no tenemos tanto (...) Las dos especialidades más potentes, o las tres más potentes, son oncología, cardiovascular y neurología.

4. Peso de la gestión

La gestión caracteriza aquellos que ocupan cargos de responsabilidad: además, desde entrevistados y entrevistadas con cargos, pone en evidencia cómo este trabajo de gestión también es previo a la adquisición del cargo, es decir, que el compromiso empresarial implica relaciones personales informales.

Mujer mayor:

(PB) **Informante 10:** No hay. Hay otras circunstancias. A ver, las instituciones que vienen del estado es evidente que hay un concurso, pero tu has hecho méritos antes en función de... *¿pero cuáles crees que son los factores que actúan más directamente?* Yo creo que no es estrictamente el conocimiento de la materia sino la capacidad de relacionarse y de organizarse y de tener la pillería de saber con quién tienes que quedar bien y con quién no.

Hombres adultos:

(PAL) **Informante 3:** Un jefe de servicio es el que manda dentro del servicio y la organización. Es el que dirige, un cargo de gestión, que todo el día está rellenando papeles, pero mucho, ¡eh?!, cada vez más. Y además, nosotros tenemos un complemento de productividad variable, lo que dicen direcciones por objetivos, que tenemos un dinero que nos pagan al año siguiente si hemos cumplido unos objetivos. Estos objetivos se tienen que pactar con la dirección (...) Cada vez más, son impuestos por la dirección. Hacer cosas, hacer cosas que la dirección tienen impuestas del INSS, que en el INSS tienen una gente pensando "a ver qué haremos este año" (...) Entonces, un jefe de servicio se encarga de estas cosas de pactar esto, de pelearse con la dirección, bueno, es una trabajo de espanto, bastante pesado. No estoy muy seguro de que el trabajo de jefe de servicio sea una cosa muy estimulante. Hombre, es evidente que si eres el jefe de servicio, tú eres el jefe, representa que tendrías que estar allá porque tienes un cierto prestigio entre los demás, yo que sé, de cara a fuera pues sí, eres el jefe de servicio del Caso 2, que tiene un nombre, pero en la práctica... poca cosa.

(PAT) **Informante 7:** *¿Y cuando decías "méritos", qué es lo que más se valora dentro del currículum para promocionarte? (…)* A mi me valoraron sólo el último y me negaron la promoción en la carrera profesional que me correspondía, porque además yo había dado unas pruebas en los años anteriores de defensa de los intereses del hospital (….) en foros nacionales e internacionales (….) En congresos donde a mi me nombraban y me llamaban como personal de servicio de ese hospital o como jefe clínico de la unidad de quemados, con lo cual yo dejaba mi familia y mi trabajo e iba a esas reuniones, me gustaran o no era lo primero que tenía que hacer en ese momento, en nombre del hospital y berrinchando por el hospital. (….) Se valoró solamente el último año, por lo tanto, ¿qué es lo que se valora? Ser un lame culos de la dirección. Pero después está el cuestionario CIT (…), un cuestionario de la carrera profesional de los médicos del ICS (….) Lo que más meritos te da y lo que hace que te suspendan o no en la carrera profesional es el famoso cuestionario CIT. En este cuestionario hay tres partes: la relación del médico con la organización, la relación del médico con el paciente y la relación del médico con sus compañeros de equipo. Lo que más puntúa y lo que más penaliza es la relación del médico con la organización. *¿Y quién responde, el médico?* No, el jefe de servicio. Es un cuestionario de evaluación donde hay tres apartados (…).

(PG) **Informante 18:** Los médicos, habitualmente, tienen un perfil asistencial, un perfil investigador y un perfil docente. Unos hacen más asistencia, otros hacen más investigación. Y otros, más docencia. Después, están los jefes de servicio y de sección, que tienen la parte de gestión que les corresponde por su cargo. Los médicos hacen gestión, habitualmente, sin demasiada formación a nivel de gestión. No es mi caso, que me dedico a esta cuestión, es decir, que siendo jefe de servicio o jefe de sección, su formación en gestión.

5. Peso de la antigüedad

Aquí nos encontramos con dos acepciones del término antigüedad: de una parte, la edad de los facultativos es el argumento más frecuente, tanto por parte de mujeres como de hombres, por explicar la falta de mujeres en cargos de responsabilidad, así como por excusar actitudes machistas de la generación mayor. Por otro lado, la antigüedad es uno de los criterios aceptados para justificar el avance en la carrera profesional, que implica mejoras de sueldo y condiciones horarias, como no hacer guardias. Se trata de una postura que no varía ni según el

perfil ni por género, y que deja la puerta abierta a cierta ambigüedad o flexibilidad informal a la hora de aplicar los criterios de selección, como vemos en los entrevistados mayores.

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** Aún perduran actitudes machistas, aunque ahora ya está cambiando, pero... aún los que están arriba de todo, no todos, pero la gran mayoría (...).

Mujeres adultas:

(PB) **Informante 2:** *¿No os parece sorprendente que el jefe de servicio sea un hombre, cuando la mayoría son mujeres?* No, porque el jefe de servicio es catedrático, de cuando él tenía 30 años, en aquella época, eran 4 y eran los hombres que nos han ido quedando. Después han venido todas mujeres, que no se van por fuerza.

(PAL) **Informante 11:** La sacó el INSS. El INSS se vio obligado, bueno, esta plaza eventual entre el 91-92 y el 2001, creo que fue el año 95, se reconvirtió a una plaza de interinidad, ¿vale? Y en el año 2001 es cuando salió a concurso, ¿vale? (...) Salían 5 plazas y éramos 8 personas, de las cuales, muchas estaban en la misma situación que yo (...) Yo era más vieja por antigüedad (...) No estábamos con igualdad de condiciones con gente que desde el año 88 tenía una plaza estatutaria (...) A muchas cosas no podíamos acceder porque no llevábamos los años que se pedían, no nos daban puntos (...) a pesar de que yo llevaba ya pues 11- 18 años (...) Hasta que va hubo la huelga para los médicos (...) y que conseguimos que a todos los eventuales se nos contara todo este tiempo (...) pude acceder directamente a nivel profesional, de carrera profesional AU3 cuando no podía ni al 2 (...) presenté todo el papeleo (...) *¿Cuanta gente más se encontraba en esta situación?* Muchísima gente (...) No lo sé, pero como yo igual había, pues yo que sé, un 30% más de personas que aumentamos, o más, un 50% de personas que han aumentado la carrera profesional porque estábamos con las mismas condiciones (...) éramos gente que pasábamos los 40 años, cuando salieron las

plazas en el año 2000 que nos examinamos en el año 2001, hacía más de 10 años que no se habían convocado plazas (...).

Mujeres mayores:

(PG) **Informante 17:** No son más la antigüedad que también podría ser, tu podrías decir, hombre, hay algunos hospitales de la XHUP, que para llegar al primer nivel requieren unos años, como mínimo tiene que haber pasado 5 ó 7 años, no? (...) los que van negociar la carrera profesional, van negociar unos contenidos que son muy de... digamos de profesionales no médicos, porque los que estaban en la tabla negociadora no eran médicos. Entonces, hay algunas incongruencias, pero el que yo le veo de puntos débiles a la carrera esta o incluso en algunas otras, la necesidad imperiosa de que sean unos años determinados, no? O sea, que yo creo que puede haber gente que no pueda llegar al nivel 4, que me pienso que son 24 años! o una cosa así, y tener un nivel excepcional de desarrollo de su carrera por lo que sea, porque se haya dedicado, porque ha hecho una tesis, porque es un fuera de serie... podríamos hacer una lista muy larga, la verdad es un punto que limita la... los años de permanencia en una institución, es un punto limitado.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 7:** Sí. El número de residentes es mayor, hay más chicas que chicos. A nivel de universidad pasa exactamente igual *¿Y a nivel de adjuntos?* No. Todavía hay más adjuntos que adjuntas, claro, hasta que no se van jubilando. *¿Y en este servicio?* No. Todavía hay más adjuntos que adjuntas, eso por supuesto.

(PAL) **Informante 15:** *¿Y cuáles son los factores que juegan más a la hora de poder ser promocionado?* En nuestro caso (...) uno es tener un cierto prestigio médico desde el punto de vista reconocido, después vale la capacidad docente o de investigar, de generar proyectos de investigación y de servicio, de crear el caldo de cultivo que permita poner en marcha todas estas cosas, y después otras son las relaciones humanas con todo el servicio, pero no solamente en el caso de médicos, sino también enfermeras, celadores, auxiliares, limpieza, etc., etc. Pero lo que yo valoro más, aparte de la trayectoria de esta persona, a ver, yo pienso que hay un problema de *¿por qué tenemos que aprender todos a la vez?* Esto no es el servicio

militar, donde las cosas caen por la edad. La edad sí que da una cierta experiencia, pero la promoción no tiene que depender de la edad (...) *¿Y esto cómo se demuestra, con un currículum?* Yo pienso que tampoco existe un mecanismo. Muchas veces estas cosas las acabas viendo en la persona, muchas veces. Y en esto todos tenemos experiencia. Cuando captas para el servicio de médico una persona que quiere venir a pasar una estancia aquí, un residente o un becario, y has visto el currículum, entra por la puerta y automáticamente ves si aquella persona entra dentro de la filosofía del servicio. Esto no quiere decir que la primera impresión es la que vale. Tú muchas veces tienes que dar una opinión que pueda comportar una promoción de alguien que conozcas y su trayectoria profesional. Y sí que muchas veces tienes que tomar unas decisiones y en lugar de eso te gustaría tener dos minutos para observar o hablar. Pero pienso que igualmente no existe un sistema administrativo y académico que te permita de forma imparcial y justa, muchas veces currículum, o algún baremo.

(PB) **Informante 5:** Hice las oposiciones hace 3 años y tuve la suerte que no se presentase nadie, aunque yo ya hacía 17 que trabajaba ahí y eso da puntos.

(PG) **Informante 19:** *¿Entonces, a parte de la trayectoria profesional hay otros mecanismos de promoción en el hospital?* No. Ahora (...) lo que se intenta es separar que tú puedas tener una carrera profesional a través de tú prestigio profesional (...) Quieren ser jefes de servicio de por vida y llega un momento que la antigüedad, soy el más viejo y me toca, estamos en una fase de cambio (...) muchos profesionales dependiendo de la edad ... y en cambio en muchos otros países esto es muy normal, un jefe de servicio no es vitalicio, incluso es bueno que se oxigene, gente joven (...) pero aquí es muy funcionarial (...) Un primer paso es separarlo. Usted como médico se puede promocionar, en su actividad, investigación... (...) porque hasta entonces ¿qué pasaba?, que si tu entrabas en 27 años y había uno de 60, la diferencia era básicamente los trienios, no había gran diferencia de sueldo. Esto se quiso solventar con la carrera profesional en base a unos méritos (...) La idea era decir: bueno, a parte de ser jefe de servicio o jefe de sección (...) en función de un cargo que responde a criterios de gestión, tú como médico, a los 27 hasta que te jubiles, a los 65 o 70 has podido pasar 2 o 3 niveles en función de tus aportaciones intelectuales y demás. Esto conceptualmente está bien, pero en la práctica es irregular de un hospital a otro, y se ha sindicalizado mucho (...) Nadie se moja por nadie, que todo el mundo sube de nivel, y nadie baja (...) Pienso que en Inglaterra, por ejemplo, están acreditando a los médicos, o sea,

tú pasados 10 años tienes que pasar una acreditación porque tú capacitación que sigue siendo, ahora yo (...) estoy operando, pues esto es de locos, a mi nadie me debería de acreditar, yo soy un primer asesino en masa, ¿no? Claro, yo hace 17 años que no opero y nadie me pregunta nada.

(PG) **Informante 18:** *Mujeres a jefe de servicio hay muy pocas, y en cambio si que hay en jefe de unidad, ¿cuál crees que es la razón?* Por la entrada más tardía de la mujer en la clínica asistencial, yo pienso. Ahora, por ejemplo, más de la mitad de profesionales de la medicina son mujeres.

6. Especificidades del hospital de referencia

Lo que separa el Caso 2 del resto de hospitales no universitarios es que los cargos están vinculados a la docencia. Es decir, una manera de promocionarse laboralmente es obteniendo una plaza en la universidad, de titular o de asociado. No obstante, es más frecuente el vínculo inverso: que una vez se obtiene un cargo de Jefe de servicio o clínico, el profesional accede a una plaza de titular fija en la universidad. Se trata de una vinculación que, más que ser un instrumento de promoción, es una garantía para mantener la actividad y el sueldo como docente después de la jubilación como médico asistencial. No obstante, tal y como vemos en una entrevistada, existe la percepción que efectivamente la docencia es una vía de promoción equivalente a la investigación.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** *¿O sea, tienes plaza fija de titular a... docente?* Docente, entonces esta plaza de titular docente hizo también que tuviese una promoción hospitalaria, de lo que es adjunto a jefe clínico. *Ah, de acuerdo, ¿que es como un jefe de área, no?* Sí, como un jefe de área, sí. O sea, que va ligada una cosa con otra, al menos en este hospital. Es lo que llaman las plazas vinculadas.

(PB) **Informante 2:** Si tú quieres ser profesor de la universidad tienes que estar vinculado al hospital. Pero del contrario, no. Tú puedes trabajar en el hospital y no trabajar en la universidad. Hice la tesis y automáticamente opté por una plaza a

concurso público. Y a partir de aquel momento soy personal estatuario en el hospital.

Hombre adulto:

(PG) **Informante 19:** Los docentes, la docencia, piensan que en los hospitales universitarios sólo un 10 o 15% de los médicos pueden. En el Caso 2 (...) es un 10%. *¿Y esto es un poco según las plazas, no?* Esto es una cosa que no obliga la ley, pero lo que pasa es que los médicos lo quieren. Hay 2 tipos de hospital: uno es el Hospital X, que es un hospital de universidad. Y el otro es el hospital de la seguridad social, que tiene un centro adscrito (...) Los médicos quieren (...) por aquello de la seguridad y así no me sacan nunca (...) Incluso el cargo, cargo de jefe de servicio catedrático de (...) *¿qué quiere decir, que tienen la plaza de asociado o la plaza de...?* La plaza de adjunto, pero no el cargo. Lo que quieren es el cargo, todo blindado y con el candado, puro interés. Pero no te obliga, a lo que te obliga la universidad es a que tú le des todos los medios porque aquel profesor que es su titular catedrático tenga acceso a malas para que pueda enseñar. Claro, tú tienes que asegurar eso (...) hospitales de la universidad que no tiene que ver con un hospital adscrito que son diferentes... todos menos el Hospital X... el Hospital X de cada ciudad de Barcelona, de Madrid, de Murcia, hay los Clínicos y el de la Seguridad Social, y las Universidades que hicieron, se adscribieron a la Seguridad Social, entonces es absurdo porque la plaza que tienen los médicos ya es funcionaria.

7. Experiencia propia de la promoción

Los relatos de la trayectoria profesional siguen el hilo individualista, de "sálvese quien pueda", que encontrábamos más arriba, tanto por mujeres como por hombres. Una de las entrevistadas hace evidente el retraso de las mujeres respecto los hombres. Desde el perfil de gestión existe la conciencia de este hecho y se habla de las Unidades Transversales como instrumento para incrementar la colaboración entre servicios. Además, la presión asistencial que caracteriza los relatos de los facultativos se apunta, por parte del entrevistado del perfil de gestión, como una posible razón para retirarse de la asistencia.

Mujer mayor:

(PB) **Informante 10:** Aquí tuve la plaza y... hacías unas oposiciones, en los 80, y en la universidad también, no fui con prisa (...) Volviendo al tema de las reuniones del jefe de servicio, hay 2 mujeres, en servicios afiliados, en farmacia y en laboratorio.

Hombres adultos:

(PB) **Informante 5:** Qué quieres que te diga... Somos como un colectivo un poco especial, bastante individualista, con poca sensación de colectividad, que cada cual tiene sus problemas, que cada cual tiene su especialidad y que cada cual se monta su vida como puede.

(PG) **Informante 18:** Estamos promocionando la creación de procesos (...) Como por ejemplo, hemos trabajado con las curas intensivas, de crear protocolos de actuación clínica en el trasplante pulmonar, para tratarlo clínicamente, o entre servicios, por ejemplo, estamos trabajando para la puesta en marcha de la unidad del sueño. Y la idea es que cada vez las estructuras sean más horizontales, de tal manera que, el tratamiento del tipo de enfermos al final sea una matriz de gestión. (...) *¿Crees que hay relación entre el tipo de especialidad a la cual se pertenece y la especialidad de promoción, por ejemplo, que si es un servicio de más prestigio sea más fácil promocionarse, estructuralmente?* No, mi experiencia personal es que por la potencia, el número, el tamaño, es que no hay más especialidades que generen más personas que se dedican a la gestión y al servicio que otras. Pero no es por el tamaño, se ve mucha gente que se dedica a estas cosas de curas intensivas o anestesiastas. Son especialidades que pueden quemar más o más pronto que otras. *¿Urgencias es diferente?* En Urgencias no hay especialidades, pero es un ámbito que quema mucho. *¿Y quieres decir que la gestión es una vía de escape?* Puede ser, hay algunas que necesitan con más facilidad, que dan esta sensación de que algún profesional necesite salir más que esta presión que a veces puede ser más o menos soportable.

(PG) **Informante 19:** Me encontré porque todo estaba muy... yo iba para cirujano, lo que pasa es que... yo nunca me hubieses pensado... yo de cirujano iba perfecto (...) lo que pasa es que yo pienso también que la gente quema mucho a las personas. En *(ciudad x provincia Barcelona)* tiré adelante un programa de cirugía

ambulatoria que no se había hecho, fue el primer hospital de España y todo eso tuvo mucho éxito y por eso a partir de ahí me ofrecieron diferentes plazas (...) hasta que me ofrecieron lo de (*ciudad z provincia Barcelona*) y me sentía más preparado, y de hecho también me quería demostrar a mi mismo que... claro, yo venía de 15 años de asistencial, yo en (*ciudad x provincia Barcelona*) también operaba, hacía consultas en un hospital pequeño, haciendo cirugía hasta que llegué a (*ciudad z provincia Barcelona*) y me tuve que reconvertir. Y entonces allí estuve 5 ó 6 años, hasta el 99, que entonces me ofrecieron ir a hacer de gerente en Caso 2. Entonces, ahí estuve unos 5 años y medio. Y después, aquí, fue el primer puesto que yo no estuve en ninguna formación política. Siempre he intentado que la gerencia fuese una cosa profesional, fuera de política, pero esto cada vez se ha ido politizando más y entonces, cuando llegué a Caso 2 con el tripartito, yo tampoco no tenía nada que ver con Convergencia ni mucho menos, pero eso que te identificas, me dijeron que no continuase.

Hombre mayor:

(PAL) **Informante 14:** Bueno, del 93 al 96 las cosas se fueron aclarando, ser jefe de servicio... mira, piensa que ser ingeniero industrial y estar en una empresa de jefe de taller y tener que mandar a oficiales... porque aquí todos son ingenieros industriales... además todos en plazas en propiedad, entonces no es coger y decir "tú haces esto por cojones". Entonces, tienes que coger autoridad a base de una serie de situaciones, sobretodo cuando es al principio, es un poco una situación primeriza. En la vida de todo se aprende, también de jefe de servicio. Entonces, pues, empecé a hacer de jefe de servicio. Esto se fue potenciando, el servicio fue creciendo, en trabajo, responsabilidades y en prestigio. Porque el prestigio te lo tienes que ganar, te tienes que hacer respetar. Todo esto es un proceso de muchos años, de mucho trabajo y de no cagarla demasiado, claro.

8. Dificultades propias de la promoción

Las dificultades de promoción en todos los perfiles se identifican con la precarización de la profesión y la estructura burocrática del Instituto Catalán de la Salut (ICS). No obstante, existe una diferencia importante entre el discurso de los facultativos femeninos y masculinos: si las primeras enumeran la presión

asistencial y la llegada de extranjeros como factores de precarización, los segundos asocian una visión negativa del cambio a la feminización de la sanidad y el descenso de los sueldos de los profesionales. Como veremos más adelante, si el factor de feminización se tiñe de una connotación negativa en el caso de las entrevistadas, es por su asociación con un factor de cambio generacional. De nuevo, la carrera profesional aparece como una cuña para suplir las diferencias de la promoción laboral en una institución burocrática de tipo público. En el caso de los PAL, la dependencia hospitalaria se hace más evidente, asociada a la docencia, mientras que los PAT presentan la salida al sector privado como alternativa, sobretodo con los profesionales hombres.

Mujeres adultas:

(PB) **Informante 2:** Esto se debe a que las promociones internas de la seguridad social son muy lentas, y sólo te promocionan cuando queda una plaza vacía (...) Pienso que nosotras todavía lo tenemos peor (...) todas nosotras estamos por la cincuentena, todas hemos ido subiendo juntas, no es eso que dices las hay de 60, 50 de 30. Con un periodo de 5-10 años habrá un altibajo dentro de este hospital, porque nos jubilaremos el 50% del personal que estamos aquí trabajando (...) Nuestra perspectiva de promoción profesional, a ver tú si lo ves, dices: yo cero patatero. Si lo haces es porque te gusta, pero no por una recompensa. De movilidad ninguna (...) La única posibilidad es que alguien se jubile (...) No, al laboratorio casi todas somos mujeres. (...) Ahora, últimamente, está cambiando, porque mucha gente que opta a hacer las especializaciones de medicina, no son españoles sino extranjeros. Curiosamente, ahora nos están llegando residentes que son casi todos hombres, vienen desde América (...) Una de las cosas me preocupan mucho es que nosotros estamos formando a residentes, y les estamos dando muy buena formación y no sé si se quedarán aquí (...) Los residentes que nos están llegando todos son extranjeros en microbiología y en la mayoría de las especialidades del hospital. Entonces, a mi me gustaría que los residentes que nosotros estamos formando se queden después aquí (...) ¿Quién nos atenderá a nosotros después? ¿Dónde está esta generación que nosotros estamos formando? Lo que pasa es que muchos utilizan el venir aquí, hacer la especialidad (...) y quieren después ir a otros países europeos que están mucho más bien pagados que aquí.

(PAT) **Informante 2:** A ver, en los hospitales públicos la promoción es difícil porque la mayor parte de la gente cuando entra, entra en el cuerpo facultativo del hospital y son muy pocos los que pueden promocionarse a nivel de cargo. Ahora se ha implementado una cosa, desde hace unos cuantos años, una cosa a la que llaman carrera profesional, que es un intento... y que ha estado muy criticado (...) Valoran la parte asistencial, valoran la parte de investigación... a ver, yo pienso que es un intento bien intencionado por parte de la administración, mejorable (...) aunque no todo el mundo puede ser jefe clínico, o no todo el mundo puede ser jefe de servicio; que haya una promoción por grados profesionales, entonces hay un escalado de grado 1 hasta grado 4, con los que tú cada año puedes acceder, como unos tramos de cargo a lo que llaman carrera profesional. Bueno, no teníamos nada y ahora tenemos esto. Es un año. Tiene una consecuencia en el salario y después para acceder a una plaza de estas no es lo mismo ser de un grado 4 que del grado 1, y después un poco decir "he llegado aquí", porque era muy triste que antes uno entraba de adjunto y se moría de adjunto, y a lo mejor había sido... Tampoco todos los médicos necesitan medallas. Hay gente que está contenta con el trabajo que hace (...) El que quiere hacer carrera profesional tiene la posibilidad de hacerlo.

Hombre joven:

(PAT) **Informante 6:** *¿Crees que eso cambiará la dinámica?* Eso va a cambiar la dinámica de la medicina en general, porque un porcentaje muy alto de mujeres lo que quiere es tener un trabajo y luego dedicarse a la familia, con lo cual es más difícil encontrar mujeres que estén dispuestas a trabajar doble jornada, me refiero a mañana y tarde. *¿Y lo que haces tu, qué sería?* Es una cosa media, pero bueno, hay gente que trabaja por la mañana en el hospital y por la tarde consulta en privada. Encontrar mujeres que hagan eso probablemente será más complicado y eso puede traer consigo que el déficit de médicos que empieza a haber ahora se acreciente. El déficit puede estar en la medicina privada o en la pública (...) Entonces, se tiene que cambiar la mentalidad de que antes ofrecían lo que ofrecían, tenían a alguien. Ahora eso ha cambiado, porque incluso tienen la mentalidad de que si nadie de aquí quiere, vendrá alguien de fuera. *¿Pero con los de fuera qué las pasa?* Por ejemplo, viene un anestesista de fuera, se acaba de formar y al año, cuando ve que en dos puertas ya ganará el doble que en el hospital, trabajando lo mismo, pues se va al hospital privado. La gente no es tonta, si a mí me ofreciesen la oportunidad de venir de Rumania y te vienes con la familia y el sueldo no te alcanza, pues ¿qué hago?, me voy a la privada.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 13:** *¿Y te gustaría hacer investigación más básica? Me gustaría tener más tiempo y no dedicarme a hacer cincuenta enfermos por consulta (...) Y ahora los residentes de angiología son mayoría chicos? No, no. Es que las mujeres se casan y tienen hijos. Eso es un problema gravísimo y cuando pasa, cuando más mujeres entran, los sueldos bajan. Y está lleno, del sexo femenino.*

(PAT) **Informante 7:** *¿Y la presencia de más mujeres empeorará las cosas? A nivel de la calidad de la sanidad frente al usuario, no empeorará, pero el sueldo sí.*

(PAL) **Informante 3:** *¿Y de cara a tu futuro profesional? Yo no veo que cambie demasiado, que cambie nada de aquí hasta mi jubilación. A nivel de universidad probablemente yo seré catedrático, este es el saltito que haces, estoy seguro que me la darán, tienes que tener interés, si no, no. Y a nivel del hospital, ya tengo los jefes de servicio- Sé que algún día se jubilarán (...) Hay en el servicio gente que es mayor que yo (...) Tampoco es que me preocupe demasiado, esto. A mi lo que me interesa es hacer buena investigación y tener un grupo potente (...) Las mujeres siempre se cargan más con la cosa familiar, pero claro, es una cuestión que las autoridades sanitarias deberían empezar a prever. ¿Y en este servicio has visto si con los jefes de servicio se ha hablado de este tema, de un posible cambio? No. En el servicio somos 12 personas de staff, sólo hay una mujer, mayor que yo. ¿Y por debajo de quien vendría? Están los residentes. Entre residentes y adjuntos siempre hay gente que pulula por aquí, que están más o menos vinculados al servicio porque han acabado la residencia, el doctorado (...) pero estos no tienen una vinculación laboral (...) En la medida que son más jóvenes y eso, la presencia de las mujeres aumenta, claro que sí, clarísimo, clarísimo. Ahora mi generación no, o sea nosotros, en la carrera pocas mujeres. Y en la época aún medicina era lo ESADE de ahora. Ahora no (...) Una de las cosas que de hecho ya está pasando es que estaremos llenos de médicos de fuera, sudamericanos y del este (...) Los hay que vienen a trabajar de médico. Si te vas a los hospitales un poco alejados, ves en urgencias de un hospital de estos comarcales, ya verás, no hay ninguno de aquí (...) Sobre todo son hombres, porque me imagino que a la hora de llamar que se vaya uno a otro país, en el extranjero, y se va, parece que sea más fácil para el hombre que para la mujer, ¿no? Como que no sé, por ejemplo, los sudamericanos*

que hay aquí en general son hombres, jóvenes (...)Claro, a lo mejor en su país continúan estudiando más medicina los hombres que las mujeres.

(PB) **Informante 5:** La promoción, es muy limitada.

(PG) **Informante 18:** Esto, en recursos humanos. Recursos humanos sé que tienen la normativa para conseguir lo de la carrera profesional. Y las proporciones que tenemos de esto, lo tienen ellos. La mayoría son de nivel 1 y 2, después tenemos de nivel 3, y los de nivel 4 son la gente más mayor, que esta más curtida a nivel de trabajo. En principio, tienen que ser dos vías bien separadas. Habitualmente, un jefe de servicio debe tener un nivel 3-4 de carrera, pero hay unos de nivel 4 ó 3 que no son ni jefe de servicio, ni jefe de sección.

9. Satisfacción con el nivel de transparencia

Entre los entrevistados del perfil PAT aparecen quejas por el nivel de transparencia de la promoción laboral, reafirmando lo que aparecía en el apartado de antigüedad y de compromiso personal.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 7:** Bueno, el jefe de servicio antiguo se había jubilado, hubo una promoción interna, yo presente méritos y proyecto y se dirigió a mi de forma interina. Sin embargo, ese año y medio como interino me llevé francamente mal con el gerente y el director del hospital. (...) *¿Y tú crees que son preguntas claras?* Son preguntas subjetivas y además sin posibilidad de reclamación, el juez es la misma empresa. Si te suspenden, te anulan la carrera profesional. Y el año que viene, pues a ver si hay otros directores, y nada.

(PAT) **Informante 13:** *¿Y crees que hay unas reglas claras para la promoción en el hospital?* No.

10. Satisfacción con las oportunidades existentes

Mientras no encontremos diferencias según género, sí que existe una clara dicotomía por edad que provoca en los entrevistados y las entrevistadas, adultos/as y mayores, un discurso de queja hacia las generaciones jóvenes, que según ellos reivindican una calidad de vida superior a sus predecesores. Así, las mujeres jóvenes, y también los hombres, no querrían hacer tantas guardias ni tantas horas como los entrevistados y entrevistadas de más edad. Se trata de un discurso que se deriva de la reivindicación de la cultura del esfuerzo, transversal en todos los perfiles profesionales, y que se injerta con el discurso de precarización de la profesión.

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** A ver, ahora hay demanda de médicos, entonces es muy diferente a hace 10 años, ahora salen plazas en todos sitios, de trabajo hay.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** Yo entiendo que las cosas son difíciles y entiendo que a la hora de puntuar una estancia fuera yo creo que la valoraría. Sí, no por nada, sino porque demuestran un cierto espíritu (...) Esto con la gente joven falta un poco. Veo la gente como muy... y puede que los hayamos educado nosotros así, pero todo el mundo está muy pendiente de sus derechos, de las horas que tiene que librar la guardia, de las horas que... que yo no dudo que tienen todo el derecho, pero en fin, pero nuestra generación, perdona que sea un poco batallitas, pero éramos un poco más, ¿entiendes? A lo mejor porque estábamos con un momento de más tensión, oye, cogíamos la mochila y allí lo cargábamos todo. No dormías, y el niño, y la guardia, y a aquí, y allá. Éramos más batalladores. *¿O sea, tú crees que es más una situación generacional que entre hombres y mujeres?* Yo creo que sí, que es más una cuestión generacional, y ahora la gente vuelve a hacer estos bodorrios y la gente necesita casarse y tener un piso, y no sólo con los médicos, que normalmente acostumbran a ser bastante conservadores, hombres y mujeres en general, y necesitan tener ya todo, necesitan una de cosas para marchar de casa, una de cosas... Son generaciones un poco diferentes, yo creo que nosotros éramos un poco más luchadores.

Mujeres mayores:

(PG) **Informante 17:** (...) nos quedaran los mayores, los que aún se tienen que jubilar. Pero las últimas promociones son todo mujeres, ¿eh? Y cambia un poco su vida, es decir, los residentes actuales exigen mucho más, o sea, sus valores son diferentes a los de las promociones anteriores. Piden mucho más tiempo de ocio que nosotros no teníamos, ni ninguna de las promociones posteriores a la mía. Nosotros hacíamos guardias sin parar. Las guardias estaban reguladas. Cada especialidad tiene definidas las necesidades de guardia porque se aprenden cosas que en las situaciones normales no se aprenden y, por tanto, las guardias se tienen que hacer para aprender. En mi época hacíamos guardias hasta 10 veces al mes. Ahora no es así. Hasta 4, 5 y 6 guardias al mes. Depende qué es lo que viene a hacer la gran inmensa mayoría de la gente, ¿no? Ahora con las 48 horas y todo eso del tratado de Europa, no podrás trabajar más de 48 horas semanales. Esto disminuye el número de guardias mensuales y aquí habrá controversia (...) Una cosa es la conciliación familiar y otra es la pura realidad (...) Y desde el punto de vista de la carrera profesional no sabemos quien lo hará, porque si se entiende por carrera profesional eso de publicar en el extranjero, hacer una conferencia, que te inviten o no sé qué, esto te comporta añadir horario que tienes que sacar. No sé si será porque eres mujer o porque las generaciones actuales también quieren vivir mucho mejor, pero a lo mejor habrá algún cambio (...) por el hecho de que hay más mujeres o porque la necesidad actual está cambiando y los jóvenes de hoy en día no son iguales que los jóvenes de hace unos años.

Hombres adultos:

(PAL) **Informante 15:** O sea, que desde el punto de vista yo pienso que todo eso trae una serie de condicionamientos, habrá de enfrentarlos, no sé como, pero sí que es verdad que esto puede comportar una serie de problemas. Ahora viene la ley de Luxemburgo, las horas de trabajo. Por un lado, los problemas de las guardias, es verdad que en este momento, está habiendo un cambio de conceptos, en la gente joven. Antes era la formación, ahora preocupa la calidad de vida. Yo creo que todo esto traerá un remodelamiento o un cambio de conceptos, porque realmente es así. Pienso que la mujer pone por delante otras cosas, que no el hombre. Esta nueva situación, que se está viendo, yo diría que no desde hace

demasiado, a fin y a cuentas las mujeres en medicina sí que hay desde hace ya unos cuantos años, pero todo este concepto diferente, de la calidad de vida, tiene que hacer plantear la cosa de cara al futuro.

(PG) **Informante 19:** Los hombres siempre quieren hacer guardias, más o menos de la misma edad, hay de todo, también es verdad que los chicos se han vuelto más exigentes y no son como antes de hacer guardias por un tubo, eso también ha variado de cuando yo era residente. Ahora demandan más de librar, iuf, una cosa increíble! Y a mi me parece que se ha perdido una parte de lo artesanal del oficio, se ha sindicalizado. Yo no estoy de acuerdo con eso. Yo hacía 4 guardias a la semana, no me libraba nunca, como ahora están haciendo en Inglaterra y Estados Unidos, resulta que ahora ya no es allá que te dice que lo llaman normal, trabaja y ya librarás, pero mientras esté en la trinchera y me vaya bien, hasta que diga "oye, primero libro y después ya haré el trabajo", cuando es al revés, yo me he vuelto un médico muy reivindicativo.

Hombres mayores:

(PAT) **Informante 16:** *¿Ahora todo eso ha cambiado, no?* Ahora ha cambiado porque la gente probablemente tiene más calidad de vida, o quiere tenerla. Esto no podía pensarse en las épocas que yo empezaba.

11. Énfasis en el discurso del éxito

Volviendo al ethos médico, que ya ha aparecido dos veces, aparece en el discurso de los médicos hombres de todos los perfiles, y específicamente en las mujeres sólo de los perfiles PAT y PAL, el elemento meritocrático del esfuerzo personal y de la ambición por ser alguien dentro del mundo de la medicina. Se trata de un discurso que trasciende las diferencias generacionales y que en el caso de las generaciones más jóvenes complementa la cultura del esfuerzo de los más mayores. Además, en el caso de algún entrevistado mayor se complementa con la asociación entre mujeres con cargos y politización del proceso. En definitiva, como veremos más adelante, la promoción laboral normal sigue identificándose con la promoción masculina.

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** Puedes escoger el hospital Caso 3 pero no tiene actividad docente, no puedes hacer el doctorado, no puedes hacer muchas cosas, no puedes. *¿No puedes hacer carrera profesional, o lo dices sólo por el doctorado?* Bueno, es un objetivo más, ¿no? *¿Es un objetivo que tienes de promoción a nivel académico o también a nivel laboral?* A nivel laboral, el jefe de aquí está un poco más puesto y ahora estoy en un nuevo proyecto. *¿Haces docencia, el doctorado y has publicado?* Sí, he publicado un artículo en una revista, pero bueno, es como todo, cuesta mucho esfuerzo porque son muchas guardias, son muchas horas y llegas a casa y tienes que seguir haciendo cosas, pero bueno, es ponerse. *¿Normalmente todos los residentes lo hacen, no?* Depende de cada uno, de los objetivos que tenga, no todo el mundo, no todo el mundo. *¿Y tú qué objetivos tienes?* Yo quiero irme. *¿Irte dónde?* Yo desde que estudiaba la carrera el objetivo de irme... antes de venir aquí fui 2 años a Inglaterra y Nueva York. Encontré información y entonces vine a hacer el MIR. Aquí son 3 exámenes. Tuve que hacer 2, que son como 3 aquí. Entonces, el primer año de residencia lo hice allí. Entonces aprobé. Y esto te dura aproximadamente unos 7 años de validez (...) Puedes dedicarte a hacer lo que sería la supraespecialidad, o bien volver a hacer como urólogo, tu especialidad, u otra. *¿Entonces, irte para formarte más?* Yo pienso que tienes que conocer mundo, pienso que es muy fácil entrar en la vorágine de la residencia (...) podría librarla, pero a mi personalmente no me interesa. Tienes la opción, pero personalmente yo pienso que es un paréntesis en tu vida en qué te tienes que formar, si libras todas las guardias lo único que haces es perder un año de residencia. Pero bueno, todo esto es muy personal.

(PAT) **Informante 20:** *¿Y reducción de jornada y todo eso, la gente se lo pide?* (...) Nadie te puede decir nada, pero si no tienes la plaza y eres interino, pues no está bien visto, y es lógico que no esté bien visto porque, claro, lo que se quiere es sacar trabajo, que estés dedicado y implicado, el hecho que en ningún lugar de 40 horas estés 20... Pero yo supongo que podrás hacer mucha más cosa y querrá decir que tenemos que coger a otra persona (...) Yo, desde el punto de vista de un empresario o de un jefe de servicio, lo entiendo. Mi marido es empresario y a veces

he discutido con él. Y él, desde el punto de vista empresarial, dice "yo, si puedo escoger, no cogería una mujer porque sé qué supone, que si baja maternal, que si no sé qué, no sé cuantos". Sí, ya, pero si todo el mundo pensara igual... Pero claro, qué le vamos a hacer, es un problema (...) Sabes que aquella mujer, en el momento que decida vida familiar y tal, tiene en la cabeza... y es así, y supone que tienes que ser una fuera de serie para poder hacerlo todo. *¿Y me has dicho que las reglas del juego en promoción más o menos son claras, en el hospital?* Bueno, lo que te he dicho, implicación y no sé, qué si yo en R4 que no veía ni la luz de la calle, hubiese estado embarazada, por ejemplo, no me hubiesen dado la plaza, está claro. O yo que sé, no hubiese estado centrada, o implicada y yendo de aquí para allá, a aprender de todo. Tampoco me hubiesen cogido, lógicamente, pero supongo que como en cualquier trabajo.

Mujer adulta:

(PAT) **Informante 8:** No he escuchado nunca ningún tipo de rechazo, a nivel de la universidad tampoco. Y a nivel del trabajo he tenido la suerte de trabajar siempre con tíos muy inteligentes y los tíos inteligentes no plantean problemas, ¿entiendes? Por lo tanto, en este aspecto me siento muy afortunada y entiendo que no puede ser una experiencia extrapolable (...) Tienes que ponerle el cuerno, no todo el mundo lo puede hacer, el que no quiere no puede. Esto es como todo en la vida. En los hospitales hay millones de residentes, habrá tíos que tendrán más este espíritu y habrá tíos que tendrán otro. En la medicina se puede ejercer de unas maneras muy diferentes. (...) Tiene que ser tíos inteligentes. Yo siempre les digo a las chicas que escojan tíos inteligentes. Yo siempre les digo que vale más un tío inteligente y mala persona, que tonto (...) Al final, con un tío inteligente te entenderás, es decir, esto por un lado, ya que la pareja, la salud de mis hijos, esta es otra. Yo siempre he pensado que gracias a dios mis hijos han sido sanos, sanos, de esos de no tener ni constipados, y eso que los llevo a la guardería desde que tienen 40 días. Pero eso me ha ayudado. Y lo otro, pues hombre, he pasado unos años difíciles. Yo creo que las madres se quejan exageradamente. Hombre, es que todo el mundo se queja de todo, cojones, se piensan que las cosas se hacen, tienes que ponerle espíritu, ya sabes que cuando tienes niños pequeños y haces guardias no te puedes ir al caribe de vacaciones.

Mujer mayor:

(PAT) **Informante 12:** Yo no digo que todo sea al 50%, y sobretodo en todas las parejas no es todo al 50% ni mucho menos, depende de lo que trabaja uno, de lo que trabaja el otro. En mi caso, mi hija es una persona que quiere hacer investigación, que continuará y le pondrá todo el esfuerzo, y tampoco no irá a la peluquería y hará lo que sea porque le interesa la investigación en biología. Claro, le interesa y pondrá todo el esfuerzo; podrías decir "ah, no, mira, yo hago mi trabajo, que es dar las clases, hago un poquito y después...". Eso es muy personal, también, del interés, y cuando es una especialidad de medicina, de biología, también. Hay muchas carreras, es como en arquitectura, el señor famoso, el arquitecto que coge todo o el arquitecto que dice "yo necesito un poco de trabajo y voy haciendo a mi ritmo, sin demasiadas ambiciones". Claro, todo depende de la especialidad.

Hombre adulto:

(PAL) **Informante 15:** Pero sí que hay cosas fundamentales, como las relaciones humanas. Una persona que tiene la capacidad de relacionarse correctamente, afrontar los conflictos de forma adecuada y por el trabajo, que sea una persona con iniciativa, y después la responsabilidad.(...) Prácticamente toda la gente tiene una trayectoria similar, se ha ido formando con nosotros y después se ha integrado al servicio, con lo cual la gente tiene una filosofía parecida.

Hombres mayores:

(PAL) **Informante 14:** Al cabo de unos años, en el año 82 -83 más o menos, vi que eso de la medicina interna, general, era muy bonito pero no podías profundizar en determinadas áreas, etc. Entonces es cuando me empecé a plantear la posibilidad de buscar un área de trabajo un poco más concreta. Estuve pensando y, aprovechando que había un congreso en Salamanca, comencé como residente a hacer unos trabajos sobre enfermedades infecciosas muy sencillas (...) Comencé a trabajar hasta que progresivamente me fui decantando, porque necesitaba muy

poca ayuda... pero en el año 88 (...) en el 96 se creó el servicio por parte de la dirección del hospital. Los 2 jefes de servicio de medicina que había no se pusieron conmigo, me dejaron trabajar. Yo, durante estos 3 años, fui cogiendo autoridad, porque claro, yo no era jefe de servicio aunque yo lo hiciera. Desde el servicio se hacía un poco *el longuis*.(...) Yo, como había empezado, pues era como el jefe clínico. Tenía, entre comillas, una autoridad moral, también, y la gente que me había puesto un poco la proa no tenía ni nivel ni categoría, pero cuando tienes una plaza en propiedad, puedes hacer como en la empresa privada, jugar "a la puta y a la ramoneta".

(PB) **Informante 4:** *Lo que me ha sorprendido es que el jefe de servicios siempre haya sido hombre, en toda tu trayectoria, por ejemplo, cuando la gran mayoría, entre comillas, parecería que...* Bueno, porque los que empezaron a hacer micro fueron hombres. Pero probablemente, vamos, casi seguro, que la próxima jefe de servicios de aquí será mujer (...) Sí, mi percepción, ya te das cuenta, tengo política, familia política, todo justo después le fueron a decir de ser socialista; no porque pertenezca a un partido, sino porque ella tiene el instinto así. Y en este caso concreto, yo ya lo apruebo, sí, sí, discrepo en algunas cosas pero en muchas otras le dije "Lo harás muy bien, si haces esto y lo otro, y tienes en cuenta la opinión de los especialistas".

c. Variable 3: Compatibilidad

1. Interferencias entre carrera profesional y familia

A la hora de valorar las interferencias entre la carrera profesional y la familia, tres variables estructurales se cruzan: el género del entrevistado/a, su perfil profesional y su situación económica o de clase. En efecto, el discurso de los profesionales hombres identifica claramente el modelo de *breadwinner*, en el cual el hombre es el productor y la mujer ocupa el rol familiar y reproductor, con la descripción de su realidad profesional y personal. Muestra de eso es que los 12 entrevistados tienen mujer e hijos. Aunque muchas de sus mujeres trabajen son concientes de ser el máximo proveedor familiar, con el sueldo más alto y más horas de dedicación que su mujer, normalmente a tiempo parcial.

En el caso de las mujeres, se produce una diferencia entre aquellas que no tienen hijos, jóvenes, que asumen totalmente el rol masculino del modelo *breadwinner*, y el resto, que describen su doble presencia como un elemento negociable en el núcleo familiar. Este rol tradicional es especialmente dominante en los perfiles PAT y PAL, y es transversal en todos los grupos de edad. En efecto, el perfil PAT, de doble presencia laboral en el sector público y en el privado, es el que marca el eje de prestigio profesional para el conjunto de la profesión médica.

Siguiendo el ethos médico que hemos ido comentando, el PAT es el perfil que supone un mayor compromiso y grado de identificación entre la actividad médica y la vida personal. El profesional PAT, pues, en el imaginario masculino, es un hombre, a pesar de la mayoría femenina actual. Dada esta polarización de los roles de género, se produce una identificación de la mujer con un rol no-profesional, de madre y esposa. No es extraño que frente la feminización de la profesión médica, la reacción de estos profesionales sea afirmar que se producirá un cambio negativo, con contratos parciales mal pagados y con problemas para cubrir horas extras y guardias, ya que las profesionales mujeres están destinadas a la doble presencia con la familia y, por tanto, a dedicar menos horas al hospital. Del mismo modo, los entrevistados y las entrevistadas consideran el apoyo familiar como una fuente de apoyo y de estabilidad emocional.

No obstante, cuando se trata de entrevistados y entrevistadas con poca seguridad económica, esta inestabilidad laboral no se considera una consecuencia de la entrada de las mujeres al mercado laboral, sino del funcionamiento de la institución. Además, las mujeres con seguridad económica tienden a mostrar un discurso menos problemático de la compatibilidad entre trabajo y familia, porque han externalizado con cuidadores o ayudas diversas el trabajo familiar. Por lo tanto, el eje de clase tiene un cierto poder explicativo, puesto que diferencia el discurso de entrevistados y entrevistadas por encima de las diferencias de género y de perfil profesional.

En definitiva, el factor explicativo de las dificultades de conciliación es la asunción por parte de los entrevistados y de las entrevistadas del *modelo breadwinner*, con la formulación clara por parte de una entrevistada del PAL de la necesidad de un cambio del modelo de marido y de padre que vaya más allá de ser aquel que aporte un sueldo a la familia y que no identifique el rol de mujer con el de madre. Por parte tanto de los hombres como de las mujeres, la doble presencia es una constante que sólo se presenta conflictiva en casos de falta de reconocimiento profesional o de falta de apoyo económico. Sólo en el caso de un entrevistado, hombre de PB, aparece la profesión como un factor de interferencia

familiar, precisamente por las guardias, queja que sólo aparece en una de las entrevistadas.

El hecho que sea precisamente del perfil PB, de menor prestigio profesional, puede conllevar una menor identificación con el trabajo y una mayor dedicación a la familia. Por lo tanto, en el discurso masculino aparece una problematización de lo femenino, a través de las guardias y, como veremos más abajo, de los embarazos, que no coincide con el discurso de las profesionales mujeres. Éstas ponen de relieve la doble presencia pero no destacan ninguna incompatibilidad profesional entre sus actividades profesionales y familiares, más allá del horario. Incluso en el caso de alguna entrevistada mayor el horario es visto como una ventaja por su regularidad y estabilidad. A parte, un entrevistado hombre adulto hace propicias las consecuencias emocionales de su trabajo, por el contacto frecuente con la muerte, que no aparece en ninguna otra entrevista.

Es evidente que el tiempo no llevará a un cambio de modelo productivo, sino que se está consolidando un modelo basado en la doble presencia femenina y la renuncia por parte de los profesionales hombres de asumir la vida familiar como actividad equivalente a la profesional.

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** *Entonces, de puertas para fuera, la vida con los amigos y la familia ya hemos hablado... Yo creo que realmente tienes que tener una pareja que lo entienda bien, porque si no, realmente... Por ejemplo, yo conozco parejas jóvenes que se han casado y tienen niños y, entonces, tirarte 24 horas aquí, que no has dormido o has tenido una mala guardia y después que quieres llegar a casa, irte a comer a casa de los suegros con los niños, ¿no? Tú lo que quieres cuando llegas a casa es decir "no me molestéis", yo creo. Entonces, alguien que no es del mundillo, yo pienso que es muy difícil hacer el esfuerzo. ¿Y esto es igual para residentes hombres y mujeres? Sí. ¿No notas diferencias? No. También depende de cómo tú te lo tomes, claro. Si tú quieres llegar a tu casa y ponerte a hacer las faenas de casa... esto tiene que ser agobiante, si tú llevas también el peso de tu casa. A mí, personalmente, no me pasa. No sé, depende de la pareja que tengas, si es comprensiva o no, porque claro, yo creo que es difícil de explicar y de entender, porque por muchos años que pasen la gente que no es del mundillo no (...) porque cuando llegas a casa, llegas muy cansado, te pasas muchas horas aquí, por ejemplo, yo llego a las 19:30 cada día, cada día, cada día.*

(PAT) **Informante 20:** (...) para una mujer es difícil (...) con tu compañero. Desde que me casé y tuve el primer hijo es mucho esfuerzo de horas nocturnas, para poder compaginar las dos cosas, porque si no, (...) no puedes hacer nada más que visitar e ir a casa, visitar y ir a casa, pero no tienes tiempo ni de estudiar, ni de ir a congresos, o concentrarte un momento (...) *¿Decidir los méritos para poder promocionarte?* Exacto, sólo puedes meramente ir haciendo tus horas diarias (...) en nuestro trabajo, la hora de actividad no te aporta nada más que un sueldo y basta (...) para estar delante, para seguir los sitios para presentar, para que la gente te haga caso, sepa de ti y sepa quien eres (...) no da tiempo para publicaciones, no da tiempo para preparar presentaciones, no da tiempo para estudiar, porque eso no está dentro de tus horas de trabajo, al menos no en el Caso 2. Son horas que haces en casa, que evidentemente no las cobras, pero esto en todas partes (...) Esta parte del trabajo que es tan importante (...) porque en los jefes de servicio todavía se arrastran todos los hombres que había antes (...) En esta sociedad española (...) los hombres siguen siendo muy machistas (...) la mujer es la que se ocupa y es responsable de los niños, prácticamente el 90%, Entonces, es organizar la casa, es organizarlo todo, es tener diferentes cosas en la cabeza, es irte a un congreso de 4 días, tienes que mover el oro y el moro y no te puedes ir (...), ni pasarte 5 noches previas preparando las presentaciones y levantándote por las noches cuando quieren lo que sea (...) En cambio, el hombre, aún estar casado y tener hijos, pues esta situación no la tiene (...) lo primero que tiene es su trabajo (...) al menos en mi generación, puede que entre los más jóvenes sea diferente (...) es imposible, absolutamente imposible, porque por mucho que la mujer quiera, y eso que las mujeres somos capaces de hacer muchas cosas, más que los hombres (...) si más adelante somos mujeres pues las que sean solteras y hayan decidido dedicarse al 100% al trabajo serán las que llegaran, porque pueden dedicarse más, es lógico.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** Bueno, la verdad es que con ganas. A ver, yo he tenido suerte en varias cosas, con la pareja que escogí, que eso es fundamental, que siempre me ha respetado del derecho y del revés.

(PAL) **Informante 11:** Yo no soy profesora asociada a la universidad pero a lo mejor tampoco me interesa pasar a ser profesora titular o catedrática, porque no tengo más tiempo para dedicar a esto (...) Todos hacemos docencia, pero que no me interesa desarrollarlo (...) porque tengo hijos, ¿vale? Tengo una vida familiar. He traído 2 hijos al mundo y pienso que el futuro de mis hijos depende de mi, ¿no? y lo que tampoco quiero es pasarme toda la vida, que ya me la paso, aquí. *¿Y esto, tú crees que puede interferir en la promoción a la carrera?* Yo pienso que en la mujer, ¡clarísimamente! (...) En la mujer, yo diferenciaría la mujer que tiene familia de la mujer que no tiene familia. La mujer que es ella sola puede llevar la misma actividad profesional que lleva un tío (...) Entonces, te interfiere un poco en el horario y después claro, interfiere en las publicaciones. Yo pienso que con eso los tíos tienen mucha más ventaja, porque tienen muchas más horas para poder estar. Y cuando están en casa, pues él se dedica a trabajar hasta la 1 y yo pues he de ir a llevar el niño al fútbol, recoger el niño al fútbol... Y me siento a cenar para que me cuenten, que por eso soy su madre, y que no me digan como a veces "y tu por qué viajas tanto? O ¿por qué no haces otra cosa? Pues no hago otra cosa porque hago esto, ¿no? (...) Pero es que ellos no son conscientes de que son machistas (...) Algunos te dicen que eso es personal. Cuando te dicen "hoy en mi despacho" y tú dices "mira, hoy no puedo porque yo he quedado", ya te digo, reuniones con los tutores de mis pequeños hago 2 al año, 2. "He quedado a las 3 con el tutor", "¿iCómo a las 3?! A las 3 es una hora de trabajo", "Bueno pues yo he quedado porque es la hora de su trabajo". Dice "en mi época yo exigía que me hiciera la reunión a partir de las 6 de la tarde" (...).

(PB) **Informante 2:** *¿Y de cara a la familia?* Cada cual se lo monta como puede. Yo muchas veces hablo con gente, por ejemplo, el otro día estuve hablando con el jefe de servicio, él me ha dicho que últimamente tiene muchos problemas para cubrir cosas extralaborales, como pueden ser guardias, o trabajos de investigación, porque él también tiene una mayoría en su servicio que son mujeres. Pero las chicas nuevas que está contratando ahora, que son jóvenes, a diferencia de nosotras, que mayoritariamente estamos casadas con médicos, ellas están casadas con personal que no es médico. Y eso es una diferencia, porque un médico puede comprender muy bien que tú tengas las mismas necesidades laborales que tiene él. Pero los que no son médicos, eso no lo entienden. Entonces, estas chicas no quieren ampliar su tiempo con este tipo de tareas. Y como el hospital tampoco te recompensa económicamente, ni de ningún tipo, pues no lo hacen.

Mujeres mayores:

(PAL) **Informante 12:** No, porque también me he dedicado un poco más yo, claro, también, hombre, yo creo que he tenido bastante suerte durante unos años con una persona que también era médico (...) yo pensaba que debía ser una situación de igualdad, a pesar de todo no lo fue (...) tuvimos los niños, yo cogí una ayuda en casa (...) los 2 trabajábamos y el concepto de que los hombres se encarguen de muchas cosas, eso lo estoy viendo con mis hijos ya casados, ahora sí que es mucho más frecuente (...), pero bueno, por organizarme y poder trabajar yo consideré que era importantísimo que yo tuviese una cierta libertad, y entonces sí, yo he tenido una ayuda (...) En relación a la organización de la familia, hice más yo. Conseguirlo no te viene dado nada, tienes que organizarte y tienes que hacer un poco de todo (...) pero esto está cambiando un poco, no es al 50%, ni mucho menos, las mujeres sabemos mucho más que tenemos que buscar una pareja que haya muchos factores y uno de estos factores es muy importante si ella tiene interés en mantener una profesión, pero es una cosa de pareja.(...) Claro, lo que sea, tiene más libertad, para ir al extranjero para hacer todos los movimientos, para presentarse, para conocer, porque claro, esto es un círculo vicioso, no solamente que tú seas capaz de hacer unas analíticas, de hacer un test, lo que sea, o una cirugía, si no además la libertad de salir, de moverte, claro, muchos de aquellos grandes hombres, de aquellas figuras, puede haber una mujer que no ha tenido una gran vida (...) cuesta un poco y como mujer sí que tenía que estar un poco más pendiente, ahora estoy leyendo esto pero a ver qué es lo que tengo que ir a comprar, cuando salga tengo que ir a comprar. Bueno, si tienes un poco de independencia económica, pues entonces también te lo puedes organizar mejor, si tienes un poco de ayuda, y entonces tienes que dar prioridad, en lugar de decir, de leer novela, de ir a la piscina, de ir a la peluquería (...) pues haces otra cosa y haces un poco también lo que quieres.

(PG) **Informante 17:** Cuando son adolescentes, que has de estar mucho en casa, y entonces has de saber priorizar, entonces yo priorizo a los hijos, obviamente. Y entonces, ¿qué haces? Trabajas noches, trabajas fines de semana, cuando duermen... alguna vez tienes que renunciar a alguna cosa, como por ejemplo irte 6 meses fuera, si tienes hijos eso se hace más difícil, aunque no es imprescindible irse, pero es una limitación que tienes y, bueno, te tienes que montar la vida que tengas los horarios controlados y alguien que te supla cuando tú no estás (...) los

abuelos que te ayuden, un canguro, o lo que sea, y compensas el rato que estás en casa muy intensamente en calidad (...) se hace difícil encontrar las soluciones estándares para todo el mundo, porque claro, o trabajas o no trabajas, y si trabajas te tienes que dedicar. Pues mira, cuando los críos son pequeños y se van a dormir, tú tienes que procurar llegar pronto, bañarlos y no sé qué, darles de cenar... y entonces empieza la noche. Y la noche empieza haciendo trabajo y por la tarde tenías que hacer mil maravillas para poder estar con ellos, etc. Yo creo que es difícil encontrar el término medio, y un día priorizas una cosa y otro día priorizas otra. Y tú vas haciendo lo que puedes, y lo más importante es el conjunto familiar. Si estás solo es difícil, pero en una familia estable debes encontrar el apoyo, si no lo tienes.

Hombre joven:

(PAT) **Informante 6:** *¿Y hay más gente con casos como el tuyo? Con reducción de jornada me parece que soy el único ¿Y mujeres tampoco? No, tampoco. Hay una mujer ahora que sé de mi edad que también se lo está planteando, pero de momento nadie. ¿En el servicio hay muchas mujeres? En el servicio hay tres mujeres, de diez. ¿El hecho de que sea cirugía haría que sean menos? No, porque residentes, por ejemplo, son cinco mujeres y tres hombres. Y ahora entran dos chicas y serán seis y dos. Ahora ya se ha cambiado la concepción de la medicina masculina a una más femenina (...) un porcentaje muy alto de mujeres lo que quiere es tener un trabajo y luego dedicarse a la familia, con lo cual es más difícil encontrar mujeres que estén dispuestas a trabajar doble jornada, me refiero a mañana y tarde. ¿Y lo que haces tú, qué sería? Es una cosa media, pero bueno, hay gente que trabaja por la mañana en el hospital y por la tarde consulta en privada. Encontrar mujeres que hagan eso probablemente será más complicado y eso puede conllevar que el déficit de médicos que empieza a haber ahora se acreciente. (...)* La tendencia que hay ahora en la medicina es que se ha feminizado más, que creo que es por un tema puramente económico, llega un momento que la gente dijo "esto no da para mantener a la familia, pues nos buscamos otra carrera u otra forma de ganarnos la vida".

Hombres adultos:

(PAL) **Informante 15:** Después está el tema de las guardias, la mujer si tiene hijos y tal, es un momento de su vida importante, y eso es así. A la mujer no le gusta hacer guardias. La mujer, si está casada con un señor que no es médico, aún entenderá menos que 1 ó 2 días a la semana se tenga que quedar en el hospital y tenga que cambiar él los pañales a la criatura. O sea, que desde el punto de vista, yo pienso que todo esto lleva una serie de condicionamientos. Tendrá que afrontarlos, no sé como, pero sí que es verdad que eso puede comportar una serie de problemas. Ahora viene la Ley de Luxemburgo, las horas de trabajo.(...) La verdad que el nuestro es una trabajo absorbente. (...) *¿Has tenido algún problema para compaginar tu vida profesional y la familiar?* ¡Todo esto depende de lo que se consideren problemas! Normalmente, cuanto más responsabilidad tienes en el trabajo, menos tiempo dedicas a la familia, o en tu tiempo libre. Igualmente, con todos los trabajos acostumbra a pasar, no hace falta que seas Jefe de servicio (...) pues probablemente en todos los trabajos, y más en el nuestro, donde los tipos de patologías que tratamos conlleva pues crear un porcentaje de criaturas que se morirán, hace un impacto, y que muchas veces esto no puedes llevarlo a casa, evidentemente. Cada uno tiene su propio mecanismo de defensa para no llevar a casa estos problemas.

(PAL) **Informante 3:** *¿Y en tu caso, crees que la trayectoria profesional interfiere realmente en la familia?* En mi caso, no. No, no, yo no tengo ninguno. No he faltado por la familia. Cada uno tiene su manera. Yo, por ejemplo, no he hecho nunca actividad privada. Ahora la gente que hace privada sale de aquí y llegan a las 10. Entonces claro, estos si tienen hijos pequeños no los ven mucho. Yo no he hecho nunca privada, entonces yo no he tenido nunca este problema (...) Yo no me voy a las 5 de la tarde de aquí, que es la hora a la que debería marcharme, pero me voy a las 7, 7 y pico. Guardias ya no hago, hace años que he dejado de hacerlas. *¿Y en tus inicios, cuándo comenzaste, sí que harías guardias y los horarios serían más duros?* Sí, pero nunca ha sido una cosa muy dura. Yo me casé a los 30 años, ya había acabado la residencia, ya era adjunto, ya hacía 4 guardias al mes (...) Sí, evidente, sí, porque además, lo que pasa a una mujer es, por ejemplo: una mujer que hace medicina, acaba la carrera y tiene 23 o 24 años; entonces tiene que hacer una residencia, y la residencia son 4 o 5 años. Claro, la mayoría de mujeres durante la época de residencia o no están casadas o, si están casadas, la mayoría

no tienen hijos, porque la residencia es una cosa de mucha dedicación. Y claro, a veces se encuentran que ya tienen 30 años, querrías tener un hijo pero entonces es la época que te tienes que ir colocando y, claro, puede haber un problema, seguro, en medicina hay tanto trabajo que de hambre no te mueres, a ver. Otra cosa es que tú quieres esto y tienes aquello.

(PB) **Informante 5:** Cada 6 días tenías que hacer 24 horas de guardias, que al día siguiente estabas ... al día siguiente tenías que ir igualmente al servicio (...) Lógicamente, cuando llegabas a casa te tenías que ir a dormir, así que el día guardia no veías a la familia, y al día postguardia casi tampoco. Ni la veías, ni la disfrutabas, ni nada. Y cada 6 días eran 2 días, y casi el día antes ya estabas en la preocupación de que tenías la guardia. La verdad es que los de preventiva no podemos decir que fuésemos los que peor lo pasábamos, los había peores (...) No, lo peor de todo es la sensación que tú tienes de que después de 20 años trabajando aún no tienes tu plaza. No es como en la empresa privada, son esas eventualidades que no son lógicas para poder programar tu vida (...) Yo fui bastante valiente, porque cuando estaba haciendo el servicio militar decidimos comprarnos el piso, me casé después del servicio militar y gracias al sueldo fijo de la mujer (...) mi primer hijo lo tuve cuando estaba haciendo la especialidad, pero a lo mejor si hubiese sido mujer, a lo mejor sí que me hubiera esperado (...) Así que te tienes que arriesgar, tener una hipoteca, hijos sin trabajo fijo, 15 años de interino entre (*ciudad catalana fuera de la provincia de Barcelona*) y aquí, hasta que no tuve la plaza fija (...) La carrera de medicina, tal y como están las cosas, no lo garantiza (...) es un *handicap* para las mujeres estudiar medicina, si ya profesionalmente las mujeres cada vez se está retrasando más la edad en la que tienen el primer hijo, (...) ahora 31, pues yo creo que a nivel del colectivo médico la cosa aún se retrasa más, si una mujer espera tener unas circunstancias familiares y de vida adecuadas para tener un hijo es que no las encuentra nunca (...) Tenía que ir y venir cada día de (*ciudad n de la provincia de Barcelona*) a (*ciudad catalana fuera de la provincia de Barcelona*) durante 5 años, porque la familia la tenía en (*ciudad n de la provincia de Barcelona*) y porque mi mujer trabajaba cerca de (*ciudad n de la provincia de Barcelona*) (...) era una suplencia, que me podían hacer fuera en cualquier momento.

(PG) **Informante 19:** Hay un proceso de feminización importante en medicina (...) cuando yo estudiaba un 20% eran chicas, ahora es el 80%. Y ahora en generaciones te encuentras ya en los hospitales que, a ver, para mi ni hombres ni mujeres, ciudadanos, yo ya digo que soy persono, no persona, persona, mira a

veces ya es un discurso absurdo (...) Ahora los médicos de menos de 40 años, el 60% ya son médicas, adjuntos, jefes de servicio todavía no, hablamos en global. Esto representa dos cosas: una, hay una cosa que es inevitable mientras no inventemos otra cosa que es la conciliación familiar. Hasta ahora, lo único que se ha podido hacer es regular la anticoncepción y decidir cuando quieres tener un hijo. A lo mejor nuestras madres no lo pudieron hacer y ahora ya lo podemos hacer. Y ahora hay una cosa que es la cuestión familiar, la cosa tiene que evolucionar mucho. Pero lo que sí que es cierto es que las mujeres, en general, por este tema o por lo que sea, hay un problema porque lo que quieren es tiempo, no dinero. Porque también culturalmente el hombre aún, aunque no se diga de forma clara, tú tienes que ganar más o tienes que mantener a la familia, la mujer en general es como un segundo (...) te encuentras ahora en el hospital que no quieren hacer guardias y los hombres siempre quieren hacer guardias, más o menos de la misma edad (...) Yo hago las 9 horas, ya se apañarán, no tengo que hacer más, y después estiro en el sentido de que el sindicato y tal, pero si el otro paga la hipoteca ya hace la guardia (...) que con la crisis ya verás como volverás a hacer guardias. Pero en este momento que ha habido últimamente, todo el mundo iba sobrado, es así de triste a la vez (...) Claro, las chicas quieren tiempo, para conciliación (...) Los países nórdicos, que son los pioneros, fíjate la cantidad de contratos parciales que tienen, es una manera de hacer conciliación familiar y no sólo en sanidad. Oye, se trabajan 4 horas y punto (...) No van a trabajar porque no les interesa hacer 40 horas (...) Yo siempre he puesto facilidades, quiero decir, si me pedían reducción horaria yo se la daba, sumaba las horas y contrataba otra persona. He sido muy a favor de esto (...) Se tendrían que dar más facilidades laborales (...) y algunos cambios de horario que fuesen un poco más racionales. En parte, ahora la falta de médicos es eso, porque no quieren hacer guardias.

Hombres mayores:

(PAT) **Informante 16:** *¿Y tu mujer también era médico?* No, estudió Biología pero no ejerció nunca.

(PAL) **Informante 19:** *¿Y esto desde la dedicación te ha representado una dedicación extra desde el punto de vista de pasar pocas horas en casa o a la hora de hacer compatible la vida personal con el hospital?* A ver, aquí sí que es verdad que te pasas muchas horas, yo por ejemplo ayer me fui a las 8 y media de la tarde (...) Ahora, cuando tenía niños pequeños tenía que ir a la escuela, pero ahora los

hijos ya hacen su vida y mi mujer también es médica, ya hace su vida, por lo tanto tengo todo el tiempo del mundo, por lo tanto, no me marco. *¿Y cuando erais más jóvenes y los niños eran más pequeños?* Hombre, pues tenías que ir a la escuela. *¿Y ella trabajaba en el mismo hospital?* Sí, ella también trabajaba, es igual vaya, que nos ha permitido hacer el horario del hospital de una manera correcta, las guardias, hemos podido hacer la vida profesional, cuando los niños estaban durmiendo por las noches hacías trabajo, lo que fuese, preparar los temas, las conferencias, o revisar las cosas, pero ahora lo seguimos haciendo (...) estás metido en muchas cosas, en muchas cosas. *¿Y crees que ahora el hecho de que haya más mujeres cambiará la manera de...?* Hacen lo mismo que los hombres.

(PAT) **Informante 1:** Es un poco complicado, como todos los trabajos que son absorbentes, que tienes que dedicar muchas horas. Yo, aparte de este hospital, estoy con otro centro. Entonces, es como si tuviese 2 jornales, y la vida familiar ya no puede ser normal del todo. Si de repente también haces guardias, que generalmente no hago (...) en cardiología está pasando como en la medicina, va subiendo más el porcentaje de mujeres. Hay más femeninos que masculinos estudiantes. Van accediendo más o menos igual, residentes que residentes. A hemodinámica, curiosamente, hemos estado bastantes años que casi no había mujeres, ahora ya empiezan a haber. *¿Y por qué crees que ahora empiezan a...?* Supongo que la mujer va haciendo cada vez más de todo.

(PB) **Informante 4:** Pero yo ya tenía los padres mayores aquí en Barcelona. Era una época en la que pensaba "mis padres me necesitarán" (...) así que dije "quiero volver a España". También para casarme. Y sí, volví. Y justo aquí salían, justo cuando vuelvo, salían unas plazas en la Seguridad Social. (...) *¿La situación familiar, en tu caso, ha interferido en tu trayectoria profesional, algún problema?* No, no. La suerte ha sido estar con una persona que me ha dado una vida muy estable, y entonces me ha ido muy bien para poder trabajar aquí. ¿Si no me hubiese casado, qué hubiera hecho? Pues es posible que hubiese arrancado esto hace ya un tiempo, por desgana o no, o me hubiese dado de baja temporalmente para ir una temporada larga. Sí que he ido a otros sitios estando aquí, pero son estancias cortitas, que vas, a veces vas solo, o que vas y vas con la familia y mientras ellos están de vacaciones tu aprovechas para estar una semana ó 15 días en un sitio, y el tiempo de dedicar a la familia eso tampoco... Eso es estupendo, yo estoy en una empresa que sé que paga cada mes, y que yo trabajo aquí 8 ó 9 horas como máximo, que me da una cantidad de fiestas impresionante, ahora ya no

hago guardias (...) en aquella época, los internistas eran mayoritariamente hombres, y en el laboratorio empezaban a llegar unas cuantas mujeres porque... porque las mujeres no hacían guardias, al principio.

2. Interferencias en la socialización de género y la carrera profesional

Siguiendo lo que decíamos en el apartado anterior, la identificación por parte de los entrevistados de las mujeres con el rol de madres, coloca el embarazo como eje de la incompatibilidad entre el trabajo y la actividad familiar de las profesionales. Este reduccionismo, especialmente aparente en los hombres mayores, que se reproduce en explicar las diferencias entre mujeres y hombres del apartado siguiente, consiste en invisibilizar la motivación de las profesionales y en considerar que la prioridad de toda mujer es el cuidado de la familia y de los niños. Por lo tanto, tal y como afirma una de las entrevistadas, las profesionales tienen que "lavar la imagen" de la profesión y convencer sus colegas masculinos de su capacidad de dedicación y de compromiso profesional.

El ethos médico, pues, es todavía masculino y estigmatiza las profesionales cuestionando su dedicación profesional. No obstante, las entrevistadas creen que el tiempo cambiará las cosas y que poco a poco irá aumentando el reconocimiento de las profesionales en su entorno de trabajo. Además, sin negar en algunos casos que las mujeres manifiestan menos ambición profesional, la gran mayoría de entrevistadas no ven como especialmente problemático el momento del embarazo, obsesión de sus colegas masculinos, mientras sí que explican la doble presencia entre el trabajo y la familia a lo largo de toda la trayectoria profesional.

Mujeres jóvenes:

(PAT) **Informante 20:** *¿Y de estos problemas se habla entre los colegas? Poco. Por ejemplo, yo tuve conflictos con gente porque "claro, ahora que te has casado, que no estás tan centrada"; no, desde que he tenido estos 2 niños, claro que estoy centrada. ¡Pero qué quiere decir que no estoy centrada?! Porque tengo que hacer un artículo de no sé qué pero es que no encuentras el tiempo para hacerlo, y a lo mejor pasaban 6 meses y no te habías podido ni poner 3 horas al ordenador. Esto, la etapa de adjunto con plaza. Pero llega un momento que tú ya estás en una*

situación laboral, porque tú ya sabes que no puedes hacer lo de antes, en general, entonces cuando llega una etapa laboral que ya estás bien situado y que puede después ya puedes bajar un poco la guardia, pues después es cuando te dedicas a esas cosas que también las quieres hacer, claro. Si las haces mucho antes, pues no sé, hay gente que ha tenido hijos durante la residencia y no sé, pero bueno, hay gente que lo hace.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** Es difícil, precisamente ahora en este servicio llegará un momento en el que se planteará ... y hay mucha gente que me dice que me presente y tal, y tengo dudas serias, ahora hace poco me ofrecieron la jefatura de servicios de otro hospital público. Me lo ofrecieron y me lo estuve pensando mucho. Y dije que no. Yo no sé si me falló que no tengo el empuje, yo tampoco tengo un nivel de ambición, no tengo un nivel de ambición. Mucho me temo que con esto las mujeres lo tenemos, y esto es un desastre, yo lo reconozco, pero ¿qué quieres hacer?

(PAL) **Informante 11:** Entonces, esto, yo creo que esto aún nos condiciona, nos han puesto como un estigma, "ah, claro, como eres madre". Pero coño, si el tuyo también. Si cambiase un poco el papel, igual podría estar repartiendo. Si también fuesen padre, y no son padres, no han aprendido a ser padres, ser madre esta por encima del bien y del mal. Entonces, nos ha costado más limpiar la imagen esta de que somos madres y somos profesionales, o "hoy no he dormido porque el niño..." (...) currando aquí y posiblemente haces más que otro y no te lo ven, ¿eh? Muchas veces (...) te dicen "una canguro". Si hombre, pero una canguro puede hacer ciertas cosas, pero yo pienso que psicológicamente... el que entiende de psicología sabe que la figura materna, o paterna también, es muy importante en la vida de un niño. Y esto lo tengo muy claro. ¿Ahora he dejado de hacer cosas profesionalmente porque tenía niños? Pues igual a veces he dejado de hacer algo, pero he intentado siempre llevar las dos cosas, que supone un esfuerzo personal muchas veces (...) a veces con los hombres hablas, pero te dicen "no somos un servicio machista, no lo somos".

Mujeres mayores:

(PAL) **Informante 12:** Hoy en día yo creo que no. Antes el tío iba mucho más a su profesión, por ejemplo en pediatría los hombres hacían privado, como si dijéramos. La profesión es lo más importante, y seguro que en casa se pasaban muy pocas horas, la mayoría, la mayoría. *¿Y ahora tú crees que esto ha cambiado?* Sí, está cambiando, la gente joven está cambiando mucho, mucho, mucho.

(PB) **Informante 10:** Puede objetivamente estaba. Ahora que soy mayor, sí que hay unos condicionantes, que hay diferencias de comportamiento social entre los hombres y las mujeres, y es en el mundo laboral (...) Mira, de mi edad, mujeres jefe de servicio hay poquíssimas, y de más jóvenes también. Yo no sé si es porque uno de los condicionantes es educacional. Yo pienso que es porque las mujeres se definen multitarea y eso lo constatas en todos los ámbitos, y esto nos pierde (...) En mi tiempo, uno de los hechos diferenciales de las mujeres, cuando eras madre y te pasabas todo el día a la facultad, con 50.000 problemas (...) recuerdo con mi hombre y mira que mi hombre está muy concienciado (...) cuando le decía a mi hombre "mira lo que ha explicado nuestro hijo sobre...", "ah, no me he dado cuenta". Y yo había sido capaz de estar pendiente de 4 cosas (...) La identificación personal con la profesión es mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres, entonces, en el momento en que les sacan la profesión se sienten desidentificados (...) Mi generación somos unas mujeres que tuvimos la libertad intelectual total y como un hombre, las primeras que empezamos a estudiar, pero el modelo parental que vivimos fue otro. Entonces en la vida siempre hemos estado llenas de contradicciones, por la dicotomía entre lo incorporado y lo intelectual (...) Yo misma, el día antes de la guardia, la noche antes, les dejaba preparada la cena. Y un día decidí "se ha acabado, ya se lo harán" (...) Yo estudié para no depender de un hombre, a mí no me hizo falta ser feminista, pero mi idea era (...) la independencia económica. Entonces yo, claro, a los hombres siempre los he visto igual.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 7:** Hubieron muchas doctoras en el hospital, y la mayor parte de ellas (...) van a anteponer sus vidas familiares (...) porque la cultura española

es así. Somos así, punto final (...) *¿Y de cara a la promoción, esto va a cambiar, entonces?* De cara a la promoción, pues también, pues posiblemente se van a comportar como los plásticos, que cuando le diga la empresa que la van a promocionar poniéndole una zanahoria x, el cirujano plástico dice: "no me interesa, porque yo me gano la vida en la privada y te puedes poner la zanahoria donde quieras". Y las mujeres dicen: "mira, no, yo tengo a mi marido que se gana muy bien el dinero, yo vengo aquí, pues, para no aburrirme en casa, me gusta trabajar, y he hecho unos estudios y quiero seguir manteniendo la cabeza bien amueblada". Y luego, por la tarde, pues, ya no te digo de que quiera irse con sus amigas, te digo de irse con su familia, o sea, la mujer española (...) todavía le gusta su familia, su casa, sus niños (...) El interés del hombre suele ser ese, ganar dinero para mantener a la familia y pagarse sus *hobbies* y punto pelota. Yo lo veo así, al final es para mantener a su familia o mantener sus vicios, en el caso de los solteros (...) La mujer supedita lo del dinero, a lo mejor porque ya vive con otro hombre que ya le aporta ese apoyo económico y su interés no es llevar más dinero a casa, ya tiene al otro que trabaja hasta las ocho de la noche y le trae los ingresos. (...) Yo voy a buscar al niño (...) y ahí lo veo: el 95 % de los seres humanos que están en las puertas de los colegios esperando que salgan los niños son mamás. Y seguro que los maridos no están en casa viendo la tele. Y de ese 95% de mujeres, yo diría que bastante más de la mitad no es el ama de casa que viene a recoger al niño, no, no, son mujeres profesionales que trabajan por la mañana, hasta las tres de la tarde (...) luego a lo mejor os enfadáis (...) pero es un rol que está muy asumido (...) Y hombres que vamos a buscar a los niños somos una minoría. Y yo voy un día a la semana (...) Me apetece disfrutar del último hijo. Yo soy muy poco niñoero, por eso digo eso que a la mujer encima le satisface (...) Son escalas de valores distintas. Entonces, por eso a mí a veces me hace gracia cuando se queja... no hay ejecutivas, ahora a una mujer se le plantea ser ejecutiva y dice "no, gracias, he llegado hasta aquí y no quiero seguir avanzando porque tengo otras cosas que me llenan más que las de llegar a ser directora de personal".

(PAT) **Informante 13:** *¿Y crees que el proceso de feminización tendrá alguna consecuencia para organizar el trabajo?* Mucha, yo lo siento mucho por las mujeres, pero si tienen que tener niños, claro, altera todo (...) No, no es que las mujeres se casen y tengan hijos (...) mira, las dos chicas adjuntas que están con nosotros no están casadas ni tienen hijos, y si quisieran tener estarían nueve meses fuera de juego, llevando la gestación. Nueve meses en otros trabajos no es nada, pero en el nuestro es mucho. En tecnología, en todo, nosotros estamos cambiando todas las cosas, las intervenciones que se hacen ahora y hace seis meses son completamente

diferentes, o estás al día o te mueres. Entonces, estas chicas no pueden estar de estas maneras. Si tienen dos criaturas pierdes mucho tiempo y cuando vuelves, te vuelves a reintegrar, es bestial.

(PAL) **Informante 3:** No, a ver, con el tema de la medicina, a ver aquí que ahora hay tantas mujeres cambia un poco la estructura de cómo es la profesión, incluso es un problema grave, grave porque las mujeres, no todas, pero las mujeres tienen una visión totalmente distinta de lo que es el trabajo, de lo que importa el trabajo. Después, también está todo el tema de la familia, los hijos, entonces claro, medicina es una carrera que es poco compatible con todo eso, entonces es un problema grave, y será cuando la profesión esté dominada por mujeres que habrá problemas serios para cubrir las guardias, para cubrir todos los turnos, porque las mujeres no están por la labor de hacer esto. Claro, medicina es una realidad de 24 horas, las mujeres globalmente tienen más tendencia a decir "bueno, hombre, sí el trabajo me gusta, eso está muy bien, pero tampoco quiero dedicarme las 24 horas a hacer esto". Entonces, necesitas mucha más gente para cubrir todo esto (...) No sé, pero los hombres y las mujeres son diferentes, las cosas no las ven, ni las viven, ni las ven igual, también es cierto que los últimos años ha habido mucha mujer que se ha comportado más como hombre, en el sentido de ser más competitiva, más trabajadora, 12 horas al día, no tener hijos y ya me casaré. Pero bueno, hay de todo, pero creo que sigue habiendo más esta visión "no tanto, esto no lo es todo". Pero si tienes un porcentaje alto de personas que trabajan en un sitio que tienen esta visión, que yo no digo que sea ni bueno ni malo, lo que hace es que te crea un problema en un sistema que necesita atención las 24 horas en todas partes.

(PAL) **Informante 15:** *¿y qué consecuencias tendrá esto?* Yo diría que no buenas, desde el punto de vista general, yo prefiero trabajar con hombres (risas). Aquí, dentro del servicio, la verdad es que no hay ningún tipo de problema, ni guerra de sexos. Pero que se haya focalizado mucho la mujer hacia la medicina, yo creo que no es bueno, puede traer problemas (...) la mujer es menos competitiva que el hombre, a la mujer le importan más otras cosas: la familia, los hijos, que la promoción en el trabajo. O sea, que en este otro aspecto, hay menos interés en la promoción (...) Yo creo que todo esto traerá un remodelamiento, o un cambio de conceptos, porque realmente es así. Pienso que la mujer pone por delante otras cosas que no el hombre (...) Las mujeres en medicina sí que hay, desde hace ya unos cuantos años, todo este concepto diferente de la calidad de vida, tiene que

hacer plantear la cosa de cara al futuro (...) En todo tipo de cargos, muchas veces, sea hombre que mujer, es la información genética. En este momento, la mujer se ha centrado en dos aspectos, ahora está pasando mucho en medicina, todavía pasa más en los cargos de responsabilidades de lo que es el servicio médico, probablemente, están todavía en manos de hombres, en cambio, lo que son cargos, dijéramos, jefes clínicos, hay bastantes mujeres, aquí en el servicio son dos mujeres, y en el nivel de adjunto, aún hay predominio de hombre. Pero los cargos de responsabilidad están en manos de hombres, probablemente porque la mujer a la hora de escoger pone por delante otras cosas. Después hay mucha mujer con los cargos administrativos de gestión y de recursos humanos.

(PG) **Informante 19:** A ver, yo diría también que anteponen la conciliación familiar a la disponibilidad de la empresa (...) pero sí lo que es tangible, es cierto, las mujeres quieren conciliación familiar y, por lo tanto, no están dispuestas con la disponibilidad que tenía el hombre, también ahora ha cambiado un poco pero no (...) si le preguntas a mi hijo, seguro que te dirá que soy un desastre, que siempre estaba fuera trabajando y no estaba en casa, pero a lo mejor esto ha sido una cosa que he antepuesto el trabajo a la familia más de la cuenta, pero no me lo planteaba, también yo soy un *workaholic*, me gusta el trabajo, los proyectos, me siento bien y me entusiasmaba, y probablemente no he sabido compaginar, en los años te das cuenta pero tampoco me arrepiento, tampoco supongo que es tan mayor, pero bueno, me encontré así, y eso que yo en casa mi mujer trabajaba, es decir, que tampoco tenía la obligación, yo.

Hombres mayores:

(PAT) **Informante 1:** Una limitación para la mujer, por hemodinámica, es la posibilidad de embarazos, porque trabajando con radiaciones de ionizantes, entonces el embarazo pone fuera de combate a la mujer durante un año. En el momento en que esté embarazada se tiene que abstener de acercarse totalmente a las instalaciones. ¿Os habéis encontrado con algún caso? Sí. Tiene que quedar fuera de hemodinámica. Nos ha pasado más con personal de enfermería, que está más feminizado, y tienen que quedar aparcadas.

d. Variable 4: Mujeres / Hombres

1. Diferencias en la forma de trabajar

Tanto los entrevistados como las entrevistadas, en todos los grupos de edad, detectan diferencias en la manera de trabajar de hombres y mujeres. Se enumeran diferencias en la toma de decisiones, en la manera de organizar las tareas, en las formas de relación con los pacientes (se identifica las habilidades de cuidado con las mujeres) y con la manera de ejercer y de asumir la autoridad

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** No sabría decirte... de trabajar, no lo sé, a veces he pensado que sí (...) las mujeres resolvemos los problemas más... o sea, tú tienes una lista de problemas y estamos como más organizadas (...) La mujer es más... es muy general, o sea, yo creo que tiene una manera de hacer más ordenada, unas historias más ordenadas, de hacer las cosas la una tras la otra, en general, o sea, yo siempre pienso que las mujeres tenemos más capacidad para hacer más cosas al mismo tiempo. Y entonces, como tenemos más capacidad para hacer más cosas a la vez, cuando haces una te concentras mucho en una, porque sabes que inmediatamente tienes que hacer otra. Los chicos a veces, sobretodo los tíos más mayores yo veo que van como más relajados tienen más tiempo, están en el bar... las tías sabemos que cuando llegas a casa después tienes que ir a comprar, después tendrás que ir a buscar el niño a la guardería, y querrás ir al gimnasio y claro para que todo salga lo tienes que tener muy bien organizado, si estás bien organizado todo sale y de alguna manera yo creo que esto también pasa en el trabajo... con las cosas que se tienen que hacer son más metódicas en el trabajo.

(PAL) **Informante 11:** Yo creo que las mujeres tenemos más capacidad para hacer más cosas a la vez y al mismo tiempo concentración, porque estamos acostumbradas a hacer muchas cosas a la vez, ¿no? Es verdad, esto activa mucho, el hombre sólo puede hacer una cosa y sólo puede hacer una cosa, las mujeres tenemos mucha más capacidad para hacer varias cosas a la vez, y bueno...

(PG) **Informante 17:** No, no, no, Yo creo que trabajan igual los hombres que las mujeres, incluso algunas son más meticulosas, se agobian menos, son más serenas, tienen más habilidades de soltura, de negociar. (...) La tradición histórica es que todo eran médicos, en los quirófanos, y incluso te diré que en algunas especialidades, como traumatología, hay mujeres pero pocas a costa de la fuerza que las mujeres no tenemos, estirar una cama, apretar no sé qué, tú ves una operación de trauma y dices "ostras, tú tienes que ser gente muy fuerte... una constitución física...", las mujeres son más débiles en cuanto a la fuerza, bueno, puede que si nos cultivásemos puede que no. Y especialidades como urología, que nadie se hubiese pensado que una mujer pudiese operar una próstata, madre de dios, ¿no? Yo creo que esto hoy en día se ha ido asumiendo por parte de todo el mundo, por parte del enfermo también, por parte del resto de compañeros. Ya han ido pasando suficientes años para que se fueran acostumbrando y ahora hay de todo, hay mujeres cirujanas, cirujanas cardíacas, tenemos una neurocirujana de años, quiero decir, ya no jovencitas. Bueno, se ha ido haciendo poquito a poco y ahora ya todo somos mujeres, todo somos mujeres.

Mujeres mayores:

(PAL) **Informante 12:** Hombre, cirugía siempre ha sido mucho más de los hombres, que si la fuerza, que si no sé qué, pero esto también está cambiando.

Hombre joven:

(PAT) **Informante 6:** *¿Y de forma de trabajar entre hombres y mujeres?* Yo creo que no las hay. Puede haber diferencia en que las mujeres son menos quirúrgicas que los hombres, pero tampoco mucho, ten en cuenta que en otorrino la diferencia es muy pequeña.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 13:** *¿Y crees que son diferentes las formas de trabajar de hombres y mujeres?* Son iguales, lo que pasa es que el problema es este, las gestaciones, los partos.

(PAL) **Informante 15:** *¿Dentro del servicio, los médicos y mujeres tienen una forma de trabajar diferente, desde el punto de vista de gestión? Si dijese que no, te mentiría. Sí que somos diferentes, probablemente el trabajo de la mujer es más cuadrulado y, por otro lado, más al detalle de las cosas. Y la mujer, en según qué tipo de patologías, puede comprender mejor una situación, desde el punto de vista humano. En cambio, el hombre es diferente, pero probablemente la forma de trabajo es más abierta, no tan detallada. Igualmente, se basa todo en la experiencia, te vas adaptando a las situaciones. En este servicio hay cuatro hombres y cinco mujeres.*

(PAL) **Informante 3:** *¿Dentro de la especialidad de medicina interna también hay una presencia mayoritaria de médicas, no? A nivel de staff, no, todavía no. A nivel de residentes y de gente joven, sí. A nivel de mujeres y a nivel de laboratorio son todo chicas, pero yo lo prefiero, a mí me gustan más las mujeres, trabajando.*

(PG) **Informante 19:** Yo no he sido capaz de detectar. Yo, en la mi experiencia, he tratado muchas mujeres médicos y no he sabido captar esta sutileza. En cambio, sí entre enfermero y enfermera. La enfermera era más cuidadora, lo típico de la enfermera. La médico yo pienso que coge más el papel de médico, no sé si de hombre o no, pero quiero decir, la mujer que hace de médico yo no la veo como enfermera, no sé si es que les enseñan una manera de hacer diferente a la de los enfermeros... que tampoco sabría decirte... yo diría que no, pero sí que después se nota en la enfermera. Después, hay diferencias que yo he visto, nos los pocos que he conocido, en cambio, en los médicos y médicas yo encuentro que no me he sentido nunca diferente en este sentido. (...) Aunque ahora hay especialidades que se mantienen más (...) en (ciudad x de la provincia de Barcelona) hay una uróloga que es mujer, y esto una de las últimas, y traumatólogas y cirujanas que 15 años atrás no había, y ahora hay urólogas, y nadie se plantea por ejemplo ginecólogas y ginecólogos, ¿no?

(PG) **Informante 18:** No, yo he trabajado con hombres y mujeres y las personas que son profesionales y que tienen herramientas de gestión deben tener una parte de formación mínima y, después, mucha habilidad de gestión, tener sentido común y otras habilidades de comunicación que se tienen o no se tienen, no es una cuestión entre hombres y mujeres. Hay gente que sabe muy bien comunicar y hay

otras que no. No sé si tiene relación el sexo con tener habilidades. ¿Que las mujeres son más hábiles y los hombres son más impulsivos? Pues no lo sé. Eso lo tendría que decir un psicólogo que sabe más de estas cosas.

Hombres mayores:

(PB) **Informante 4:** Mira, con los técnicos, con los técnicos tenemos... posiblemente más hombres que mujeres (...) Tenemos técnicos varones maravillosos (...) mi trabajo en estos momentos es leer el microscopio, lo que han preparado ellos (...) Bien, yo he tenido técnicos chicos estupendos, pero en principio prefiero mujeres, por 2 motivos, para mí es más fácil tratar con mujeres, en el trabajo. *¿La relación de autoridad, quiere decir?* La relación, la autoridad, mira, llega un momento en que a mí la autoridad me sobra, no necesito enfadarme nunca, si no hay mala idea, ¿eh? No tengo que imponerme para nada. Vamos, puedo mantener una relación de amistad y no imponerme nunca. *¿Por lo tanto, por qué con las mujeres más?* Yo veo que son más trabajadoras. De todas formas, tengo un técnico que es mejor que todas ellas, es eso que a medida que vas con un buen técnico puede ser formidable. Pero, ah, tienes más problemas, él es más gandul, a lo mejor (...) La mujer puede que sea más, es más trabajadora, a lo mejor, es más constante, pero también tienes otros problemas, ¿eh? (...).

(PAT) **Informante 16:** Hombre, sí existe diferencia en la toma de resoluciones. A veces uno puede ser mas neuronal y otro más hormonal. Claro, yo conozco un ámbito que ha sido muy representativo, que es el de la Justicia. Yo entré como médico forense en una época que no existían mujeres por encima del nivel de auxiliar administrativo, pero era un hecho que se entendía y se daba por sentado.

(PAL) **Informante 14:** De residentes, la mayoría son mujeres, en general, en general la mayoría son mujeres, es un problema de lógica, si en la Facultad el 75 ó 80% son mujeres, pues claro, después entre residentes ves lo mismo, sean de la especialidad que sean, sean de medicina interna, ahora en cirugía ves mujeres que antes no había, en trauma, urología que eran especialidades muy entre comillas masculinas, esto era muy inhabitual, o en trauma, por el tema de fuerza (...) yo mi talante no sé si es hombre o mujer, me importa un bledo, nunca hemos valorado si

es hombre o mujer, es exactamente lo mismo, y lo que piden tanto en aspecto positivo como negativo es lo mismo, no se plantea.

2. Diferencias en la promoción

Aquí vemos una clara diferenciación por género: mientras las mujeres manifiestan la queja por la falta de reconocimiento de su motivación y compromiso profesional, por ser excluidas del ethos masculino, los hombres manifiestan sus dudas sobre la valía profesional de las mujeres, por su compromiso familiar. Las mujeres mayores, además, ponen en relieve la sobrecalificación de muchas profesionales, que ven truncadas sus posibilidades de promoción por profesionales hombres mediocres. Tal y como afirma la socióloga Subirats, «las mujeres fracasan triunfando».

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** No lo sé, yo pienso que sí, que quedarte aquí es un gran error, acabar aquí, quedarte de golpe aquí (...) Yo pienso que tiene que ser muy duro, porque nunca dejas de ser residente, ¿sabes?, aunque pases a ser adjunto, pero el resto de ti siempre serás residente, yo soy de las que pienso que tienes que llevar siempre una especie de ritmo, que digo yo, algo que tú sabes que ellos saben, que sabes más que ellos, que en realidad, al fin y al cabo, es falso, ¿no? pero si no te tratan de esta manera, nunca acabas de dar el paso.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** Yo creo que sí. A ver, a ver, las actitudes machistas aún existen dentro de los hospitales, ¿eh?, y seguro que mujeres con empuje y ganas lo tienen más difícil, no lo sé, yo nunca he sentido en mí misma que el hecho de ser mujer me haya representado ningún tipo de problema.

(PAL) **Informante 11:** Entonces, yo pienso que en nuestro país donde vivimos todavía, ¿eh? Que son muchos años de cultura, de historia y que esto cambiará en

el curso de las próximas dos generaciones, yo no digo a la primera, yo creo que una mujer, para demostrar que es válida, tiene que trabajar el doble que un hombre para demostrar que es igual de válida que un hombre. Trabajar aquí o trabajar aquí a fuera, quieres decir, o sea, trabajar el doble aquí. Sí, ¿por qué? Porque toda una actividad que no puedes fallar, porque si no siempre dicen "ah, como tienes niños...".

Mujeres mayores:

(PAL) **Informante 12:** Bueno, la mayoría somos mujeres, pero ¿cuántas directoras de hospital hay?, ¿cuántas mujeres han sido Consejeras de Sanidad, jefes de servicio? Jefes de servicio hay alguna, pero pocas. Y esto ha ido cambiando porque hay mucha presión, hay muchas mujeres, pero en aquél momento no tanto. *¿O sea, que te has encontrado dificultades específicas por el hecho de ser mujer?* Algunas veces, sí, sí, sí, eso está clarísimo (...) Es eso de aquél paternalismo, pues si tú ya has hecho medicina, y después has hecho no sé qué, pues ¿qué más quieres? Y a ver, eso es innegable, mira, el otro día había una entrevista muy bonita con (...), esa señora ha llegado bastante lejos, pero (...) ahora, después de 10 años, se daba cuenta que si hubiese sido hombre, seguramente, por mucho que ahora tenga el reconocimiento y todo eso, cabe decir que ha tenido más reconocimiento desde fuera que dentro (...) Ella reconoce que hubiese tenido otras facilidades y más proyección, y dentro del hospital (...) *¿Esta libertad que tienes, que pudiste organizar el grupo de investigación y eso, cómo lo conseguiste?* Con muchos problemas, muchos, muchos! (...) Cuando empiezas una cosa de nuevo (...) el director del hospital de aquella época no quería que uno despuntara en una cosa que... porque yo era de pediatría, y no señor, yo hago una especialidad de pediatría (...) he hecho un poco lo que he creído que tenía que hacer. Y por otro lado, he tenido muy poco apoyo para hacer lo que podría ser un gran servicio, como ha pasado en otros lugares (...) la profesionalidad, el mérito y un poquito de política, eso también cuenta, no hay duda. Y si el director está más de acuerdo y la persona es válida, pues sale; pero generalmente, entre 2 personas válidas iguales, aún no hay igualdad (...) generalmente, la mujer es un poco más válida, sí, sí, esa es mi experiencia, no quiere decir que todos los casos sean iguales.

(PB) **Informante 10:** Pero hay un montón de mujeres que son las hormiguitas, yo pienso que cuando dicen esto de igualdad de sexos por decreto yo estoy en contra,

ya vendrá. Si mis hijos han tenido un modelo femenino diferente al que yo he tenido, pues lo harán diferente. No se corrigen los comportamientos por decreto. (...) Yo quiero ser jefe de servicio, por lo tanto, lo que tengo que hacer es *fidelizar* una serie de gente y no sé qué, en cambio, la mujer dirá que tenemos que ofrecer este servicio y entonces irás mucho más horizontal y más global, y eso lo ves en toda la sociedad. Entonces, el hombre gana con más eficacia. Es cuestión de más inquietudes y actitudes, las mujeres son más variadas, abarcan más, son más independientes, capacidad para hacer más cosas.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 7:** Ahora otra cosa se el tema laboral, lo que si veo se que hay mas contrato basura porque es la misma mujer trabajadora la que prefiere cogerlo. *¿Y hay algún caso?* Si tenemos un caso que ella prefiere coger el contrato basura porque aparte de ser cirujana plástica está estudiando filología. *¿Y eso con hombres no pasa?* No, porque un médico que se dedique a estudiar filología, pues no. (Risas) Como bellas artes. Sin embargo, a ésta en vez de bellas artes se le da por estudiar filología. Son estas cosas, otros intereses.

3. Aceptación de cargos femeninos

La gran mayoría de entrevistados y de entrevistadas afirman que la aceptación de la autoridad no cambia según el género de quien la ejerce. No obstante, la residente sí que detecta una diferencia de trato por parte de algunos pacientes y del colectivo de enfermería, y una entrevistada mayor afirma haber sentido comentarios negativos sobre alguna figura de autoridad por el hecho de ser mujer.

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** Una adjunta y 9 adjuntos (...) todavía perduran actitudes machistas, aunque ahora ya está cambiando, pero todavía los que están arriba de todo, no todos, pero la gran mayoría (...) y que por el hecho de ser mujer a veces te tienes que imponer un poco. Personalmente, a mí me pasa muchas veces, por

ejemplo, mañana yo pasaré visita, ¿no?, y a veces me toca pasar visita con los MIR pequeños, y los pacientes se dirigirán a él si es un hombre, y aunque yo le esté diciendo "mañana, si va todo bien, le sacaremos la sonda y, si va todo bien, podrá irse a casa, y esto, esto y esto" y entonces se giran y le miran a él "pero doctor, esto cómo lo haremos" y a ti te entran ganas de decir "bueno, escuche, se lo estoy explicando yo, ¿no?, soy yo la que verá, no sé, que soy yo la doctora". "Ah, vale, vale, doctora". Que tú ya lo sabes, ¿no?, pero hay días que tú te lo tomas peor. En 3 años ya me he habituado a "Yo no quiero que me vea una mujer", el caso más extremo. Claro, si tú estás enfermo realmente te da igual, sea hombre o sea mujer.

(PAT) **Informante 20:** Entre los pacientes, todavía ahora respetan más un doctor que una doctora, todavía ahora, las habilidades de un hombre y de una mujer... No, yo creo que no son teorías, pero no... hay de todo, no haría una distinción tan clara.

Mujer mayor:

(PAL) **Informante 12:** No, yo creo que no, yo creo que las hay que la ejercen (la autoridad) y la ejercen muy bien, hay gente que dice que cuando llegan a un lugar de poder es que esta mujer no es tan mujer, es más hombre. No señor, mentira, que haya habido algunas políticas, algunos políticos importantes que hayan sido de un carácter que podrías decir se parecen más al carácter de un hombre, pero esto me parece una tontería; pero yo creo que es más por la situación de conservadora que tiene que por ser mujer, lo que pasa es que es una mujer de carácter muy fuerte, pero no todo el mundo puede llegar a este lugar, hay que tener el carácter muy fuerte y se tienen que hacer muchas cosas, eso está clarísimo. Pero no solamente por ser mujer, hay mujeres de carácter fuerte y hay mujeres de carácter no tan fuerte, hay hombres de carácter fuerte y hay hombres de carácter flojito, muchos, muchos, lo que pasa es que hasta ahora a ellos les era más fácil llegar a determinados sitios, a pesar de ser más flojitos y de no poner tanto esfuerzo.

Hombres adultos:

(PG) **Informante 19:** *¿Crees que hay por parte de los médicos dificultades para aceptar la figura de autoridad por parte de una mujer? A ver, depende del hospital, yo te diría que en los hospitales comarcales hay gente un poco más joven y están más acostumbrados así. Como los hospitales universitarios son más grandes y casposos, y hay mucha misoginia y probablemente tienen alguna dificultad. ¿Por lo tanto es el cambio de generación, dices? Yo diría también porque son mayores, yo creo que en los hospitales universitarios, todavía el recambio será dentro de 7 ó 8 años, en cambio en los hospitales comarcales sale gente más joven, están entre los 42-44 y en cambio en los universitarios tienes una media de 47 a 50, ¿no? Yo creo que mi generación era más misoginia, yo he visto mucha gente misoginia, en comentarios, en la manera de hacer, en un comportamiento inadecuado, encubierto, no reconocido, pero sí en el fondo una cierta discriminación positiva, por ejemplo, si en ciertos lugares coges más mujeres y jóvenes por nuevas generaciones y eso, que te pueden enseñar y oír "me voy con mis niñas", pues eso ya te está diciendo que es un discurso machista en el fondo, eso sí que lo he vivido un poco.*

4. Redes de solidaridad entre sexos

De todas las entrevistas, sólo en tres ocasiones las entrevistadas dejan entrever que las mujeres comentan las diferencias de género en el trabajo, pero no aparece una red de solidaridad específica, que por otro lado se considera más propia de colectivos excluidos, con lo cual no se sienten necesariamente identificadas, como el colectivo de inmigrantes o de mujeres maltratadas.

Mujer adulta:

(PAL) **Informante 11:** *¿Y esto lo habláis con las otras médicas? Con las mujeres sí que se habla, todas pensamos igual, pero los hombres no piensan igual que nosotras.*

Mujeres mayores:

(PAL) **Informante 12:** Sí, pero muy poco, las redes de solidaridad se han hecho en situaciones más difíciles de mujeres separadas, o de mujeres con problemas, de inmigrantes... de ayudar en estos niveles, de mujeres por el poder... que yo sepa, es posible que haya algún club de mujeres empresarias, es posible, creo recordar que hay alguna cosa.

(PAT) **Informante 10:** A veces teníamos discusiones entre el director gerente del hospital y todos los jefes de servicio, que eran todos hombres menos las que éramos el de laboratorio y el de farmacia, era una mujer muy inteligente y una profesional excelente y una tía *cojonuda*, salías y decía "bah, son como niños, vamos a tomar un café". Son como poco eficaces a la hora de resolver los problemas, que les ves venir de lejos.

5. Formas de relación femeninas y masculinas

En pocas entrevistas encontramos una definición de formas de relación masculinas y femeninas. No obstante, sí que algunas entrevistadas y entrevistados atribuyen a la mujer más capacidad de cuidado, de obediencia y de comunicación con los pacientes o con los colegas. Por otro lado, una entrevistada también atribuye a los profesionales hombres una mayor capacidad intelectual, de excelencia, más cercano al rol racional de la toma de decisiones.

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** Hombre, la verdad es que nos tratan mejor, nos dejan hacer más cosas que a los chicos. *¿Entonces, esto quiere decir que hay diferencias de percepción de la autoridad, no?* No, la verdad es que el trato es bastante equitativo. *¿Entonces, cómo es que os dejan hacer más cosas?* No, porque en este caso es como si tuviéramos más capacidad para enredarlos, para hacer más cosas, como si dijéramos, es así.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** Cada vez más, el 80% de la Facultad son mujeres, quiero decir que en el servicio todavía tenemos chicos, pero ya hay chicas, está muy al 50%. *¿Y por qué crees que todavía hay más chicos?* Porque cardiología es una especialidad muy maja, una especialidad que tiene salida, una especialidad que entiendo que guste, porque a parte de hacer de médico, como puedo hacer yo, hay muchas cosas técnicas y... la parte de investigación es bonita, es una especialidad atractiva, quiero decir que la gente ve posibilidad de ganarse la vida y posibilidad de trabajar, y yo diría que es una de las especialidades buscadas, aquí en el Caso 2 entran siempre los primeros números del MIR, entran indistintamente hombres y mujeres, porque los chicos, curiosamente, en la Facultad aunque son pocos son buenos, es decir, todavía hay chicos, los tíos son muy listos y entonces sacan buenos números, habitualmente. El número 1 de ahora hace un par de años ahora lo tenemos aquí como residente.

(PAL) **Informante 11:** Esto más que un tío, por un lado aparte, a nivel de relación, la relación entre las mujeres yo creo que siempre es más complicada que con los hombres, ¿no? También es más complicada la relación a nivel de las niñas en la escuela que en la escuela de los niños entre ellos, porque la hormona, nos guste o nos guste, nos influencia, y como que la hormona nos influencia, pues las relaciones personales también cambian, o sea, puede que sea más fácil entenderte con un hombre muchas veces que con una mujer, ¿no?, a nivel de relación de trabajo, porque hay más.. no sé, si yo pienso que pesa la hormona, pesa el componente educacional que hemos recibido a lo largo de muchos años de escuela muy dictatorial, que eso afortunadamente, pues posiblemente también cambie y... bueno, las relaciones ya veremos como serán... pero en fin...

(PB) **Informante 2:** Cuando vas a las sesiones clínicas de diferentes servicios, te das cuenta que hay una diferencia. Hay servicios que tradicionalmente son más hombres que mujeres, como es el de cirugía y, por ejemplo, tú vas a sesiones clínicas del servicio de cirugía o microbiología y ves que ellos son más revoltosos. Ser jefe de un servicio de este tipo, yo lo veo mucho más complicado. Nosotras somos unas personas mucho más trabajadoras, laboriosas, disciplinadas, mantenemos la jerarquía, podemos discutir cosas, pero somos mucho menos conflictivas (···) Ellos son más revoltosos y nosotras somos más disciplinadas (···)

Nuestra vida dentro del laboratorio se parece más bien a un convento de monjas, en el sentido que somos muchas mujeres que vivimos juntas, muchas horas al día, en un espacio muy reducido.

Mujer mayor:

(PG) **Informante 17:** Bueno, los que tenemos por debajo dicen que las mujeres tenemos más habilidades relacionales (...) Depende de las personas, a ver, esto... siempre te encuentras alguien que te lo dice (...) pero la verdad es que yo no he tenido nunca ningún tipo de problema, alguien que algún día se le va la pinza, pero yo creo que esto depende de las personas y que las habilidades son las mismas, pero sí que lo parece, nos ponemos menos nerviosos, más tolerantes, habilidades más relacionales, pero dicen que a ellos esto les cuesta más. Dicho por los propios jefes de servicio, "tú que tienes tanta mano izquierda". Pero yo creo que esto es la manera propia de ser de las mujeres, que nos guste o no es diferente a la de los hombres, pero no creo que esto nos diferencie en la práctica diaria, en el día a día de trabajar, yo creo que no... Aunque cada vez hay más mujeres en el campo de la gestión, pero eso también pasa porque cada día también hay más mujeres en todos lados.

Hombre mayor:

(PAT) **Informante 4:** Probablemente, hasta ahora eran las más cuidadosas y más cariñosas en el trato. Ahora está empezando a cambiar el trato, ahora ellas son más imperiosas. De todas maneras, si hay una discusión entre médico y paciente, no creo que se llegue a los mismos niveles si el médico es varón o mujer, por una cuestión de ego, probablemente por la necesidad de mostrar su capacidad de dominio.

e. Variable 5: Discriminación

Los casos de discriminación son muy pocos, por referencia indirecta, y siempre que sale a la luz forma parte de un proceso de generalización por parte del entrevistado o de la entrevistada como un fenómeno que sucede en cualquier entorno de trabajo y que no es específico del mundo hospitalario. No obstante, hemos visto en la variable compatibilidad que el género femenino está excluido del ethos médico y, por lo tanto, sí que hay factores de discriminación propios del campo sociosanitario. Los entrevistados y entrevistadas, sin embargo, no son conscientes de ello y atribuyen esta desigualdad a actitudes generacionales que desaparecerán naturalmente con el tiempo. En el caso de una entrevistada que relata una experiencia vejatoria, es interesante constatar cómo se separa la identidad de médico y de mujer, precisamente reforzando esta masculinización del ethos médico que nos ha parecido detectar. Como afirma una de las entrevistadas mayores, y como también asocia uno de los entrevistados hombres adultos, parece ser que la profesional facultativa todavía se encuentra asimilada al ethos de enfermería.

Mujer joven:

(PAT) **Informante 9:** Desde el punto quirúrgico sí, desde el punto médico... no lo sé, puede que no, porque hay más mujeres, porque hay más mujeres que están en el poder también, por decirlo de algún modo y porque todavía perduran actitudes machistas, aunque ahora ya está cambiando, pero todavía los que están arriba de todo, no todos, pero la gran mayoría.

(PAT) **Informante 20:** *¿Y conoces algún caso de discriminación que hayas visto u oído, o alguna queja?* No. Más que una discriminación clara en relación al hombre o la mujer, es eso que uno puede dedicar mucho más porque no tiene que hacer lo que tiene que hacer su mujer. Precisamente, es como lo que me dijeron a mí: "Es que claro, no estás centrada". Digo "hombre, claro, es que tengo 2 hijos". Y me dijo "Hombre, yo también los tengo". "Pero tú eres padre, ¿a que tu mujer hace mucho más que tú?, pues yo hago lo que hace tu mujer, imagínate, más venir a trabajar y tratar de hacer todo. Yo no puedo hacer más". Aunque digan que no, que ahora el hombre se ocupa de... yo sigo diciendo que en el resto de Europa la situación es

muy diferente, en España la sociedad sigue siendo muy machista, al menos dentro de la mi generación, a fuera hay mucha más ayuda.

Mujeres adultas:

(PAT) **Informante 8:** En el hospital, no. He oído las típicas críticas asquerosas a mujeres jefes de servicio, "es una bruja, es una tal". *¿Ha habido pocas, no?* Había una en neurofisiología que ahora se ha jubilado... alguna ha habido, a veces oyes críticas de estas que a mi me hacen daño porque no son críticas profesionales, yo puedo entender una crítica porque he hecho mal una gestión, porque he hecho mal un diagnostico, pero no una crítica porque lleves aquel vestido, o no llevas una buena permanente. Pero bueno, eso pasa también con las ministras.

(PAL) **Informante 11:** Hasta que tuviese solucionado el MIR, que tenía que examinarme, pues trabajaba, entonces me llamaron una vez porque uno de los directores generales de (*caja de ahorros catalana*) había hecho una crisis hipertensiva (...) entonces, en aquél momento, el director general de (*caja de ahorros catalana*) pasaba por allá y dice "¿Esta es la que ha venido a ver y tal? ¿Y tú quien eres? ¿Tú ya sabes de esto? En aquél momento, que yo tenía 24 años, me hirió brutalmente porque condicionó primero mis conocimientos como médico y segundo como mujer, ¿eh? O sea, yo creo que es la vez que a mi me han ofendido más, ¿no? Lo que pasa es que en aquél momento no sabías contestar, porque habías acabado la carrera y porque tenías 24 años, porque claro, si me dicen esto ahora, ya les contestas de una manera que se les quitan las ganas de volverte a decir cualquier comentario. Pero eso yo lo tengo grabado como la vez que más me han ofendido, a nivel de médico profesional y a nivel de mujer (...) Alguna vez sí que te han hecho algún comentario, "va, nena, tal y cual", ¿no? (...) Tú les tienes que decir "¡ep!", ¿no? Una vez, con un urólogo de aquí del hospital, fui y me dijo "Oye, niña, tal". Y le dije "Mira, me puedes llamar como compañeros de trabajo, me puedes llamar por el nombre, si no me quieres llamar por el nombre me puedes llamar Doctora o lo que quieras, pero niña ino!". Eso no lo hacen entre hombres (...) Y eso sí que te lo encuentras. Y a veces gente que te trata de una manera especial existe, ¿eh?, el mundo machista no se ha eliminado, y sobretodo con la gente que está en la actualidad, yo te diría entre el 50-55 años, y entre los 75-70, que todavía continúa habiendo un componente machista. Gente por debajo de los 40 es más difícil.

(PB) **Informante 2:** Yo conozco a mujeres que están en otras especialidades, que hay facultativos mujeres del Hospital X que han estado en una asociación, porque ellas dicen que han tenido una discriminación (...) Ellas hacen mucha más asistencia que los hombres, porque los hombres del Hospital X facultativos, pues a lo mejor se van 2 o 3 años fuera, después vuelven, se están 6 meses aquí, se van 6 meses fuera, y eso sí que ellas no lo pueden conseguir (...) porque tienen familia. Entonces, por hacer esta tarea les pagan un plus que ellas no cobran. Pero ellas están haciendo la asistencia que los otros no hacen. Entonces, su reivindicación es esta. Tienen una asociación entre ellas para todos estos temas. Quieren proponer cambios en la valoración en la carrera profesional.

Mujeres mayores:

(PAL) **Informante 12:** (...) supongo que si hubiese sido hombre seguramente me hubiese sido más fácil. *¿Eso por qué?* Porque que tú seas una persona muy independiente no está bien visto, y eso en los años 70 (...) Seguramente, ahora no recuerdo, pero sobretodo esto que decíamos que en igualdad de circunstancias se ha favorecido un hombre (...) y las que llegan muchas veces son más buenas de lo que serían si fuesen un hombre, eso también es verdad. *¿Cuando dices más buenas, quieres decir más cualificadas?* Más cualificadas, más puestas a hacer... a trabajar, más capacidad todavía, y sobretodo en los sitios superiores, bueno, ya ves, el ejemplo es esto, cuantas mujeres directoras de hospital, cuantas mujeres gerentes, jefes de servicio, en proporción al nombre de mujeres que estamos aquí trabajando habría de haber la mitad de mujeres de jefe de servicio, y no están.

(PB) **Informante 10:** Yo nunca me he sentido directamente machacada por ser mujer, puede que sí que algún día te dicen alguna cosa, hay la idea de tomarnos menos en serio, me pienso. Lo característico y la sensación que me da, eso que decías que las mujeres son como enfermeras de los médicos, y es verdad que a veces damos esta sensación.

Hombres adultos:

(PAT) **Informante 7:** *¿No se ha entrado en conflictos, al ser poco habitual, de mala aceptación de la autoridad? No, porque ellos estaban acostumbrados, vamos, no creo lo que te dirán los otros, yo creo que no. En el caso de plástica, te hablo en general no en particular, no he visto problemas. Y en el hospital no hubo mala aceptación de la mujer; si han puesto a menganita, pues mira, han puesto a menganita. No, porque estamos muy acostumbrados, en los hospitales casi hay, a nivel de trabajador, casi hay más trabajadoras que trabajadores, porque claro, el personal de enfermería es mucho más numeroso que el personal médico. El personal de enfermería o de auxiliares clínicas son más mujeres que hombres, con gran diferencia. Si coges el global de trabajadores en nómina, si hay 3.000 trabajadores es posible que 2.000 sean mujeres. Y como eso lo llevamos así de toda la vida, a ningún médico le extraña que haya una doctora que la hayan puesto de gerente, absolutamente para nada.*

(PB) **Informante 5:** *Sí, aquí salió incluso en la prensa un caso concreto que hubo en un servicio que se ve que sí que era la víctima de aquél acoso laboral era una mujer, no sé si por el hecho de ser mujer o porque había incompatibilidad entre el jefe y ella. Sí que ha habido algún caso, éste porque fue el más reconocido, pero seguro que en los servicios ha habido pequeños casos. Aquí yo no he visto... pero a veces cosas sí que se pueden ver, todavía ahora hay actitudes machistas.*

(PG) **Informante 19:** *Mira, te explicaré una anécdota. En un hospital, del cual me fui, estuve de adjunto, esto debía ser por el 86 -87, me dijeron "Mira, participa en un proceso de selección, de adjunto de traumatología". Había 3 ó 4 currículums y 1 delante de mío, lo descartaron porque era mujer. Un traumatólogo no puede ser mujer y en cambio se lo daban a un tío que no hacía ni metro treinta. La causa era porque era mujer, tal y como te lo cuento. Fue uno de los motivos por los que me fui. Me negué a firmar el acta y me dijeron que era un adelantado en esta historia. Y bueno, pues "qué te has creído, que si era cuestión de fuerza"... y bueno, una discusión, una cosa... Y eso me creó enemistades y fue cuando me fui a (*ciudad m de la provincia de Barcelona*), una de las cosas por las que no me sentía a gusto. Y hay gente que no lo quiere entender y no firmé el acta. Y conocía al médico y no conocía a la chica, ¿eh? Quiero decir, que no... sé que me hubiesen podido decir*

“este lleva años, más tiempo aquí” y entrar con este argumento, pero desde el punto de vista curricular era mejor el de la mujer.

III. Datos estructurales del hospital Caso 2

Tabla 30 Dirección médica del Caso 2 por cargo funcional y sexo

	Cargo	Mujer	Hombre
Comité de Dirección	Gerente	-	1
	Director asistencial	1	-
	Director enfermería	1	-
	Director procesos	-	1
	Director procesos médicos	-	1
	Director procesos quirúrgicos	-	1
	Director procesos materno-infantiles	1	-
	Director servicios clínicos centrales	-	1
	Dir. organización y sistemas de información	1	
	Director de investigación	-	1
	Director docencia	1	
	Director recursos económicos	-	1
	Director recursos humanos	-	1
	Director mantenimiento y obras	-	1
	Director hotelería	1	-
	Subdirección asistencial	-	1
	Adjunta desarrollo organizativo	1	-
	Coordinadora unidad comunicación	-	1
	Coord. plan de atención al cliente	1	-
	Responsable de relaciones con los medios	1	-
Total		9	11
TOTAL Comité Dirección		20 (35% mujeres)	

	Cargo	Mujer	Hombre
Gerencia	Gerencia	-	1
	Director procesos	-	1
	Adjunta desarrollo organizativo	1	-
	Coordinadora unidad comunicación	1	-
	Total	2	2
TOTAL Gerencia		4	
		(50% mujeres)	

	Cargo	Mujer	Hombre
Atención al cliente y trabajo social	Plan atención al cliente y trabajo social	-	1
	Unidad atención al cliente y trabajo social, ATR	1	-
	Unidad atención al cliente y trabajo social, AMI	1	-
	Unidad atención al cliente y trabajo social, AG	1	-
	Total	3	1
TOTAL Atención al cliente y trabajo social		4	
		(75% mujeres)	

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección asistencial	Director asistencial	1	-
	Director procesos médicos	-	1
	Director procesos quirúrgicos	-	1
	Director procesos materno-infantiles	1	-
	Dirección planificación y evaluación trasplantes	1	-
	Subdirección asistencial	-	1
	Subdirección de coordinación de sistemas de información y de gestión de pacientes	1	-
	Servicio de Farmacología Clínica	-	1
	Servicio Medicina Legal	-	1
	Servicio Medicina Preventiva y Epidemiología	1	-
	Unidad de admisiones	-	1
	Unidad de sistemas de	1	-

información y documentación		
Unidad de secretaria técnica y apoyo a la gestión	1	-
Unidad de secretaría técnica y apoyo a la gestión, SCC	1	-
Unidad de Archivos	-	1
Total	8	7
TOTAL Dirección Asistencial		15 (53,3% mujeres)

	Cargo	Mujer	Hombre	
Dirección procesos médicos	Dirección procesos médicos	-	1	
	Subdirección procesos médicos	-	1	
	Coordinadora recursos asistenciales	1	-	
	Servicio de aparato digestivo	-	1	
	Servicio de cardiología	-	1	
	Servicio de dermatología	-	1	
	Servicio de endocrinología	-	1	
	Servicio de hematología clínica	-	1	
	Servicio de enfermedades infecciosas	-	1	
	Servicio de medicina intensiva (AG)	-	1	
	Servicio de medicina intensiva (ATR)	-	1	
	Servicio de medicina interna	-	1	
	Servicio de medicina interna	-	1	
	Servicio de medicina interna	-	1	
	Servicio de medicina nuclear (UDI)	-	1	
	Servicio de nefrología	-	1	
	Servicio de neurofisiología clínica	1	-	
	Servicio de neurología	-	1	
	Servicio de oncología médica y coordinación de oncología, hematología clínica y radioterapia	1	-	
	Servicio de oncología radioterápica	-	1	
	Servicio de neumología	-	1	
	Servicio de psiquiatría	-	1	
	Servicio de radiología (UDI)	1	-	
	Unidad de urgencias	-	1	
	Total		4	20
	TOTAL Dirección procesos médicos		24 (16,7% mujeres)	

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección procesos quirúrgicos	Dirección procesos quirúrgicos	-	1
	Subdirección procesos quirúrgicos	-	1
	Coordinadora recursos asistenciales	1	-
	Servicio de anestesiología y reanimación	-	1
	Servicio de cirugía cardiaca	-	1
	Servicio de cirugía general	-	1
	Servicio de cirugía oral y maxilofacial	-	1
	Servicio de cirugía pediátrica	-	1
	Servicio de cirugía plástica y reparadora	-	1
	Servicio de cirugía torácica	-	1
	Servicio de endoscopia	-	1
	Servicio de ginecología	-	1
	Servicio de neurocirugía	-	1
	Servicio de oftalmología	-	1
	Servicio de otorrinolaringología	-	1
	Unidad de Raquis	-	1
	Servicio de Rehabilitación	1	-
	Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica I	1	-
	Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica II	1	-
	Unidad de Urgencias (ATR)	-	1
	Servicio de Urología	-	1
	UPCC	-	1
Total		4	18
TOTAL Dirección procesos quirúrgicos		22 (18,2% mujeres)	

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección de procesos materno-infantiles	Dirección de procesos materno-infantiles	1	-
	Coordinadora de Recursos Asistenciales	1	-
	Servicio de Cardiología Pediátrica	-	1
	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica	1	-
	Servicio de Hematología y Oncología	-	1

Servicio de Nefrología Pediátrica	-	1
Servicio de Neonatología	-	1
Unidad de Neurología	-	1
Servicio de Obstetricia	-	1
Servicio de Pediatría	-	1
Servicio de Urgencias	-	1
Total	3	8
TOTAL Dirección de procesos materno-infantiles		11 (27,3% mujeres)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección del Caso 2

Tabla 31 Dirección no-médica del Caso 2 por cargo funcional y sexo

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección de enfermería	Dirección de enfermería	1	-
	Dirección adjunta Proceso Atención Urgente y Ambulatorio	1	-
	Dirección adjunta Hospitalización de Adultos	1	-
	Dirección adjunta Apoyo Áreas	1	-
	Dirección adjunta Área Atención a la mujer y al niño	1	-
	Dirección adjunta Proceso Quirúrgico y Área Pacientes Críticos y Esterilización	1	-
	Dirección adjunta Servicios Apoyo al Diagnóstico	1	-
	Adjunto Área Proyectos y Desarrollo de enfermería	-	1
	Adjunta Análisis y Programas	1	-
	Adjunta de Formación	1	-

Adjunta Proceso Cuidados Críticos	1	-
Adjunta Proceso Quirúrgico y Esterilización	1	-
Adjunta de Proceso Hospitalización de Adultos	1	-
Adjunta de Proceso Hospitalización de Adultos	1	-
Adjunta de Proceso de Fisioterapia y Terapia Ocupacional	1	-
Adjunta de Consultas Externas	1	-
Adjunta de Proceso Urgente	1	-
Adjunto de Proceso de Servicios Centrales y Gabinetes Diagnósticos	-	1
Adjunto de Recursos Humanos	-	1
Adjunto de Proceso Gestión Recursos y Continuidad de Atención	-	1
Adjunto de Proceso Atención al Niño	1	-
Adjunta Proceso Atención a la Mujer	-	1
Total	17	5

TOTAL Dirección de enfermería **22**
(77,3% mujeres)

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección de servicios clínicos centrales	Dirección de Servicios Clínicos Centrales y Servicio de Farmacia	-	1
	Servicio de Anatomía Patológica	-	1
	Laboratorios Clínicos	-	1
	Servicio de Microbiología	-	1
	Unidad de Apoyo Nutricional	1	-
	Total	1	4

TOTAL Dirección de servicios clínicos centrales **5**
(20% mujeres)

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección de organización y sistemas de información	Dirección de organización y sistemas de información	-	1
	Subdirección de informática	-	1
	Unidad de proyectos de informática	1	-
	Unidad de sistemas de informática	-	1

		1	3
Total		1	3
TOTAL Dirección de servicios clínicos centrales		4	
		(25% mujeres)	
Cargo		Mujer	Hombre
Dirección de Recursos Económicos	Dirección Recursos Económicos	-	1
	Subdirección Gestión Económica	1	-
	Subdirección de Gestión Administrativa	-	1
	Subdirección Facturación y Contratos	-	1
	Unidad de Control de Gestión	1	-
	Unidad Administración y Servicios	-	1
	Unidad de Tramitación Económica	-	1
	Unidad de Contabilidad	-	1
	Unidad de Facturación y Cobros	-	1
	Unidad de Gestión de Activos	-	1
	Unidad de Gestión Económica	-	1
	Unidad de Gestión de Materiales	1	-
	Unidad de Compras y Contratación	-	1
	Total	3	10
TOTAL Dirección de Recursos Económicos		13	
		(23,1% mujeres)	
Cargo		Mujer	Hombre
Dirección de Recursos Humanos	Dirección Recursos Humanos	-	1
	Subdirección Relaciones Laborales y Asuntos Jurídicos	-	1
	Subdirección de Gestión	-	1
	Adjunta de Recursos Humanos	1	-
	Unidad de Acción Social	1	-
	Unidad de Formación y Desarrollo	1	-
	Unidad de Contratación y Plantillas	1	-

Unidad de Gestión de Nóminas	-	1
Unidad de Gestión Administrativa	-	1
Unidad Prevención de Riesgos Laborales	1	-
Unidad de Plantillas y Situaciones Administrativas	-	1
Total	5	6

TOTAL Dirección de Recursos Humanos **11**
(45,5% mujeres)

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección de Hotelería	Interventor	-	1
	Dirección de hotelería	1	-
	Unidad de limpieza y otros servicios externos		<i>vacante</i>
	Unidad de lavandería y lencería	1	-
	Unidad de cocinas	1	-
	Total	3	1

TOTAL Dirección de Hotelería **4**
(75% mujeres)

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección de Mantenimiento y Obras	Dirección de mantenimiento y obras	-	1
	Adjunto Dirección de Mantenimiento y Obras	-	1
	Unidad de Ingeniería y Obras	-	1
	Unidad de Instalaciones Industriales	-	1
	Unidad Operación de Mantenimiento	-	1
	Unidad de Electromedicina	1	-
	Total	1	5

TOTAL Dirección de Mantenimiento y Obras **6**
(16,7% mujeres)

	Cargo	Mujer	Hombre
Dirección de	Directora de docencia	1	-
	Médico emérito	-	1

Docencia	Directora escuela universitaria de enfermería	1	-
	Jefe de estudios	1	-
	Dirección Centro de Investigaciones en Bioquímica y Biología Molecular	-	1
	Total	3	2
	TOTAL Dirección de Docencia	5 (60% mujeres)	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección del Caso 2

Tabla 32 Composición de los Laboratorios Clínicos por sexo

	Cargo	Mujeres	Hombres	Total	% mujeres
Áreas Generales	Director Técnico	0	1		
	Atención y comunicación con el cliente	1	0		
	Extranalítica	1	0		
	Informática	1	1		
	Formación	5	3		
	Prevención Riesgos Laborales	1	0		
	Supervisión	1	2		
Total		10	7	17	58,8%
Áreas Técnicas	Inmunología	4	2		
	Bioquímica/Genética	10	10		
	Core Lab	3	3		
	Hematología	9	9		
Total		26	24	50	52%
Área Calidad	Coordinación Comité Calidad	0	1		
	Responsable	1	0		
Total		1	1	2	50%
Total Laboratorios Clínicos		37	32	69	53,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas y de la Intranet del Caso 2

7.3. Caso 3

7.3.1. Informe de la estructura organizativa y funcional del Caso 3

I. Introducción

El Caso 3 se crea en 1972 y desde el año 1980 se empieza a dar docencia a los 3 últimos cursos de Medicina. El Caso 3 es un centro hospitalario de titularidad pública que pertenece al Instituto Catalán de la Salud (ICS). Está acreditado como centro de tercer nivel y dispone de todas las especialidades médico-quirúrgicas excepto pediatría y obstetricia.

Está ubicado geográficamente en una ciudad del Área Metropolitana de Barcelona y es el centro sanitario de referencia para toda la población residente en dicha ciudad y las dos comarcas colindantes. Según la distribución sanitaria del territorio toda esta zona se corresponde con la *Región Sanitaria Costa de Ponent* del Servei Català de la Salut (CatSalut), con lo que el Caso 3 oferta atención sanitaria a aproximadamente 1.300.000 habitantes. Al ser el hospital de referencia en relación a algunas especialidades para pacientes del Camp de Tarragona y Lleida, y al convertirse también como centro de referencia para procesos de alta complejidad, la población total de referencia supera los *2 millones de habitantes*.

No es hasta 1990 que se consolida el acuerdo con una universidad pública catalana para poder realizar todos los cursos de la licenciatura de Medicina. Como consecuencia, al ampliar sus funciones a otros campos además del asistencial la ubicación dónde se encuentra el Caso 3 pasa a una denominación más compleja que refleja su composición en diferentes edificios:

- Edificio *Central* en el que se ubican la mayoría de los servicios y unidades de hospitalización.
- Edificio de *Consultas Externas* situado al lado del central.
- Edificio en el que se ubican diferentes instituciones, entre ellas el ICO.
- Edificio Antigua Escuela de Enfermería, donde se encuentra la Clínica Odontológica, la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación, Consulta Externa y el Hospital de Día del VIH, el Servicio de Medicina Preventiva, la Unidad Básica de Prevención y el Servicio de Psiquiatría.

- Edificios *Universitarios*: estos 2 edificios acogen las dependencias de la facultad de Medicina, la Escuela Universitaria de Odontología, la Escuela Universitaria de Enfermería, y, la Escuela y Clínica de Podología.
- Nuevo Edificio *Técnico-quirúrgico* (en fase de construcción)
- Nuevo Edificio de *Investigación* en el que se albergarán los servicios centrales y determinados equipos tanto de los servicios de investigación del Caso 3 como del IDIBELL.

En 1995 se funda el *Institut Català d'Oncologia* (ICO) y aunque se crea como empresa pública adscrita al CatSalut (Servei Català de Salut), tanto éste como la CSUB comparten servicios comunes y generales, y también colaboran en el terreno asistencial, docente e investigador.

En 2004 se constituye la fundación de investigación y se establece un nuevo marco para la investigación con el fin de potenciar la creación de redes de trabajo para la transferencia de tecnología y la formación de plataformas biotecnológicas mixtas. El Caso 3 canaliza la mayor parte de su actividad investigadora a través de este instituto. Está formado por 580 personas entre investigadores/as, colaboradores/as, becarios/as y personal de apoyo. Las líneas de investigación se agrupan en las siguientes 5 grandes áreas:

- Cáncer y genética
- Neurociencias
- Patología infecciosa y trasplantes
- Factores de crecimiento, hormonas y diabetes
- Enfermedades inflamatorias, crónicas y degenerativas

Como dato para contextualizar el tipo de hospital al que estamos haciendo referencia y según su *Memoria de actividad*, la actividad asistencial durante el 2007 fue de:

- Hospitalización: 32.560 ingresos totales.
- Urgencias: 125.850 totales.
- Quirófanos: 12.761 intervenciones mayores programadas, 5.105 de cirugía mayor ambulatoria, 578 intervenciones menores y 6.312 intervenciones urgentes.
- Interconsultas: 37.658 totales.

- Trasplantes: 202 totales.
- Actividad Ambulatoria: 507.825 en consultas externas y 104.939 en extrahospitalarias.

Después de haber descrito las funciones asistenciales, los posibles perfiles profesionales que se pueden encontrar son:

- Perfil docente: convenio con universidad pública de Barcelona
- Perfil investigador: ICO, IDIBELL, dentro de cada servicio especializado
- Perfil asistencial
- Perfil gestor

II. Plantilla y características

Para comprender el funcionamiento interno del Caso 3 se debe distinguir entre el *organigrama de la gerencia del hospital* (no hay profesionales de la medicina) y el *organigrama de la dirección médica*.

Respecto al organigrama médico observamos diferentes tipos de servicios y coordinaciones. Los *servicios centrales* (9) son denominados de esta manera porque dan asistencia tanto a los 12 *servicios médicos* como a los 13 *quirúrgicos*.

El cupo máximo de *coordinaciones* en el Caso 3 es de 5. Éstas son:

- Admisión de pacientes: actualmente hay una médica como responsable
- Calidad: médica como responsable
- Quirófanos
- Trasplantes
- Urgencias: médica como responsable

El número viene dictaminado directamente por el ICS y pueden variar en la tipología pero no en la cantidad total. El cargo de responsable de la coordinación no se consolida por lo que no se considera un cargo fijo ya que el nombramiento se decide entre el director gerente y el director médico del Caso 3. La retribución económica complementaria por ocupar este cargo es equiparable al nivel entre el jefe de servicio (máximo nivel de responsabilidad dentro de cada especialidad) y el jefe de sección (segundo máximo nivel dentro de cada especialidad). Sin embargo,

en la jerarquía de decisión y responsabilidad, los responsables de la coordinación están, en teoría, por encima de los jefes de los servicios y se situaría al nivel de un subdirector (tal y como se observa en el organigrama de la dirección médica).

Hace unos pocos meses que la dirección y gerencia médica del Caso 3 ha cambiado por completo de responsables. Por un lado, el proceso de elección de los cargos dentro del organigrama de dirección médica queda bajo la responsabilidad del director médico que es quién elige a sus subdirectores de confianza.

Las *unidades funcionales* existentes en el Caso 3 son 4 y todas ellas tienen como responsable a un médico. Son:

- Unidad de Esclerosis Múltiple
- Unidad de Citodiagnóstico
- Unidad Hospitalaria de Desintoxicación
- Unidad Básica de Prevención

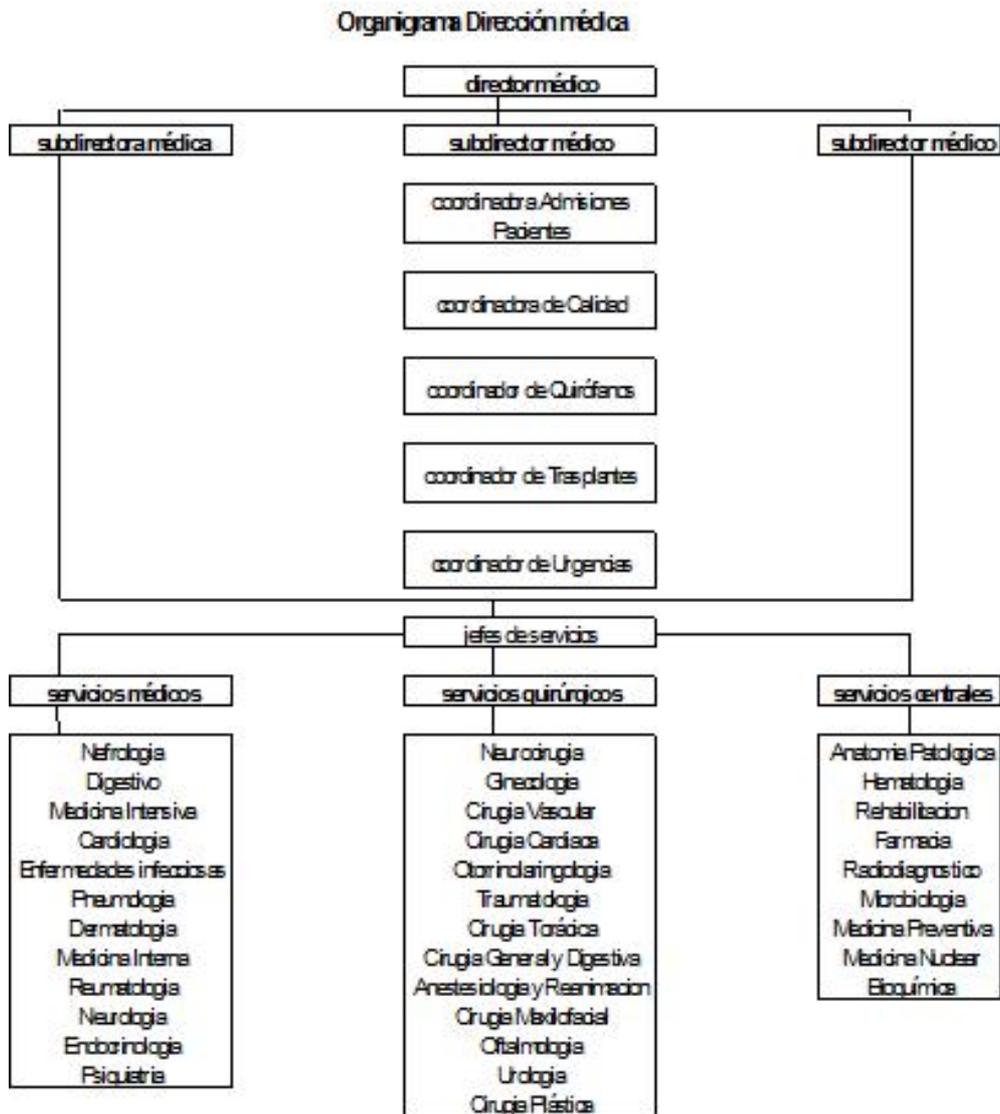
Se trata de unidades que aunque jerárquicamente dependen de sus servicios especializados correspondientes tienen un alto grado de independencia y un margen de actuación autónomo. Se diferencian, por tanto, de las subespecialidades o unidades internas que pueda tener cada servicio. El cargo de responsable de la unidad lo escoge directamente el director médico del Caso 3.

Como *servicio periférico* dentro de la oferta asistencial del Caso 3 se entiende la contratación del servicio del *Banco de Sangre*. No se dispone de ningún otro.

Los *complementos de retribución económica* van exclusivamente en función del cargo de responsabilidad que se ocupa. Existe otro complemento cuyo criterio es el de la antigüedad, es lo que se conoce como la "carrera profesional" la cual entró en vigor el 2002 y consta de 4 niveles. Tienen derecho a percibirla los profesionales sanitarios con contrato estatutario y se trata de un suplemento económico fijo al mes dependiendo de los años trabajados en el ICS. Según la perspectiva del departamento de recursos humanos se trata de una "promoción vertical" ante la rigidez de la estructura de plazas del ICS al no poder acceder a la promoción vertical la gran mayoría de los profesionales. Sin embargo, la opinión de los/as médicos/as es que no es en absoluto ningún tipo de promoción sino más bien un intento de compensación económica que sustituye mínimamente el pago real de los trienios de los profesionales.

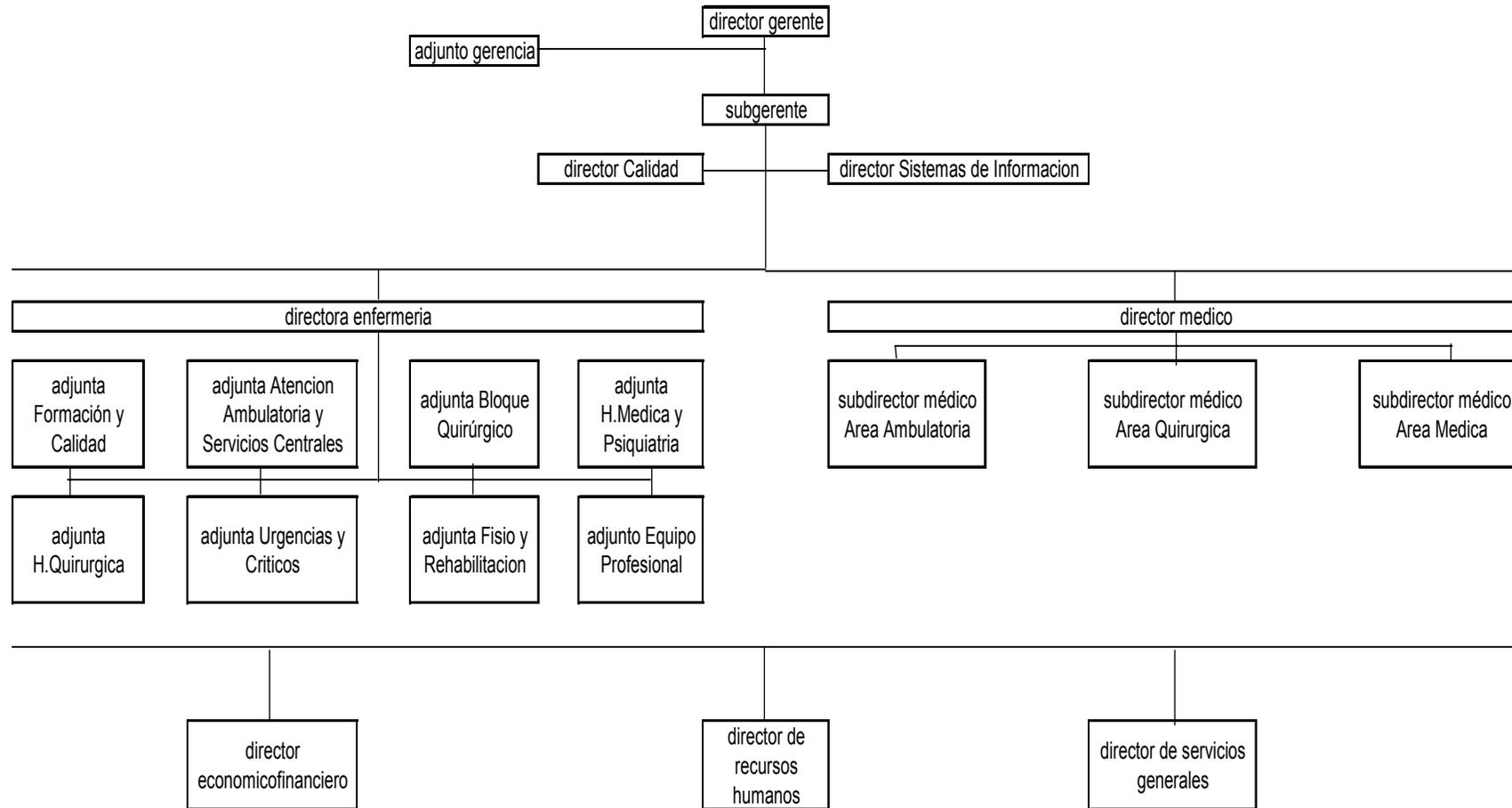
En el Caso 3 se encuentran 2 sindicatos específicos del colectivo médico, aparte de los sindicatos generales como CATAAC, CCOO, UGT y USOC en los que también hay afiliados que son profesionales de la medicina.

Organigrama 6 Dirección médica del Caso 3



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo en el Caso 3

Organigrama 7 Gerencia del Caso 3

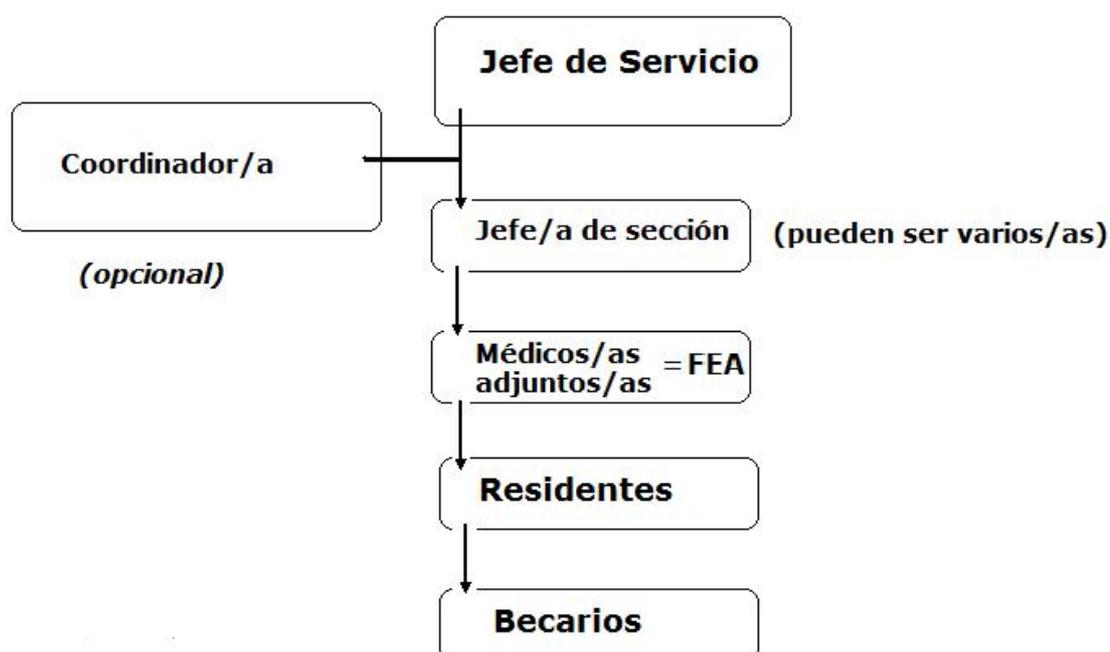


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo en el Caso 3

En todo el Caso 3 trabajan aproximadamente unas 4.100 personas entre trabajadores de plantilla y personal sustituto. Las tablas que se presentan a continuación hacen referencia a lo que internamente se conoce como el *staff*, es decir, los profesionales médicos con contrato fijo o estatutario dentro del Caso 3 (jefes/as de servicio, coordinadores, jefes/as de sección, y adjuntos). Por lo tanto, no salen reflejados todos los trabajadores con contrato temporal como son los/as médicos/as residentes y los/as becarios/as.

El siguiente esquema jerárquico ofrece una idea de los comandos de mando dentro de la estructura de cada servicio:

Organigrama 8 Cargos de mando de servicio en el Caso 3³⁸



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo en el Caso 3

En relación a posibles indicadores respecto la *carga asistencial* asumida por los profesionales, desde el departamento de recursos humanos, se nos informa de que cada servicio se organiza su propia tarea asistencial dejando al jefe del servicio

³⁸ La figura del coordinador/a aparece cuando el jefe del servicio o bien está a punto de jubilarse y asume menos carga asistencial y de gestión o bien se considera, por parte de dirección médica, que requiere del apoyo de otro profesional responsable y se le gratifica con este puesto al no haber más que una plaza estatutaria para el cargo de jefe de servicio. Realiza las mismas funciones que el jefe del servicio.

funciones determinadas a su cargo más ligadas a la gestión que a la actividad asistencial, aunque se especifica que esto depende del tipo de servicio. No se ofrecen datos de número de consultas estipuladas ni ningún otro indicador objetivo al respecto.

El total de profesionales que están realizando *la residencia* de su especialidad en los distintos servicios médicos y quirúrgicos del Caso 3, se cuantifica esta plantilla en 332 residentes (a fecha de junio 2008). Se calcula que, aproximadamente, dos tercios de éstos son médicas y el restante tercio son médicos.

Las plazas existentes que se ofertan para realizar los 4 años de residencia dependen del tipo de demanda que pueda haber anualmente en cada servicio, por lo que fluctúa en número aunque el primer criterio (generalmente en relación a la partida presupuestaria recibida) que determina su distribución viene marcado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación.

El proceso de vinculación con los/as profesionales residentes sigue el circuito de ofrecer, en primer lugar y cuando se finaliza la residencia, sustituciones de las guardias del personal del staff que no las pueden hacer por edad o por enfermedad. Se trata de contratos eventuales que, en el caso de que el/la jefe/a de ese servicio y su equipo lo propongan a dirección médica y se acepte, se puede ofrecer un contrato de interinidad. No hay establecido un cupo determinado de este tipo de plazas para los residentes, sin embargo, y aún siendo difícil de cuantificar el número de residentes que continúan trabajando en el Caso 3 y vinculados con contrato interino ya que depende de "las necesidades del servicio" y de la cantidad de médicos/as en activo que tenga, el porcentaje de estos casos no suele ser muy elevado.

Otra vía de continuidad entre residentes y el Caso 3 es a través de las becas de investigación para llevar a cabo estudios específicos. Pueden ser ofrecidas directamente por el servicio médico y/o quirúrgico (bajo aprobación de dirección médica), por la Fundación de investigación, o por el Ministerio de Sanidad.

En la Tabla 33 observamos la distribución del personal del staff del Caso 3, distinguiendo en primer lugar cualquier tipo de profesional con contrato indefinido y, en segundo lugar especificando para profesionales médicos/as. Con esta primera gran diferenciación se observa que el porcentaje de mujeres en activo desciende cuando hacemos referencia a médicas, es decir, del 41% de mujeres dentro de la plantilla se pasa al 34% cuando observamos el staff médico. Un desequilibrio más evidente que en la proporción anterior.

También es destacable que los servicios en los que la proporción de médicas supera al número de sus compañeros médicos sean en *servicios médicos* como

Anatomía Patológica, Anestesiología y Reanimación, Medicina Preventiva, Microbiología y Parasitología, y Rehabilitación. Todos ellos con un 60% de médicas en sus equipos menos en el servicio de Rehabilitación que es predominantemente femenino (75% de médicas). Sin embargo, la inexistencia de médicas la encontramos en los *servicios quirúrgicos*, más concretamente en 4 de los 7 en activo (cirugía cardiaca, cirugía maxilofacial y oral, cirugía torácica, y neurocirugía). También hay ausencia de médicas dentro del servicio médico de Urología (0% en todos los casos).

Otra franja porcentual mínima, entre el 5%-15% de presencia de médicas, la encontramos en 1 de los restantes servicios quirúrgicos (cirugía ortopédica y traumatológica) y en 5 servicios médicos (angiología y cirugía vascular, dermatología, nefrología, neurología, y psiquiatría).

La mayoría de los servicios cuentan entre un 21% - 44% de médicas dentro de su plantilla interna de staff, sin entrar en especificaciones de tipología de cargo ocupado (dato que será analizado en la siguiente tabla).

Por último comentar que de todos los servicios del Caso 3, los 4 con más peso cuantitativo hacen referencia a servicios que cuentan con una alta presencia de médicas en su equipo menos en el caso del de cirugía (Cirugía General y Digestiva) aunque por tratarse de un servicio quirúrgico es elevado su porcentaje (28% de médicas en su plantilla interna).

Tabla 33 Profesionales por tipo de servicio médico y sexo**Servicios médicos en activo y distribución del staff según sexo**

Servicios médicos disponibles	profesionales en activo			profesionales médicos en activo					% del TOTAL
	hombre	mujer	total	hombre	%	mujer	%	total	
Anatomía Patológica	6	9	15	6	40%	9	60%	15	3%
Anestesiología y Reanimación	22	43	65	22	34%	42	66%	64	13%
Angiología y Cirugía Vasular	8	1	9	8	89%	1	11%	9	2%
Aparato Digestivo	12	8	20	12	60%	8	40%	20	4%
Laboratorio de Análisis Clínico	10	16	26	0		0		0	0%
Cardiología	19	6	25	19	79%	5	21%	24	5%
Cirugía Cardíaca	9	1	10	9	100%	0	0%	9	2%
Cirugía General y Digestiva	21	11	32	21	72%	8	28%	29	6%
Cirugía Maxilofacial y Otol	4	1	5	4	100%	0	0%	4	1%
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	20	4	24	20	95%	1	5%	21	4%
Cirugía Plástica y Reparadora	4	4	8	4	50%	3	43%	7	1%
Cirugía Torácica	5	0	5	5	100%	0	0%	5	1%
Dermatología	8	1	9	8	89%	1	11%	9	2%
Documentación Clínica y Archivo	0	1	1	0		0		0	0%
Endocrinología y Nutrición	6	5	11	6	60%	4	40%	10	2%
Farmacología	3	6	9	0		0		0	0%
Farmacología Clínica	2	6	8	0		0		0	0%
Ginecología	5	4	9	5	56%	4	44%	9	2%
Enfermedades Infecciosas	8	5	13	8	67%	4	33%	12	3%
Medicina Intensiva	16	14	30	16	57%	12	43%	28	6%
Medicina Interna	12	5	17	12	73%	4	25%	16	3%
Medicina Nuclear	4	3	7	2	50%	2	50%	4	1%
Medicina Preventiva	2	3	5	2	40%	3	60%	5	1%
Micología y Parasitología	4	7	11	4	40%	6	60%	10	2%
Nefrología	11	5	16	11	69%	2	15%	13	3%
Neurocirugía	8	2	10	8	100%	0	0%	8	2%
Neurología	11	2	13	11	85%	2	15%	13	3%
Oftalmología	10	4	14	10	71%	4	29%	14	3%
Otorinolaringología	12	3	15	11	79%	3	21%	14	3%
Pneumología	12	8	20	12	63%	7	37%	19	4%
Psiquiatría	11	8	19	10	91%	1	9%	11	2%
Radio diagnóstico	17	12	29	15	55%	11	42%	26	5%
Rehabilitación	8	24	32	2	25%	6	75%	8	2%
Reumatología	6	2	8	6	75%	2	25%	8	2%
Urgencias	11	10	21	9	55%	7	44%	16	3%
Urología	17	2	19	16	100%	0	0%	16	3%
TOTAL	344	246	590	314		162		476	100%
Porcentaje	58%	41%	100%	68%		34%		100%	

La responsable de los Servicios es una médica

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web del Caso 3 y del departamento de recursos humanos (2007).

Respecto la siguiente tabla, comentar en primer lugar que la pirámide profesional del staff del Caso 3 se sustenta con una base del 79% de los profesionales que tienen cargo de Facultativo Especialista de Área (F.E.A.), el 13% son jefes/as de sección, el 1% coordinadores/as, y el 7% del total son jefes/as del servicio.

En el estatus donde encontramos más médicas es en la base de la pirámide, es decir, en los cargos de adjuntos/as (el 42% del total de los FEA). Y disminuye ostensiblemente su presencia cuando nos fijamos en los cargos de jefa del servicio (el 6% del total) y en los de jefas de sección (el 13% del total).

Los servicios que cuentan con una médica como responsable son Rehabilitación y Laboratorio Clínico. El servicio de Radiodiagnóstico cuenta con una mujer como coordinadora y está reconocida y legitimada por sus compañeros/as como la persona responsable del servicio. Consta un médico como jefe del servicio. *Respecto al cargo de jefa de sección todos los puestos están dentro de servicios médicos, ninguno quirúrgico.* Por lo que continuamos observando una desigual distribución de los profesionales según su sexo, el cargo y el tipo de servicio en activo en el que trabajan (médico o quirúrgico).

Tabla 34 Profesional médico por cargo y sexo

Distribución del staff médico según cargo y sexo

Servicios disponibles*	Profesionales										
	jefe servicio			coordinador			jefe seccion			f.e.a**	
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	hombre	mujer
Anatomía Patológica	1						2			3	9
Anestesiología i Reanimación	1			1	1		2	3		17	38
Angiología y Cirugía Vascolar	1						2			5	1
Aparato Digestivo	1						1			10	8
Cardiología	1						2	1		16	4
Cirugía Cardíaca	2						2			5	
Cirugía General y Digestiva	1						6			14	8
Cirugía Maxilofacial y Oral							1			3	
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	1						4			15	1
Cirugía Plástica y Reparadora	1						1			2	3
Cirugía Torácica	1						1			3	
Dermatología	1									7	1
Endocrinología y Nutrición	1						2			3	4
Ginecología	1						2			2	4
Enfermedades Infecciosas	1						2			5	4
Laboratorio Clínico		1		2			3	1		4	11
Medicina Intensiva	1						6			9	12
Medicina Interna	1						1	1		10	3
Medicina Nuclear	1									1	2
Medicina Preventiva	1									1	3
Microbiología y Parasitología	1							1		3	5
Nefrología	1						2			8	2
Neurocirugía	1									7	
Neurología	1						2			8	2
Oftalmología	1						2			6	4
Otorrinolaringología	1						2			8	3
Pneumología	1			1			2			8	7
Psiquiatría	2									7	1
Radiodiagnóstico	1				1		2			12	10
Rehabilitación		1						1		2	4
Reumatología	2									4	2
Urgencias				1			1			7	7
Urología	1						2			13	
TOTAL	32	2	34	5	2	7	55	8	63	228	163
% según sexo	94%	6%	100%	71%	29%	100%	87%	13%	100%	58%	42%
% según cargo		7%			1%			13%			79%

*Se excluye los servicios de Documentación clínica y archivo, Farmacia, y Farmacología Clínica porque no cuentan con profesionales médicos

**Facultativo Especialista de Área

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web del Caso 3 y del Departamento de recursos humanos. 2007.

III. Tablas específicas

Para el cruce de las variables **tipo de contrato, edad y sexo** no se disponen de los datos desagregados por cada uno de los tipos de contrato (estatutario, interinaje y temporal) según el sexo del profesional y a qué franja de edad pertenece. Los datos que se presentan a continuación hacen referencia al *staff médico* que son, tal y como lo define la responsable de recursos humanos, los médicos y médicas con contrato estatutario (fijo) que ejercen en el Caso 3.

Tabla 35 Profesionales con contrato estatutario por sexo

Mujeres		Hombres		Total
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
175	35%	320	65%	495

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web del Caso 3 y del Departamento de recursos humanos. 2007.

Especialidades hospitalarias

Se observa un cierto equilibrio en la distribución de la presencia de médicas que tiene cada tipo de servicio sobre el total del Caso 3. El mayor número de médicas lo encontramos en los *servicios quirúrgicos* (38% del total), aunque este dato puede conducir a conclusiones engañosas de equidad ya que este porcentaje se ve claramente aumentado por la mayoritaria presencia de mujeres en el servicio más feminizado de los considerados como quirúrgicos, el de Anestesiología y Reanimación (42 médicas). Y el peso de médicas (30% de presencia) está por debajo del porcentaje de importancia que tienen estos servicios sobre el total de los activos en el Caso 3 (37% del total).

Los *servicios centrales* absorben el 32% del total de médicas, con clara mayoría los servicios de hematología y bioquímica, radiodiagnóstico y anatomía patológica. Se trata de los únicos servicios en los la presencia de las médicas aumenta del 20% del peso en general que tiene estos servicios en comparación con el resto de todo el Caso 3, y el 32% de presencia médica femenina en comparación con el resto de tipo de servicios.

El resto del peso de médicas se encuentra en los *servicios médicos* (30% del total), sobretudo en Medicina Intensiva. Aún así el porcentaje de presencia médica femenina es inferior (30% de médicas) al peso del tipo de servicios en total (37%).

Tabla 36 Profesionales por especialidad

		Total profesionales medicina		Total médicas	
servicios médicos	nefrología	13		2	
	aparato digestivo	20		8	
	medicina intensiva	28		12	
	cardiología	24		5	
	enfermedades infecciosas	12		4	
	pneumología	19		7	
	dermatología	9		1	
	medicina interna	16		4	
	reumatología	8		2	
	neurología	13		2	
	endocrinología	10		4	
	psiquiatría	11		1	
		183	37%	52	30%
servicios quirúrgicos	neurocirugía	8		2	
	ginecología	9		4	
	cirugía vascular	9		1	
	cirugía cardíaca	9		0	
	otorrinolaringología	14		3	
	traumatología	21		1	
	cirugía torácica	5		0	
	cirugía general y digestiva	29		8	
	anestesiología y reanimación	64		42	
	cirugía maxilofacial	4		0	
	oftalmología	14		3	
	urología	16		0	
	cirugía plástica	7		3	
		209	42%	67	38%
servicios centrales	anatomía patológica	15		9	
	rehabilitación	8		6	
	farmacia	9		6	
	radiodiagnóstico	26		11	
	microbiología	10		6	
	medicina preventiva	5		3	
	medicina nuclear	4		2	
	hematología y bioquímica	23		14	
		100	20%	57	32%
TOTAL GENERAL		492	100%	176	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web del Caso 3 y del Departamento de recursos humanos. 2007.

El resto del peso de médicas se encuentra en los *servicios médicos* (30% del total), sobretodo en Medicina Intensiva. Aún así el porcentaje de presencia médica femenina es inferior (30% de médicas) al peso del tipo de servicios en total (37%).

Especialidades y sexo

Al cruzar estas dos variables (especialidad y sexo) observamos que es en los servicios centrales donde los hombres tienen una presencia minoritaria (14% del total de médicos en activo en el Caso 3), se trata de servicios como rehabilitación, medicina preventiva, radiodiagnóstico, hematología y bioquímica, anatomía patológica,...consideradas como especialidades feminizadas.

Tabla 37 Profesionales por especialidad y sexo

hombres (316)	especialidades	total	%	total global
	médicas	131	41%	183
	quirúrgicas	142	45%	209
	centrales	43	14%	100
		316	100%	492

mujeres (176)	especialidades	total	%	total global
	médicas	52	30%	183
	quirúrgicas	67	38%	209
	centrales	57	32%	100
		176	100%	492

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web del Caso 3 y del Departamento de recursos humanos. 2007.

En relación a los servicios con más presencia masculina destacan un total de 21, de los cuales 10 son quirúrgicos y los 11 restantes son servicios médicos. Sobre un total de 284 profesionales que conforman estas 21 especialidades, 57 son mujeres (20% del total) y 227 son hombres (80% del total).

Tabla 38 Servicios médicos masculinizados

Servicio masculinizado (n=21)	sexo			%	
	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres
Angiología y Cirugía Vascolar	8	1	9	89%	11%
Aparato Digestivo	12	8	20	60%	40%
Cardiología	19	5	24	79%	21%
Cirugía Cardíaca	9	0	9	100%	0%
Cirugía General y Digestiva	21	8	29	72%	28%
Cirugía Maxilofacial y Oral	4	0	4	100%	0%
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	20	1	21	95%	5%
Cirugía Torácica	5	0	5	100%	0%
Dermatología	8	1	9	89%	11%
Endocrinología y Nutrición	6	4	10	60%	40%
Enfermedades Infecciosas	8	4	12	67%	33%
Medicina Interna	12	4	16	75%	25%
Nefrología	11	2	13	85%	15%
Neurocirugía	8	0	8	100%	0%
Neurología	11	2	13	85%	15%
Oftalmología	10	4	14	71%	29%
Otorrinolaringología	11	3	14	79%	21%
Pneumología	12	7	19	63%	37%
Psiquiatría	10	1	11	91%	9%
Reumatología	6	2	8	75%	25%
Urología	16	0	16	100%	0%

	servicio quirúrgico
	servicio médico
	servicio central

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web del Caso 3 y del Departamento de recursos humanos. 2007.

En relación a la feminización de los servicios, observamos que hay 5 en los que mayoritariamente hay una presencia femenina. Sobre un total de 102 profesionales, 66 son mujeres (representan el 65% del total) y 36 son hombres (el 35% del total). Todas las especialidades están englobadas en los que el propio Caso 3 denomina servicios centrales y únicamente 1 es un servicio relacionado con la práctica quirúrgica

Tabla 39 Servicios médicos feminizados

Servicio feminizado (n=5)	sexo			%	
	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres
Anatomía Patológica	6	9	15	40%	60%
Anestesiología i Reanimación	22	42	64	34%	66%
Medicina Preventiva	2	3	5	40%	60%
Microbiología y Parasitología	4	6	10	40%	60%
Rehabilitación	2	6	8	25%	75%
Total	36	66	102		
Total %	35%	65%	100%		

	servicio quirúrgico
	servicio médico
	servicio central

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web del Caso 3 y del Departamento de recursos humanos. 2007.

Por último, comentar que las especialidades en las que podemos encontrar una presencia más o menos de equilibrio (aunque siempre en detrimento de las médicas) son en los siguientes tipos de servicio.

Tabla 40 Servicios médicos con paridad

especialidades más equilibradas (n=5)	sexo			%	
	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres
Cirugía Plástica y Reparadora	4	3	7	57%	43%
Ginecología	5	4	9	56%	44%
Medicina Intensiva	16	12	28	57%	43%
Medicina Nuclear	2	2	4	50%	50%
Urgencias	9	7	16	56%	44%
total	36	28	64		
total %	56%	44%	100%		

	servicio quirúrgico
	servicio médico
	servicio central

Fuente: Elaboración propia. Ídem caso anterior.

La única especialidad en la que teóricamente encontramos paridad es en Medicina Nuclear. El resto, de un total de 64 profesionales, 28 son médicas (44% del total en estas especialidades) y 36 son médicos (56% del total).

Cargos ejecutivos y sexo

En relación al tipo de cargo que ocupan los profesionales dentro de la estructura médica del hospital observamos que el 58% del total son jefes/as de sección, el 31% ocupan el cargo de jefe/a de servicio y, a mucha más distancia y con porcentajes casi residuales (5%-6% respecto el total) están las personas que coordinan un servicio y las que se responsabilizan de coordinar una unidad, las cuales son dirigidas mayoritariamente por médicas (60%). Es abrumadora la proporción de hombres que tienen cargos de responsabilidad (86% del total) en comparación con el escaso 14% de médicas que ocupan un puesto directivo dentro de la estructura médica jerárquica del Caso 3.

Tabla 41 Profesionales por cargo y sexo

Tipo de cargo	sexo				Total	
	hombres		mujeres			
	n	%	n	%		
jefe servicio	32	94%	2	6%	34	31%
coordinación servicio	5	71%	2	29%	7	6%
jefe sección	55	87%	8	13%	63	58%
responsable coordinación unidad	2	40%	3	60%	5	5%
Total general	94		15		109	
	86%		14%		100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web del Caso 3 y del Departamento de recursos humanos. 2007.

En la siguiente tabla observamos que las especialidades feminizadas (color fucsia), consideras así por tener más número de mujeres que de hombres ejerciendo la medicina dentro del servicio, no se traduce con una proporción mayor de médicas ostentando cargos de responsabilidad ya que los jefes de servicio son hombres (menos en el caso del Rehabilitación) y donde encontramos más presencia femenina es en los cargos de jefa de sección.

De todas las especialidades masculinizadas (color verde) sólo en 3 de ellas encontramos médicas ocupando un cargo de responsabilidad, pero no es el de jefa de servicio sino el de responsable de una sección dentro del servicio. Y, dentro de las especialidades más equilibradas (color rojo), en cuanto al número de médicos y médicas ejerciendo dentro del servicio, observamos que ninguna mujer ocupa cargo de responsabilidad, bien sea de jefa de servicio o de coordinadora apoyando en funciones al jefe del servicio o de responsable de alguna sección interna.

Tabla 42 Profesionales por cargo y sexo

Servicios disponibles*	Profesionales de la medicina								
	jefe servicio			coordinador servicio			jefe seccion		
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total
Anatomía Patológica	1						2		
Anestesiología i Reanimación	1			1	1		2	3	
Angiología y Cirugía Vasculat	1						2		
Aparato Digestivo	1						1		
Cardiología	1						2	1	
Cirugía Cardíaca	2						2		
Cirugía General y Digestiva	1						6		
Cirugía Maxilofacial y Oral							1		
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	1						4		
Cirugía Plástica y Reparadora	1						1		
Cirugía Torácica	1						1		
Dermatología	1								
Endocrinología y Nutrición	1						2		
Ginecología	1						2		
Enfermedades Infecciosas	1						2		
Laboratorio Clínico		1		2			3	1	
Medicina Intensiva	1						6		
Medicina Interna	1						1	1	
Medicina Nuclear	1								
Medicina Preventiva	1								
Microbiología y Parasitología	1							1	
Nefrología	1						2		
Neurocirugía	1								
Neurología	1						2		
Oftalmología	1						2		
Otorrinolaringología	1						2		
Pneumología	1			1			2		
Psiquiatría	2								
Radiodiagnóstico	1				1		2		
Rehabilitación		1							1
Reumatología	2								
Urgencias				1			1		
Urología	1						2		
TOTAL	32	2	34	5	2	7	55	8	63
% según sexo	94%	6%	100%	71%	29%	100%	87%	13%	100%

*Se excluye los servicios de Documentación clínica y archivo, Farmacia, y Farmacología Clínica porque no cuentan con profesionales médico@s

7.3.2. Informe de las entrevistas al personal médico del Caso 3

I. Introducción

El perfil de las personas entrevistadas ha seguido la directriz de la tipología de profesionales de la medicina establecida por el objeto de estudio. De esta manera, la muestra se compone de los siguientes individuos³⁹:

Tabla 43 Entrevistas realizadas

sexo	cargo			total
	residente	f.e.a.	responsable sección	
hombres	0	1	0	4
mujeres	4	6	4	15

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla cruzamos más variables descriptivas de la situación personal de los individuos de la muestra (estado civil, hijos/as, si también trabajan en el sector privado, y la media de edad):

³⁹ Se ha llevado a cabo 20 entrevistas, 19 de ellas realizadas a profesionales de la medicina y 1 a la responsable de la Unidad de Gestión de Personal del Departamento de Recursos Humanos del HUB. Al no tratarse de una médica no se contabiliza esta entrevista para el análisis de discurso, sin embargo aporta información valiosa para comprender el contexto laboral.

Tabla 44 Características de las personas entrevistadas

sexo	cargo	estado civil	hijos	privada	media edad
hombres	f.e.a	soltero	0	no	53,5
	responsable servicio	casado	1	no	
	responsable servicio	casado	4	si	
	director médico	casado	1	no	
mujeres	residente	soltera	0	si	29,3
	residente	soltera	0	no	
	residente	soltera	0	no	
	residente	casada	1	no	
	f.e.a	soltera	0	si	50,6
	f.e.a	divorciada	2	no	
	f.e.a	casada	0	no	
	f.e.a	casada	1	no	
	f.e.a	casada	3	no	
	f.e.a	casada	3	no	
	responsable sección	soltera	2	no	58,5
	responsable sección	viuda	0	no	
	responsable sección	divorciada	0	no	
	responsable sección	casada	2	no	
responsable servicio	divorciada	2	no		

Fuente: Elaboración propia

La media de edad total de los individuos de la muestra es de *47,5 años*, siendo la edad menor de 26 años y la mayor de 62 años. La media de hijos/as es de 1,15. Todos los profesionales entrevistados han ejercido la medicina en otros hospitales de Cataluña exceptuando los casos de dos médicas residentes con 26 y 29 años. Se dan casos de práctica profesional en hospitales de Madrid, Valencia y Ciudad Real pero todos por breves períodos de tiempo, generalmente parte de la residencia. Hay 2 casos que han trabajado en el extranjero: 1 médica (f.e.a) durante 6 años en hospital público de Alemania, y 1 médico (f.e.a.) durante 1 año en hospital público de Londres. Sólo hay 2 médicas que compaginen su actividad profesional en el Caso 3 con la privada: una médica adjunta (f.e.a.) y una residente, ambas se encuentran sin cargas familiares.

El contexto en el que se efectuaron las entrevistas fue el propio Hospital Caso 3. En concreto se realizaron dentro del servicio médico-quirúrgico correspondiente a cada especialidad del entrevistado/a. Las sesiones se gravaron en audio previo consentimiento del profesional y su duración osciló entre 35 minutos y 1:15h ya que

también dependía de las interrupciones que hubiera a lo largo de la entrevista, bien por motivos de consultas telefónicas o por el propio personal sanitario del servicio. El total de entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de abril-junio de 2008.

La captación se originó extrayendo la información de los servicios médicos y quirúrgicos del Caso 3 a través de su página web y efectuando llamadas telefónicas a los/as profesionales que, por el cargo de responsabilidad que se especificaba en la Intranet y después de hablar brevemente con la persona, se consideró más adecuado según el perfil del objeto de estudio. También hubo captación de un par de médicas residentes a través de la técnica de bola de nieve (servicios de Anestesiología y Reanimación, y, el de Anatomía Patológica).

II. Análisis temáticos

El análisis de discurso se estructura en función del guión utilizado para realizar las entrevistas y siguiendo el orden de los bloques temáticos de las fichas resumen.

1. Inserción

La vía de acceso al Caso 3 se caracteriza claramente por razón de *edad*, es decir, el tipo de inserción laboral está diferenciado entre dos grupos: aquellos/as profesionales que accedieron a un puesto de interinidad (médico/a adjunto/a) mediante la presentación directa del currículum vitae y entrevista con el jefe del servicio correspondiente, y, aquellos que entraron después de examinarse del MIR y acceder al puesto de médico/a residente para trabajar/cursar durante 4 años la especialidad médica o quirúrgica escogida.

Las edades actuales de los/as profesionales del **primer grupo** oscilan entre los 50 y los 62 años. Se trata de médico/as que cuando se acabaron de licenciar era justo la época en la que se inauguró el Hospital Caso 3 (año 1972) o se empezaban a crear y estructurar los servicios médicos-quirúrgicos. Todos ellos comentan que "era una época muy buena en cuanto al tipo de contratos y las ofertas laborales" (mujer, jefa sección) y que "no existía el MIR con las condiciones de hoy en día sino que había un previo concurso oposición sin examen, presentabas el currículum y entonces te escogían" (hombre, jefe servicio). Se trata de las generaciones de profesionales

que actualmente ocupan cargos de responsabilidad dentro del organigrama de la dirección médica del Caso 3.

“Lo que tendría que resaltar es haber llegado a un hospital joven...que comenzaba en aquel entonces...porque se inauguró en el año 72, me parece...y yo llegué en el 74...y era...todo el staff que estaba contratado...de...en aquel momento tenía...entre 25 y 35 años” (m/sec/m).

Los propios profesionales de la medicina lo reconocen al decir “Se abría el servicio de medicina interna y en ese momento fue hacer una entrevista con el jefe de servicio...creo que no hice ningún examen...bueno, no sé...supongo que presenté el currículum...ya te digo que de esto hace muchos años...” (m/sec/m).

“En el Hospital se necesitaban médicos y yo justo estaba acabando la formación, entonces el grupo de médicos que entonces iban con el jefe de servicio, el jefe de servicio era un cirujano y yo no le conocía...pero necesitaban cardiólogos, y dentro de los que eran próximos al jefe de servicio de cirugía, pues pidió gente que pudiera venir a trabajar como cardiólogo...y me ofrecieron venir aquí” (m/ad/m).

“El acceso al Hospital Caso 3 fue de residente...cuando entré de residente, en ese momento no existía el MIR con las condiciones de hoy en día sino que pasabas un concurso oposición pero sin examen previo, presentabas tu currículum y entonces te escogían, ya estaba...no había examen” (h/serv/qj).

“Bueno...primero fui adjunto, ¿no?, la verdad es que era una época muy buena en cuanto al tipo de contrato...y...y de ofertas laborales...y enseguida estuve de interina con jornada partida y después a tiempo completo aquí...hasta que salió la plaza...” (m/serv/m).

Todos los profesionales que forman el **segundo grupo** inician la vinculación laboral con el Caso 3 desde la etapa de la residencia, aunque haya casos en los que después de finalizarla ejercieron en otros hospitales públicos y luego regresaron al Caso 3 (menos en 1 sólo caso que la inserción vienen dada por sus contactos directos con la dirección médica del Caso 3 y realizó la residencia en otro hospital de Cataluña, también perteneciente al ICS).

“La vía de acceso fue...bueno...ya me conocían en...dirección médica...el que había sido director del (*hospital de ciudad de la provincia de Barcelona*) y me llamó directamente para ofrecerme un puesto de trabajo” h/ad/m).

Las edades oscilan desde los 29 hasta los 46 años. Tal y como nos comenta una médica residente de 4º año del servicio de Otorrinolaringología:

"hice mis 4 años de residencia y el último año...al salir tenía varias ofertas de trabajo pero no me quería mover de Barcelona y...aquí había una posibilidad de alguna plaza con un poco más de tiempo y sobretodo porque me interesaba la laringe y estas cosas y tenía más que aprender y...solicité una beca...y me quedé". "Yo estudié aquí y ya me conocían en el Hospital" (m/rsd2/m).

Las médicas residentes entrevistadas identifican **como factores de atracción** elementales que las hicieron decantarse por el Caso 3 en primer lugar *la excelente reputación reconocida dentro del ámbito profesional del servicio médico* en el que han hecho la residencia ("quería el servicio, no el hospital...quería la especialidad y el servicio" m/rsd4/m. "Creo que tiene unos grandes especialistas que te pueden enseñar mucho. En cuanto a anatomía patológica en concreto, me pareció un hospital muy quirúrgico y que quizás era el mejor sitio donde estudiar y ejercer la especialidad" m/rsd2/m.). Y, en segundo lugar, que el *hospital de referencia es de tercer nivel*:

"Para mi formación quería un sitio muy asistencial...quería un hospital donde...bueno...hubiera mucha demanda asistencial...se trabajara mucho para tener una buena formación...y además el tipo de paciente aquí es muy especial...es muy...bueno...en general, ¿eh?, ... son gente de bajo nivel cultural...muchos pluripatológicos que hace que sea un poco más difícil el tema médico...y que para formarte esto es algo positivo, ¿no?" m/rsd4/m.

Como factores facilitadores para la inserción laboral destacan principalmente la capacidad personal de trabajo, tener una actitud positiva, y saber trabajar en equipo ("el principal factor es hacer bien tu trabajo, y trabajar bien y no poner problemas, quitar problemas más que ponerlos" m/rsd2/m). El único médico que no ha hecho la residencia en el Caso 3 comenta que el "ser de la casa" es también importante para los jefes de servicio ya que consideran que son profesionales formados por ellos mismos ("...sobretudo si eres de la casa y has hecho la residencia en la casa...y te has quedado a trabajar aquí...esto también es un grado importante....para los jefes...y para quedarte" h/ad/m).

2. Promoción

a) Para los profesionales médicos que ocupan el cargo de *jefe de servicio* (3 hombres y 1 mujer), identifican mayoritariamente la promoción profesional con la satisfacción personal ante el reconocimiento del trabajo bien realizado:

“es un reto personal y de confirmación de tu trayectoria profesional...es importante para tu ego porque se considera que tu trabajo esté bien valorado” h/drt. “La promoción...yo creo que ha sido una satisfacción...lo que pasa es que es un proceso muy lento...es muy lento comparado con otros países donde la promoción es mucho más rápida y ágil y en la medida en que el trabajo funciona se te abren las puertas muy rápidamente, como pasa en los EEUU o en Inglaterra o en Canadá...o en Australia...en cambio aquí depende de que hayan plazas y esto lo cambia todo completamente” h/serv/m)

Después reconocen que hay una parte de incentivo económico importante al respecto, y, también opinan que la promoción profesional es un proceso difícil y de acceso limitado debido a la estructura organizativa del ICS:

“todo depende de que en el momento en que tú acabas una especialidad...y esto si hay plazas en el hospital, pero que hayan plazas, hoy en día...aquí en el Hospital de Bellvitge en concreto es difícil porque claro la forma de entrar nuevas personas en el Hospital (ICS) es que alguien se jubile o que se muera” h/serv/qj. “No creo que sea un problema del Hospital, es que es un problema del ICS, un poco...que es una estructura antigua y que por tanto vamos arrastrando los problemas de esta estructura muy...yo creo que es poco ágil y que, por tanto, me condiciona a que yo tenga personas muy válidas y que me sea difícil promocionarlas y...y las puedo promocionar en los ámbitos en los que estoy más libre...para hacer publicaciones o algo así” h/serv/m).

Para los profesionales que están como *jefes de sección* (4 mujeres), la promoción también se identifica con el sentimiento de satisfacción ante el reconocimiento del trabajo persona:

“supondría acceder a los puestos en los que pudieras por una banda...a ver...ehhhh...orientar y aplicar tus conocimientos...y...que tengas un puesto de responsabilidad compartida...porque tampoco soy persona que crea en la...en las jerarquías...y que tuvieras un reconocimiento en todo los aspectos”.

“El reconocimiento, ¿no?, del trabajo que has realizado y de satisfacción por tu parte por que se reconozca el tiempo y el trabajo dedicado a la sanidad pública” m/sec/m).

Sin embargo, en segundo lugar, aparece mayoritariamente la asociación con "no me interesa" ocupar cargos de responsabilidad ("Yo soy muy poco ambiciosa umh... para mi la promoción es personal y de conocimiento, sobre todo" m/sec/m). Algunas de ellas también asocian la promoción con la fidelidad y compromiso que se tenga con la empresa, y, se traduce en un reto personal:

"yo de entrada siempre he ido diciendo que no...la verdad no me ha interesado mucho...es que...tampoco económicamente representa mucho más...así que...si tuviera una compensación económica importante pues quizás sí que dirías que te compensa por el aspecto económico,¿no?...pero no es el caso...es más bien un tema de fidelidad...fidelidad y quizás también de reto" m/sec/m).

Y comparten la opinión, junto los jefes de servicio, que el contexto estructural en el que impone las normas el ICS es un sistema rígido y limitado.

"creo que todo el mundo tendría que tener derecho a una promoción laboral...pero claro esto no siempre es posible para todo el mundo que está en el hospital porque pasar de adjunto a jefe clínico...aquí somos 9 adjuntos pero sólo hay 1 plaza para una persona...entonces te quedas más bien estancada a ese nivel...a no ser que sigas la vía universitaria y por ahí puedas subir, no?" m/sec/m).

Para los profesionales que son médicos adjuntos o f.e.a. (1 hombre y 6 mujeres), la promoción se asocia mayoritariamente con una mejora cualitativa del trabajo (más horas para investigar y tareas de gestión, y, menos trabajo asistencial) así como la progresión dentro del status jerárquico del hospital:

"Significaría tener un reconocimiento de tus conocimientos adquirido y cambiar tu estatus dentro de la jerarquía del servicio" m/ad/m).

También opinan, aunque de forma minoritaria, que puede ser una satisfacción personal. Y, en último lugar, aparece la idea de mejora económica:

"supongo que será ir subiendo de escala, ¿no? que se han inventado una especie de escala...según los cursos o según la experiencia que se tenga...a un nivel más personal me parece que lo que hay es una mejora económica pero cosa más...bueno es hacer legal o premiar algo que es algo que siempre han hecho los médicos...y es formarse y estar lo más al día posible, ¿no? es lo que se llama carrera profesional..." h/ad/m).

Como algunas jefas de sección también aparece el discurso del no interés por promocionar: "El ganar cargos me importa relativamente poco...no tengo aspiraciones de ser jefa o cosas de este tipo...no me interesa nada en absoluto...no me ha interesado nunca. Me interesa poder hacer el tipo de trabajo que quiero hacer" (m/ad/m).

Es importante destacar la opinión de una médica que denuncia la política interna de promoción del ICS al discriminar la puntuación que se da a la experiencia profesional dependiendo de centro sanitario en el que se haya ejercido ya que si no pertenece a la red de centros que gestiona el ICS, no se contempla como experiencia puntuable. Es decir, sólo se contempla como válida para la promoción la experiencia demostrable en los centros del ICS excluyendo, de esta manera, a los profesionales que tienen experiencias laborales en otro tipo de centros (no se premia la movilidad):

"pienso que el sistema del ICS es un sistema tan rígido...eh, tanto de puntos que se llegan a cosas realmente absurdas, por ejemplo...yo tengo 10 años de experiencia en la sanidad pública en un hospital comarcal, pero como que es un hospital comarcal que pertenece a la XHUP a mí esta experiencia no se me reconoce en el ICS...mi antigüedad es solamente mis años de residencia, los diez años que he trabajado en la sanidad pública catalana, haciendo sanidad pública como mis 40 horas semanales, las guardias y tal...no se me reconocen como antigüedad y no me da punto...los famosos puntos del ICS...ni me da trienios ni me da nada...entonces...cualquier otro facultativo que ha hecho la residencia aquí, en Caso 3 y se ha quedado dos años haciendo guardias, tiene más puntos que yo" (m/ad/qrj).

Para las *médicas residentes* entrevistadas (4 mujeres) la idea de promoción está igualmente repartida entre el sentimiento de satisfacción personal ante el reconocimiento del resto de los compañeros del trabajo bien hecho ("yo lo vería como tu trabajo bien hecho independientemente del cargo que tengas...y el reconocimiento de tus compañeros en lo que haces" m/rsd2/m), por lo que no asocian la promoción a ocupar ciertos cargos de gestión (escasos y específicos) dentro del organigrama funcional del hospital ("No es uno de mis principales objetivos, o sea...yo lo que busco en un trabajo es estar a gusto, que me agrade...que me permita vivir bien...y...pero sobretodo estar a gusto con lo que hago y...bueno, la promoción pues tampoco...no es uno de mis principales problemas" m/rsd4/m) sino que lo identifican precisamente con el reconocimiento por parte de la comunidad médica ante sus conocimientos y trabajo realizado ("El jefe del servicio llega a ser el administrador del servicio...no una persona especialmente letrada o hábil... yo creo que el jefe de servicio... algunos, ¿eh? son meros administradores...por eso no tiene porqué ser especialmente un objetivo para todo el mundo ser jefe de servicio... yo opto por tener una plaza fija en algo que me

guste...que pueda seguir aprender y...que me dé una estabilidad. No me interesa ser jefe de nadie" m/rsd4/m). Por lo tanto es una compensación por el esfuerzo personal y el tiempo dedicado a la profesión: "para mi significa como una evolución... como una progresión dentro de nuestro trabajo con mejoras de tipo de contrato tanto a nivel de calidad y en cuanto al trabajo en sí...y...y claro supongo que económicamente, ¿no? cualitativamente me refiero a que se supone que si tienes un cargo de más responsabilidad no sólo puedes hacer...básicamente trabajo asistencial...que es lo que hacemos la mayoría de los adjuntos sino que también te dedicas a una pared más organizativa o tienes un poco más de tiempo libre para hacer investigación" (m/rsd2/m).

b) Como factores positivos que ayudan en el camino de la promoción profesional, todas las personas entrevistadas están de acuerdo en identificar como factor elemental la *capacidad y el esfuerzo individual* para conseguirlo, en pocos casos se comenta aspectos contextuales y/o ambientales como elementos influyentes que condicionan la promoción o el desarrollo de la carrera profesional.

Para los *jefes de servicio* los factores que son importantes para promocionar son: tener suerte, tener los contactos adecuados y estar bien posicionado, la experiencia laboral, saber trabajar en equipo ("la capacidad de trabajar en grupo, y un cierto liderazgo de grupo, yo creo que también...es importante...y es que va implícito, una cosa con la otra... actualmente el apoyo sin más...al menos en mi experiencia, y el que veo aquí...viene derivado porque realmente la persona está funcionando y está aportando mucho...entonces cuando aporta mucho recibe el apoyo de algún catedrático o jefe de servicio y esto es importante, claro, pero se trata de una cadena, no? No es un apoyo porque sí, es un apoyo porque aquel médico está aportando en publicaciones, en investigación, en resolver problemas, a nivel asistencial, buena predisposición...lo que yo digo...saber trabajar en grupo" h/serv/m), hacer currículum en cuanto investigación y publicaciones ("es un factor importante, desde el punto de vista de que alguien quiere promocionar y todo esto...pues bueno...hacer currículum, el problema con el que te encuentras es que cuando trabajas en un hospital eminentemente asistencial como este... pues esto lo tienes que hacer un poco por satisfacción personal más que por otra cosa" h/serv/qrj) , y, ser considerado un líder por el resto de compañeros.

Para las *jefas de sección* estos factores se reducen a aspectos íntegramente individuales como la capacidad personal, la dedicación a la profesión para hacer

currículum y el trabajo personal, desear promocionar y crear un buen ambiente de trabajo entre los compañeros:

"Bueno...yo creo que el estudio personal...la sistemática de estudio y de trabajo personal...pienso que es lo más importante...y que probablemente mantener unas correctas relaciones con el entorno, ¿no?...no tener unas relaciones...pero de todas maneras creo que este factor no es tan imprescindible...creo que en los hospitales públicos en los que me he movido lo más importante es el esfuerzo personal...esfuerzo personal y mucho trabajo, mucho trabajo...porque te tienes que llevar muchas cosas para hacer en casa...tienes que hacer muchas horas en casa" (m/sec/m). "Yo le doy mucha importancia al conocimiento y por lo tanto al currículum y el esfuerzo personal por tener una formación lo mejor posible, creo que es muy importante, pero la ambición personal el tener una estructura mental preparada para avanzar dentro de lo que son los distintos escalafones que pueda haber en un lugar... son las características de empeño y de ganas de... tienen más importancia. Yo diría que las piedras fundamentales serían la formación y el deseo personal de promocionarse, porque esa persona en un momento determinado buscará los caminos para hacerlo más que otra que ya estará tranquila haciendo un trabajo que ella considere que lo hace bien" (m/sec/m).

Para los *médicos adjuntos* los factores identificados como positivos para promocionar se amplían y jerarquizan de otra manera ya que en primer lugar, el aspecto más importante para ellos es tener afinidad con los jefes ("básicamente la simpatía que te tenga el jefe de servicio... Y ya está...este creo que es el gran factor...creo que es lo que básicamente aquí se tiene en cuenta" m/ad/m) y saber tener los contactos adecuados ("la buena relación con el jefe de servicio, una relación...los contactos, el que muchas veces...pues sepas dónde estás trabajando..." m/ad/qrj). También comentan que hay que tener en cuenta la suerte que se pueda tener, identificándolo con "estar en el momento y lugar adecuado" para promocionar ("claro como en todo...tener una buena relación con las personas que toman las decisiones...(silencio) y...y creo que ya está, ¿no? bueno...puedes estar en el momento oportuno de que se crea una plaza o...de que uno se jubila y piensan en tí, ¿no? o sea que lo del momento adecuado también es muy importante" m/ad/m). Después vendría el trabajo personal ("la experiencia y el tiempo que lleves en la empresa trabajando...el grado de implicación...dedicarte al trabajo que tienes aquí en Caso 3 de...bueno...de...no pensar en los horarios estrictamente" h/ad/m) reflejado en el aspecto de hacer currículum y tener carácter de líder ("evidentemente se tiene que tener un poco de carácter de líder, para ir ascendiendo y conducir un equipo y tal, no? Después pues....eso, no? Un poco de dedicación" m/ad/m). Sólo en

1 caso se comenta el disponer de tiempo para dedicarlo a destacar dentro de la especialidad (mujer joven con 2 niños pequeños):

“yo ahora...básicamente lo que considero muy importante es si hay...el tiempo que puedes dedicar tú al trabajo para poder destacar a nivel de investigación...en hacer tutorías...básicamente lo que se necesita es tiempo para mejorar”.

Para las *residentes* sin duda el aspecto básico es la capacidad personal de trabajo (“Tener la capacidad de poder hacer un trabajo mejor y que te dejen” m/rsd4/m) y el ser una persona resolutiva (no conflictiva ni dar problema en el servicio médico). Y, después aparece el factor de disponer de los contactos adecuados (“yo creo que contactos...hay gente que hace muy bien su trabajo y no evoluciona...y gente que no la hace tan bien y asciende, ¿no? sí...contactos y querer subir de categoría profesional, ¿no? porque te tienes que buscar estos contactos...” m/rsd4/m) y la figura del mentor (“que si esta gente ayuda a subir? Y tanto!...sí...yo diría que sí que ayuda...aunque sólo sea para orientarte en el camino a seguir” m/rsd4/m), a la par que la dedicación para hacer currículum. Como factores minoritarios están el tipo de ambiente laboral (“aquí promociona la gente que no investiga, que no estudia...es la gente que tiene tiempo de urdir mejor las cosas, ¿eh? sin embargo los más trabajadores, los que más cosas hacen...es lo que yo conozco...les cuesta más....aquí se promociona de otra manera por eso como yo es lo que vivo...ya sé que no es la manera de promocionar...” m/rsd4/m) que les rodea y el tener tiempo para dedicarlo a la profesión, junto con la voluntad de querer promocionar.

c) Como **otros factores influyentes** dentro del proceso de la promoción profesional, los *jefes de servicio* entrevistados opinan que la especialidad tiene un peso importante ya que dependiendo de si es médica o quirúrgica el interés del profesional para promocionar varía, ya que según ellos “los cirujanos están más interesados en la actividad quirúrgica que en ocupar cargos de gestión” h/drt. Por eso las especialidades médicas son predominantes en los cargos con responsabilidad dentro del organigrama gerencial del hospital. En cuanto a la antigüedad la consideran un factor que se tienen en cuenta porque entra dentro del baremo de puntos que establece el ICS para promocionar (h/drt), aunque hayan otros que tengan más importancia. Se trata de un valor oficial dentro de una escala puntual, no de un valor reconocido y legitimado entre profesionales, al menos no de forma generalizada (“desde luego se tiene en cuenta, si se tendría que tener o

no...quiero decir...no lo sé” m/serv/m). En cuanto a las especificidades del propio Caso 3 destacan todos ellos que la estructura promocional del ICS a la que pertenece el hospital es rígida y antigua, y que dificulta la progresión profesional al establecer un tipo concreto de promoción (cargos de gestión) y pocas posibilidades de acceso (plazas limitadas):

“la rigidez de estructuras como la del ICS...que son más históricas, con una historia muy larga...pero creo que les falta agilidad...agilidad y probablemente yo entiendo que siempre pues el personal es un capítulo de gasto enorme, pero que si se pudiera objetivizar mejor...y, por tanto, actuar de acuerdo con esto de si es rendible o no una persona” h/serv/m. “Hay mucha mentalidad de funcionarios por el tipo de contrato estatutario que establece el ICS...tenemos un ambiente muy endogámico que no facilita el acceso de contratación a personas de fuera el hospital...a diferencia del sistema de la XHUP en que los contratos son laborales y ofrece más libertad para escoger al mejor profesional que necesitas en aquel momento” h/drt.

También opinan que es un hospital totalmente asistencial con lo que se dificulta la posibilidad de hacer currículum dentro del horario laboral obligando a, los profesionales que están interesados en este aspecto, a dedicar tiempo de la vida personal a esta tarea:

“aquí somos muy asistenciales y no tenemos instaurada una estructura de investigación, ahora empezamos a...ahora podríamos...pero a un nivel más personal...”m/serv/m. “También depende de la especialidad porque.. el quirúrgico, entre que vas a quirófano, que tienes consultas...a diferencia de los servicios por ejemplo de medicina interna...cuál es su actividad? El pase de visitas y la consulta...y el pase de visitas pues bueno, si tienes muchos residentes y tal pues te puedes dedicar muchas mañanas a sentarte y pensar...nosotros que si ahora operas dos días a la semana, y pasas consultas, y haces guardias...no tienes días para sentarte en un despacho y estar, no? sacas tiempo de tu casa” h/serv/qrj).

El director médico asegura, como elemento característico negativo, que muchos de los profesionales que están en activo en el Caso 3 tienen mentalidad de “funcionario” debido al tipo de contrato estatutario que establece el ICS, cosa que genera estancamiento intelectual. Este tipo de política laboral genera un ambiente endogámico que dificulta una contratación más abierta y continua para otro tipo de profesionales médicos, lo compara con la cultura de contratación laboral que tiene, por ejemplo, la Xarxa Hospitalària d’Utilització Pública (XHUP). Todos los jefes de servicio tienen muy interiorizado el discurso meritocrático en el que el individuo es el máximo responsable ante su posible promoción profesional (el único límite que

establecen es la estructura funcional del ICS) ya que todo depende de la capacidad personal y el interés por promocionar ("Para mi ha sido una cosa muy importante a la que dedico muchas horas..." h/serv/m). Todos ellos también asocian la *maternidad* con "un problema y grave" ya que no hay recursos humanos disponibles para suplir las bajas y la carga asistencial se reparte entre los compañeros del servicio. La maternidad convierte a la mujer en "problemática" para la empresa, y, por tanto dificulta el proceso de promoción a diferencia del hombre que no tiene esa "ruptura profesional":

"que en un servicio hayan muchas mujeres es un problema importante...lo es...¿porqué? porque estamos en una profesión que no la podemos cubrir, yo tengo una persona 4 meses de baja, y claro, no encuentro sustituto...es que no es una enfermera o que hace tareas de éstas que buscas una suplente para 4 meses...claro para los médicos no encuentras un suplente para 4 meses. Si yo ahora empiezo a tener chicas y están 4 meses de baja maternal... quién me cubre la baja? Este es el problema que puedo tener en el momento que hayan muchas mujeres en un servicio médico o quirúrgico" (h/serv/qrj).

"Yo creo que como todo el mundo... que dices hostia una embarazada!... y piensas ¿ahora cómo lo organizo? Es que una baja es muy difícil, a nivel de enfermería y todo esto sí que es de fácil sustitución, pero a nivel de médicos es muy difícil encontrar un médico. Efectivamente en algunos servicios, con la poca capacidad de gestión que tienen, no pueden contratar y el problema es este... contratas a una persona joven y lo primero que tienes que pensar es que tendrá críos...y hacer que se sientan lo más tranquilos posible, porque sólo falta que...y que nos ponga mala cara, que es mi filosofía, que estén bien tranquilas y que vuelvan lo más sanas mentalmente posible. Pero vamos, como piensa todo el mundo...que realmente la mujer en este tema es conflictiva y es así de simple. Es un problema, un problema y grave" (m/serv/m).

Cuando se les preguntaba por la situación actual, dentro del organigrama médico de responsabilidades, sobre el dato objetivo de que 1 médica fuera la única jefa de servicio dentro de todos los activos del HUB, y, de que además éste fuera rehabilitación (especialización completamente feminizada), las opiniones al respecto fueron:

"Es una cuestión simplemente que está muy influenciada por las generaciones, el porcentaje de hombres en las generaciones que ahora van accediendo o que han ido accediendo a los cargos...eran unas generaciones en las que yo creo que este porcentaje de hombres era más alto. Y después, yo ya no sé si intervienen estos factores de interés y dedicación personal...porque yo, por ejemplo, es que no he hecho vacaciones durante años, hasta el 92 no hice vacaciones, y cuando digo no hacer vacaciones...es no hacer nada de vacaciones. Ya llevaba 10 años trabajando...y en el 92 tuve una hija y empecé

a hacer 1 semana de vacaciones al mes...pero una semana completa de decir...una semana que no hacía nada más, y durante el mes que dependía en función de las necesidades del servicio médico...ahhh...lo dedicaba a trabajar en casa. Y esto ha sido hasta hace 3 años, ahora me escapo 3 semanas...es así...a los 50 años, claro y entonces...esto yo creo que las mujeres pueden hacerlo mucho menos, que tal y como está organizada la familia, la sociedad, y que no sólo lo pueden hacer mucho menos...es que hay mujeres para todo, como hay hombres para todo...hay hombres que mi estilo de vida no les interesa en absoluto, y lo entiendo, eh! Y ya no hablo de las horas que dormía porque durante años había dos días que dormía 2 horas y el resto de los días dormía entre 4-6 horas, no exagero, eh! Ahora duermo entre 4-6 horas habitualmente, cada día, y algún día duermo 7. Y esto...claro, yo creo que para una mujer, si tiene ciertas responsabilidades familiares es muy complicado y no le interesa." (h/serv/m).

"Porqué no ha habido mujeres, por ejemplo...a trauma no ha habido ninguna mujer, en otras promociones nosotros somos todo hombres, y en general, medicina interna podría haber...ahora...qué porqué no han llegado mujeres como jefas de servicio? Pues a lo mejor porque no les ha interesado...yo creo que no es por tema discriminatorio, es porque no se han presentado, pero tampoco porque no hay tantas,¿eh? en rehabilitación hay pero es un servicio eminentemente femenino. Yo creo que esto es una cosa generacional, yo creo que de aquí a unos años...ahora que son tantas mujeres...dentro de unos cuantos años será cuando se valorará y diremos: mira, hay todas estas mujeres...y a partir de aquí podremos dar plazas o lo que sea pero ahora no hay el suficiente volumen, poco a poco ya irán entrando, ¿no?" (h/serv/qrj).

"mira no sé...porque debo ser la más vieja, [risas] no sé qué decirte...pienso que yo toda la vida he trabajado mucho y he discutido por y para la especialidad y he luchado para no sé que y...y tuve unos compañeros que cuando llegó el momento pues...no fui cuestionada...quiero decir que pienso que me lo merecía...que quieres que te diga... quizás el trabajo es súper importante pero la familia también y no es que las mujeres estén...cómo se dice?...discriminadas...sino que quizás es porque tienen otros intereses. No había ni pensado...de que sí que puede ser que lleve los pantalones sin saberlo...y eso que no soy masculina... que soy femenina, pero no es que yo... esto de hombres y de mujeres...no mira esto de...es que más bien es una cuestión de filosofía de vida" (m/serv/m).

"es una situación que cambiará con el paso del tiempo porque cada vez más la cantera es femenina y hasta llegará un momento en que...después será difícil la paridad con los hombres porque será muy probable que no se encuentren...yo calculo que dentro de unos 10 años se producirá este cambio" (h/drt).

La mitad de las *jefas de sección* entrevistadas opinan que la especialidad que tenga el profesional es un factor que no tiene peso a la hora de promocionar, y especifican que más bien es el círculo de contactos que se tenga (sobre todo para

optar a cargos más politizados) y ciertas características del individuo como "tener ganas y capacidad para ocupar cargos de gestión". Las entrevistadas que opinan que dependiendo de la especialidad se promociona a ciertos puestos lo argumentan con la idea de que "en las especialidades quirúrgicas y ciertas médicas hay más predisposición para tener poder" y eso empuja al profesional a actuar de forma concreta para conseguirlo. La antigüedad está considerada como un factor promocional más dentro del baremo de puntos estipulado por el ICS, aunque comentan que hay factores considerados como más importantes como el esfuerzo y el trabajo personal, y que son reconocidos por la comunidad de profesionales. Como especificidad del Caso 3 identifican que se trata de un hospital enmarcado dentro de una estructura funcional rígida (ICS) que se refleja en los contratos estatutarios fomentando el anquilosamiento profesional. Otra característica es que no se dispone de una estructura de investigación normalizada, cosa que obliga a los profesionales a invertir tiempo personal en la tarea de investigar y publicar, ya que no disponen de tiempo dentro del horario laboral para hacer currículum. Una de las jefas de sección (servicio de Anestesiología y Reanimación) también incluye como especificidad la ausencia de una estructura funcional consolidada independientemente de las personas que en ese momento ocupen cargos de responsabilidad por lo que la estructura jerárquica debería ser más potente y con autoridad. También reclama transparencia y comunicación en relación a la cultura del centro y a los objetivos establecidos a nivel de gerencia/dirección médica. El discurso meritocrático en todas las jefas de sección entrevistadas está totalmente interiorizado ("creo que actualmente no hay ninguna persona que se le haya denegado una promoción si la actitud ha sido...una actitud positiva..."m/sec/m) , aunque en 1 caso se cuestiona esta mentalidad del logro/devenir porque considera importante el contexto ambiental y la estructura funcional del hospital como factores determinantes para promocionar. También comentan, en general, que los concursos-oposición no son procesos transparentes porque están manipulados desde el principio (opinión compartida por la responsable de la Unidad de Gestión de Personal del Departamento de Recursos Humanos del HUB) ya que se sabe, a nivel interno, quién ocupará la plaza vacante porque será el candidato que tiene el apoyo del jefe de servicio en cuestión (perfil profesional ajustado a lo que quiere el jefe de servicio).

"Suelen ser muy personales, a pesar de que la dotación de plazas se hace como concurso público, pero siempre son concursos muy apañados. Yo cuando obtuve mi plaza de jefe clínico supuestamente era concurso, pero estaba claro, y como yo todas, no es que yo fuera especial ni mucho menos, todas las plazas que se dan dentro de los hospitales del INS son concursos apañados, no sé si esto se puede decir pero es así" (m/ad/m). "Si eres un candidato de dentro del hospital y ya te han dado la

confianza...pues ya sabes que...que te llegará el momento...bueno, yo tuve que hacer 2 oposiciones..." (m/sec/m).

"Normalmente ya está pactado, se presenta un candidato, no se presentan 2 ó 3, ya está pactado con la persona y si encima la junta clínica lo ratifica pues ya está. Siempre en funciones, eh? Ahora si te presentas a un concurso oposición donde ha salido una nueva plaza se pueden presentar más personas, no? Pero suele coincidir que ratifican el cargo de la persona que ya está en funciones. Cuando se promociona, por ejemplo, al jefe de servicio o al jefe de sección...ummmh en funciones...una vez que ha salido la plaza, en función de...la tiene que aprobar la junta clínica, y es aquí cuando ya se propone a una persona en concreto que será la adecuada para el puesto y entonces se promociona" (rrhh).

También están de acuerdo en diferenciar el tipo de proceso que se llevaba a cabo hace unos años y los que se hacen actualmente en los que existe más competencia y el nivel de pruebas y exámenes es superior.

Cuando se les preguntaba por la situación actual, dentro del organigrama médico de responsabilidades, sobre el dato objetivo de que 1 médica fuera la única jefa de servicio dentro de todos los activos del HUB, y, de que además éste fuera rehabilitación (especialización completamente feminizada), las opiniones al respecto fueron:

"Es un factor histórico porque claro el cambio de ir aumentado el número de mujeres que hay en los servicios no se encuentra tan lejos...es bastante cercano...y bueno...que en principio es una cosa que en el futuro...es una cosa que se tiene que ir igualando. Se tiene que igualar en proporción...quiero decir que también es verdad que las mujeres no tenemos tanta...yo creo...en general...que no hay tanto interés por ocupar estos cargos porque la responsabilidad de la casa...también la dedicación a los hijos y esto hace que a veces...es una responsabilidad fuese como para dispersarse tanto..." (m/sec/m).

"Si me hubieras preguntado si yo sabía cuantas jefas de servicio hay, yo no hubiera sabido contestar...El que cuando aparece un hombre las mujeres desaparecen, es algo súper sabido y que bueno, que cuanto más desarrollados son los países eso puede ir cambiando algo, pero que es un trabajo, muy, muy... bueno, yo lo veo muy a largo plazo." (m/sec/m).

"realmente es una desproporción que tiene un origen discriminatorio porque aunque haya muchos de estos factores que hemos dicho...de que la propia mujer tiene otras ... mmm...prioridades seguramente en su vida...ehhh...hablar de carrera profesional pero en igualdad de condiciones no tiene las mismas facilidades para acceder

a un puesto un poco más...ehhh...jerárquicamente...es mucho más fácil si se es un hombre que siendo mujer...sí, sí...y tanto!" (m/sec/m).

"...soy un poco crítica a veces por las cuotas...pero sin embargo creo que a veces es importante que...estoy más que por la labor de que sea hombre o mujer se busque a la persona más cualificada, ¿no? en este caso...yo tampoco recuerdo si a las jefaturas de los otros servicios se presentaron mujeres y quedaron descalificadas o no...el hecho de que sea mujer para mi no es...ehhh...lo más importante...yo creo que hay que buscar una persona capacitada independientemente de su sexo, ¿no?" (m/sec/m).

Para la mayoría de los *médicos adjuntos* entrevistados que ejercen en el Caso 3, la especialidad no es un factor influyente en la promoción profesional, ni en positivo ni en negativo. Sin embargo, para algunos sí que está relacionada la especialidad del médico/a con la promoción dentro de la estructura jerárquica del hospital aunque no especifican de qué manera. La antigüedad, para la mayoría, no es un factor que se considere positivo para promocionar ya que sólo se tiene en cuenta por los puntos que corresponde a los años trabajados según el baremo de puntuación establecido por el ICS, y comentan que hay otros elementos mucho más influyentes y que no están contemplados oficialmente en la escala de puntuación:

"la antigüedad no sirve para nada porque evidentemente yo en este momento aquí soy una de las más antiguas del servicio y, por ejemplo, a mi no se me ha dado nunca la opción de hacer carrera en la universidad...o sea, este servicio tiene una persona que es profesor titular y tiene unos profesores asociados...y hay gente mucho más joven que yo que están de profesores asociados y a mi siempre me han dicho que me explico muy bien...quiero decir que cuando he hecho una ponencia o he dado clase o alguna otra cosa..." m/ad/m).

Vuelven a resaltar la importancia de ejercer en centros gestionados por el ICS para que se reconozca la experiencia en los procesos de promoción. Resaltan como especificidad del Caso 3 que se trata de un hospital asistencial y disponen de poco tiempo para dedicarlo a la investigación, pero sobretodo comentan que el rígido sistema de promoción del ICS hace que las plazas sean limitadas en número y que sólo existan 2 posibilidades de vacantes: por jubilación o muerte del jefe de servicio. También coinciden en que el profesional que consigue la plaza es el candidato del jefe de servicio (contratación endogámica).

La mayoría está de acuerdo en la importancia del discurso meritocrático pero matizando que también son importantes factores como la afinidad con los jefes y las amistades políticas que se tengan, el contexto laboral en el que se trabaje (si facilita

o no la promoción), y, en especial el momento personal de cada persona que conduce a una mayor o menor dedicación en tiempo a la profesión:

“podría haberme marchado a lo mejor de jefa de sección o de jefa de servicio en algún hospital, pero las únicas oportunidades que han salido a lo largo de todo este tiempo ha sido fuera de Barcelona ha sido a distancia, como por ejemplo el Hospital de Tarragona o el Hospital de Girona, y entonces...yo tenía familia...tenía 3 críos y no podía tampoco irme muy lejos, mi marido es médico, los dos teníamos guardias en esa época y era una dificultad importante porque era o la familia o la carrera profesional, no? Y esto ha hecho que me haya tenido que quedar aquí a pesar de que tengo un carácter que podría haber ocupado algún cargo de representación más elevado...pero que realmente no lo he podido hacer, en parte por la familia y en parte porque no ha salido ningún cargo de promoción dentro del área metropolitana de Barcelona” (m/ad/m).

El grupo de estas médicas con edades entre 55-60 años reconocen que la promoción es casi inexistente para las mujeres y ésta se desplaza a ámbitos laborales externos del Caso 3. Por ejemplo en dar conferencias, clases en la universidad, ocupar cargos en sociedades de profesionales médicos, ponencias en congresos, ejercer como consultoras, etc. Por tanto se localiza la promoción profesional en un ámbito laboral satélite, y se identifica como el reconocimiento, a nivel interno de la comunidad médica, ante los conocimientos y trabajo personales:

“desde el punto de vista personal no he tenido problemas para ejercer mi profesión y he podido hacer muchas cosas y trabajar como consultor en muchos sitios...es decir, yo he tenido muchas puertas abiertas pero ninguna para promocionar internamente...dentro del propio hospital...sino porque yo me he movido mucho...he conocido a mucha gente, he hecho muchas cosas...pero realmente la proporción de presencia de mujeres es muy alta y la proporción de mujeres con cargos de responsabilidad es muy baja...aún...” (m/ad/m).

Cuando se les preguntaba por la situación actual, dentro del organigrama médico de responsabilidades, sobre el dato objetivo de que 1 médica fuera la única jefa de servicio dentro de todos los activos del Caso 3, y, de que además éste fuera rehabilitación (especialización completamente feminizada), las opiniones al respecto fueron:

“sea por lo que sea los cargos siempre se dan a los hombres, esto cambiará segurísimo porque ahora hay más mujeres médicas que hombres, entre otras cosas porque la profesión como un prestigio social ha ido cayendo en picado. Yo creo que de aquí a 5 años o así habrá más mujeres en edades y perfiles como para ocupar cargos de

jefas de servicio" (m/ad/m). "Pienso que hay dos condicionantes, uno es...yo creo...que la mujer tampoco tiene este aspecto competitivo en medicina, generalmente le gusta la asistencia médica y se dedican al paciente y a hacer tareas científicas y tal...y quizás no tienen tanto interés por ocupar una plaza de dirección...pero cuando hay el interés tampoco es fácil que los compañeros admitan la posibilidad de que una mujer sea la que rija el servicio" (m/ad/m).

Para la mayoría de las *residentes* entrevistadas la especialidad que se tenga sí que influye en la promoción dentro del hospital:

"Yo creo que si la relación existe más bien es negativa porque el hecho de ser patólogo te inhabilita un poco para tener cargos dentro del hospital, bueno, al menos que yo sepa...cargos muy elevados no los tenemos aquí... consultores y juntas clínicas...bueno éstas cosas varias" m/rsd2/m. "Hay especialidades que están mejor consideradas, los cirujanos son los cirujanos, los traumatólogos...entonces sí, supongo que los patólogos son los últimos de la cola o el médico de familia [risas]... pero entonces, de cara a la gestión yo creo que es más un tema político. A ver, por ejemplo...donde yo estaba antes llegó a ser gestor un médico de familia" m/rsd2/m).

También consideran que la antigüedad es un factor importante que se tienen en cuenta porque se asocia a tener más experiencia. Las especificidades del Caso 3 se resumen en que se trata de un hospital asistencial y no hay tiempo material para dedicarlo a la investigación (como en opinión de los demás profesionales entrevistados), y añaden que es un hospital "con mentalidad arcaica y chapado a la antigua". La mayoría de ellas tienen totalmente asumido el discurso del logro/devenir y opinan que "cuanto más hagas, más conseguirás" aunque alguna residente matiza la importancia de disponer de tiempo para dedicarlo a hacer currículum y poder publicar ("Es difícil...aquí hay mucho trabajo y no tienes tiempo para dedicarle a otras cosas...a investigación...a los artículos...Y si no en casa...te llevas trabajo a casa...claro." m/rsd4/m). Sólo un residente opina que la promoción no sólo depende del trabajo y capacidades individuales porque es concedora de profesionales "con buen currículum y que hacen muy bien su trabajo, y no promocionan". En general, las médicas residentes comentan que "no tienen interés en promocionar" si esto se traduce en ocupar cargos de gestión y coordinar el servicio en el que ejercen.; les interesa más el ampliar conocimientos y realizar un tipo de trabajo más especializado (no absolutamente asistencial). Identifican como dificultades para promocionar las responsabilidades familiares con las que se hace cargo la mujer a diferencia de los compañeros-hombres por lo que no disponen del mismo tiempo para dedicarlo a su profesión, ya que lo invierten en la familia ("la familia es una de las cosas que te tira

para atrás, en este sentido conciliar la vida familiar, por los dos lados, para el hombre y para la mujer...pero claro, este ya no es sólo un problema del hospital...es un problema social, que la mujer tiene que ser una *superwoman* y que el hombre se pueda quedar a trabajar hasta la hora que él quiera" (m/rsd2/m). Todas las residentes entrevistadas quieren continuar trabajando en el Caso 3.

Cuando se les preguntaba por la situación actual, dentro del organigrama médico de responsabilidades, sobre el dato objetivo de que 1 médica fuera la única jefa de servicio dentro de todos los activos del Caso 3, y, de que además éste fuera rehabilitación (especialización completamente feminizada), las opiniones al respecto fueron:

"Lo encuentro muy triste, pienso que es un dato muy triste porque se trata de servicios centrales, empecemos por aquí, ¿no? Bueno, rehabilitación no sé cómo se considera, pero laboratorio siempre se ha considerado un servicio central y no son, precisamente, los servicios por los que destaca más el Caso 3, yo diría que destaca más...pues por cirugía digestiva, por *onco*... teniendo en cuenta que ahora ya estamos en una generación que podría haber mujeres como jefas de servicio, que ya no es como antes...que ahora sí que hay médicas de 40 y pico a 50 años que son a las que les toca...o de 60 que son las que tendrían que estar de jefas de servicio...tampoco sería lógico que una mujer de 40 años recién cumplidos fuera jefa por encima de otras...sabes? sí que encuentro que hay mujeres muy preparadas para esto" (m/rsd2/m). "es un hospital muy chapado a la antigua y...las mujeres somos menos guerreras...supongo...que para estas cosas...a mí...yo no me voy a pelear con medio mundo para ser jefe de servicio...que no lo valoro como la máxima promoción, ¿eh?" (m/rsd4/m). "Son unos servicios médicos que quizás exigen menos dedicación, ¿no?...hombre, es un dato negativo pero creo que las cosas están cambiando, ahora en la facultad somos un 80% de mujeres...es que por narices el número de mujeres en el poder tendrá que aumentar, no hay más...pero bueno, supongo que a medida que vayan entrando las mujeres la cosa irá cambiando." (m/rsd2/m). "Yo creo que se irá igualando...es la tendencia, ¿no? [risas] sí...yo creo que sí...a ver la evolución normal sería esta, ¿no? es lo que ha ido pasando...hasta ahora no había médicas...eran todo médicos...se han ido introduciendo y ahora incluso somos más médicas que médicos...aunque los cargos los ocupan los médicos...pero creo que una vez se ha entrado en esta línea tenderá a igualarse" (m/rsd2/m).

En general, la opinión de las personas entrevistadas ante el dato objetivo de que 2 médicas ocupan cargos de jefas de servicio médico (no quirúrgico) de todos los que tiene en activo el Caso 3 es que se trata de una cuestión de tiempo. El devenir natural llevará a un proceso de normalización en el que las médicas ocupen más puestos de responsabilidad, sin necesidad de poner en marcha ninguna política de

acción al respecto. Sólo algunas médicas, las más mayores y que ocupan el cargo de jefas de sección (máxima promoción en 30 años de profesión), comentan que la discriminación por sexo es evidente aunque se enmascare bajo el discurso de la meritocracia.

Otra idea que se presenta generalizada es la de las prioridades, es decir, las médicas no están discriminadas ante la promoción ya que las oportunidades están para todos los profesionales por igual y depende de las prioridades que tenga cada persona que hará que dedique más tiempo a unos aspectos de su vida o a otros (profesión-familia). Es cuestión de la escala personal de prioridades vitales y, en consecuencia, de la organización racional del tiempo, y no tanto de las condiciones laborales actuales. En palabras de un médico con cargo de gestión: "a las mujeres no les interesa promocionar...les importa más la familia y el trabajo del día a día", es decir, el trabajo no reconocible oficialmente ni el que se traduce en cargos de responsabilidad ya que en muchas ocasiones ya ni se presentan a los concursos-oposición:

"quizás si que hay más cargos importantes ocupados por hombres pero no creo que esto se deba a una discriminación...simplemente creo que quizás un hombre está más interesado en este tipo de promoción, y quizás una mujer lo que busca pues...es lo que busco yo...estar tranquila y hacer el trabajo que me gusta" m/rsd2/m).

3. Compatibilidad vida personal y laboral

En general, los profesionales médico/as entrevistados no consideran que exista incompatibilidad entre su trabajo y su vida personal, aunque todos afirman que disponen de pocas horas para el entorno familiar y amistades debido a los horarios de consultas, de trabajo asistencial, las guardias, etc. y en su mayoría identifican el ámbito privado como el núcleo central en el que se debe incidir para transformar una posible situación de no compatibilidad:

"a lo mejor podría ser difícil de compaginar pero hay muchas mujeres que tienen vida familiar y trabajos con mucha responsabilidad y promocionan...no creo que tenga porqué ser incompatible...depende de qué vida familiar quieras llevar tú...vamos, yo no creo que sea incompatible" (m/rsd4/m). "...yo creo que con la vida familiar...lo que trastoca más...lo que lo hace más difícil son las actividades extras y las guardias, es que tú no decides las horas, ¿no? Esto es lo que hace más difícil la vida familiar. Hacer un

trabajo...tú puedes decidir hacerlo pues a las 2 de la madrugada, no? y poder compaginarlo con la vida familiar" (d/ad/qrj). "Es difícil...es muy difícil...el trabajo te quita mucho tiempo y...lo que todo el mundo tiene como horarios de descanso y días de ocio...pues...te encuentras con una sorpresa, ¿no? cuando estés en la vida laboral de un médico...o haces pactos...o...sacrificas tu vida familiar al final porque hoy en día la carrera profesional es muy importante y...es un *pack* que va incluido en la tu trabajo...es imposible separarlo" (h/ad/m).

Siguiendo con esta línea discursiva también identifican diferencias entre las médicas y los médicos a la hora de conciliar:

"No es incompatible pero supone un esfuerzo extra pero...bueno...no es lo mismo...[ríe] nosotros... somos un servicio muy femenino, ¿no? y ves las diferencias a la hora de...no sé...yo no tengo niños y no lo sé pero a la hora de...he visto muchas veces que llamaban a compañeras porque sus hijos estaban en el colegio enfermos...vamos que el niño tenía fiebre, ¿no?...y, en cambio pocas veces he visto que avisasen al padre para que fuera a recogerlo..." (m/rsd4/m).

En concreto, para los *jefes de servicio* entrevistados del Caso 3 no hay incompatibilidad sino que es sólo cuestión de saber gestionar el tiempo, y "sacarlo de donde sea si se quiere hacer currículum" (h/serv/qrj). Y, se encuadra únicamente en el ámbito familiar de cada persona excluyendo por completo el ámbito productivo:

"En todo caso en un problema de ámbito privado de cada uno, y no una cuestión laboral...cada uno sabe cómo se organiza con su pareja" (m/drt). "Bueno, puede ser difícil, sí, todo esto de las conciliaciones con la vida familiar y todo esto es un tema de ahora, no? Yo, en este aspecto no tengo ningún problema, tengo el fin de semana para preparar cosas, y las preparo...y fin, no?...(ríe) que quiero decir que al final las conciliaciones familiares y después la gente que trabaja aquí...pues después tampoco tiene porqué...después de aquí se van a trabajar a otro sitio, es que con los sueldos que pagan...evidentemente que es difícil, sí, pero esto es como todo...el que hace cosas y las quiere hacer las hace durante el fin de semana y esto, yo creo, que vale para todo...vale aquí y vale para las grandes empresas, los directores de empresa seguro que llegan el fin de semana a casa y cuando no montan una reunión con unos preparan otras cosas o..., yo creo que es difícil, lo que pasa es que ahora es un tema que está muy de moda, la conciliación familiar...(ríe) y yo creo que depende de cada uno" (h/serv/qrj).

Uno de los máximos responsables de servicio médico del Caso 3 opina que las médicas tienen 2 factores limitadores: uno genético (embarazo y maternidad) y el otro personal (la familia):

“un factor personal es la dedicación que tiene que tener hacia la familia y esto les quita mucho tiempo, y que también pues los períodos de embarazo y de parto y esto...pues se trata de un período que por si no es muy largo, pero que al final sí que es largo porque claro, pasan cosas mientras la persona está fuera, y se pierde un *simposium*... o publicaciones...bueno, publicaciones es difícil porque se hacen muchas a lo largo del tiempo y si tienen que participar participarán igualmente en algún momento, no? Pero bueno, creo que hay este *handicap*, y que esto sí que supone un cierto límite. Y después está el **factor personal** porque hay mujeres que sí, que dicen “a mi me interesa el nivel profesional i quiero cumplir bien a nivel profesional”...y cumplo y ya está y después que...hay factores que aunque tengan tiempo profesional, pues tienen a veces... una atención para sus hijos y tal...y esto no es **biológico**” (h/serv/m).

Las jefas de sección también están de acuerdo en que no es incompatible la vida profesional con la personal aunque sí la consideran muy difícil porque las mujeres continúan teniendo casi la responsabilidad absoluta sobre su familia. Realidad que provoca una desigual distribución del tiempo, el cual es finito, y por eso tienen menos afán en promocionar:

“no es un problema de incompatibilidades...sino de que...es mucha carga...mucha carga, ¿eh?, yo me encuentro ahora...yo preferiría tener mi función asistencial...seguro que haría de “ratita” en alguna cosa...y después me dedicaría a mi familia...que es lo que más me interesa...en estos momentos...y además al cabo de los años también vas viendo un poco qué es lo que más te interesa en la vida, ¿no?” (m/sec/m).

“No, incompatible, incompatible, no. Es más dedicada, más difícil, incompatible, no. Todos conocemos a muchas mujeres que dentro de sus... la universidad mismo, seguro que aun hay más catedráticos que catedráticas, pero, muchas no han renunciado a su vida familiar, lo que pasa es que bueno, que vayan probablemente con muchas más multiplicidad de faenas o de roles que va el hombre, pero imposible no” (m/sec/m). “Imposible no pero no es fácil...no es fácil...yo creo que tienes que sacrificar muchas horas de tu vida personal...que no hay suficiente con el horario que uno tiene establecido, ¿no? y que entonces...pues bueno...tienes que escoger sí, sí, sí...esto es lo que pasa (ríe)...y claro...no es lo mismo para ellos que para ellas...evidentemente que no...esto está claro porque...bueno los médicos y las médicas forman parte de lo que es la sociedad y lo que es evidente es que las tareas de la mujer en relación a la vida familiar, tanto de hijos como de padres, pues...no tiene nada que ver con el hombre, no? que por mucho que...que el hombre haya avanzado un poco en este aspecto...continua siendo poco, ¿no? y esto sí que es una cosa evidente, ¿no?, lo ves

con las parejas jóvenes de médicos y médicas, por ejemplo, de los matrimonios...normalmente siempre es el hombre el que tiene más posibilidades de hacer carrera..." (m/sec/m).

"no... pero claro a medida que tienes más responsabilidades necesitas dedicar más tiempo...y el tiempo es limitado...sigue, yo pienso, estando recargada la mujer en cuanto a trabajos y tareas pero bueno muchos maridos comparten el cuidar a los niños y esos momentos...una mujer que tenga su actividad profesional pues puede dedicar algunas horas mientras el marido lleva a sus hijos al parque...ella puede tener esas 2 horas para acabar su trabajo...pero es más complicado" (m/sec/m).

Para los médico/as adjunto/as también es muy complicado conciliar los horarios laborales con la vida personal, y depende de la capacidad individual para saber organizarse y de los condicionantes familiares que se tengan:

"...No es incompatible porque bueno...también depende de la capacidad de la persona, depende de los condicionantes familiares, de si tienes ayudas por parte de los abuelos, o tienes gente que te pueda ayudar de una forma más directa...o no sé...o tienes un marido que tiene un horario que quizás puede hacer otras cosas, no? Pero realmente es difícil (...) realmente el tener una vida familiar condiciona a la mujer por encima del hombre porque si el hombre para promocionarse tiene que dejar un poco de lado la vida familiar, la aparca, porque siempre hay una mujer que tapa el agujero, la mujer si tiene que promocionarse no tiene en cuenta sólo las horas que deja de estar con sus hijos, es que además tampoco moralmente se siente bien porque no está con los críos porque hay una parte de la formación de la familia que es la del día a día, es la convivencia" (m/ad/m).

Opinan que la maternidad es un factor limitante durante unos años porque establece otra orden de prioridades en las médicas:

"no es incompatible pero me condiciona tener tres niños pequeños (de 8, 5 y 1 año) porque ahora hago reducción de jornada y me limita mucho para tener más responsabilidades en el trabajo y...también entre mis compañeros...pero si dedicara más tiempo al trabajo me sentiría mal" (m/ad/m).

Todas las médicas *residentes* entrevistadas opinan que tampoco es incompatible ambas facetas en la vida de una persona pero reconocen que supone un esfuerzo extra para las mujeres. Se vive de forma diferente porque las mujeres son capaces de sacrificar su vida profesional por su familia, y los hombres dedican más horas al trabajo y a hacer currículum. Son conscientes de que existe una socialización

diferencial pero opinan que las oportunidades de promoción son las mismas para todos los profesionales por igual:

“creo que, en general, las mujeres somos más capaces de sacrificar nuestra vida profesional por la familia...los hombres lo viven de forma diferente quizás porque socialmente, no? siempre ha sido así con lo cual a ellos no les importa...les da lo mismo pasar más horas aquí...que no con la familia, ¿no? porque quizás tienen la casa...porque social y culturalmente ha sido siempre así...ahora están cambiando las cosas pero hasta ahora esto era así de...la mujer tiene que llevar la casa, los niños...tal...con lo que los hombres pueden dedicar más tiempo al trabajo, ¿no?” m/rsd2/m) .

4. Diferencias a la hora de trabajar entre hombres y mujeres

Para los *jefes de servicio* entrevistados no hay diferencia alguna entre hombres y mujeres a la hora de trabajar: “hay gente que es dulce con los pacientes siendo hombres o mujeres...el trato con los enfermos...la manera de actuar...no, yo creo que no...hay de todo entre los hombres y hay de todo entre las mujeres...hay gente más sensible y gente menos sensible” m/sec/m) aunque ponen de manifiesto que “lo que veo mal es que la mujer aún utilice sus atributos para conseguir las cosas, y es que esto aún existe y por eso aún tenemos ese lastre...porque claro...existen...como en todos lados... que intentando utilizar los atributos femeninos con tal de no trabajar porque está cansada y le ha venido la regla...estas reglas tan famosas que tenemos y etcéteras i etcéteras...(ríe) y entonces...claro esto es culpa de la mujer...en todo caso es culpa de la mujer de que te vean como a un objeto porque si tú te pones al nivel idiota pues los otros te verán así. En algún caso concreto pues habrá algún machista de aquellos pero yo creo que esto se les pasa en 4 días si tienen a una mujer trabajando al lado y que responde” (m/serv/m). Ni tampoco hay diferencias en la promoción porque es una cuestión de habilidades personales. La aceptación de los compañeros es total cuando una mujer ocupa un cargo con responsabilidad (“...absolutamente normal, ¿eh? no es como la niña del Rajoy, ¿eh? ni del Berlusconi...eh?...normal, normal, porque las que están puestas ahora supongo que tienen una mala hostia...así que de tonterías nada...supongo, vaya. No creo que tengan a ninguna ahí puesta que sea porque no ha luchado como una loca y que da el máximo que puede y dedicada al trabajo...vamos, una “florete” yo no creo que tengana a ninguna florete” (m/serv/m).

Y no se identifica ninguna red de solidaridad dentro de los propios sexos: "yo aquí no las he visto...redes de solidaridad...si existen es que no tengo ni idea" (m/serv/m).

Para la mayoría de estos médicos no existen formas de relación diferencial femeninas o masculinas, en todo caso la variable determinante en las relaciones entre profesionales sería el estatus laboral que se tenga dentro de la estructura médica del hospital (jefes de servicio con jefes de servicio, jefes de sección con jefes de sección, médicos adjuntos con médicos adjuntos, y, residente/becarios con residentes/becarios).

Para las *jefas de sección* entrevistadas del Caso 3 tampoco encuentran que haya diferencia de enfoque a la hora trabajar entre hombres y entre mujeres sino que se trata de capacidades distintas según el profesional ("aquí en microbiología yo creo que no...son capacidades distintas según las personas pero que no está en relación con que sea hombre o mujer, ¿no?" m/sec/m). Una médica opina que, en general, las mujeres tienen en cuenta aspectos ambientales y sociales del paciente ("las médicas prestan un poco más de atención a los aspectos ambientales de los pacientes...sí, más sobre los aspectos sociales...yo diría que sí" m/ad/m). Y, la mayoría también opina que "algún tipo de freno debe haber en la promoción porque los números cantan" aunque no está claramente identificado con el factor explicativo de la discriminación por sexo. Al igual que los jefes de servicio, también perciben que hay aceptación absoluta de la organización cuando una médica ocupa un cargo de responsabilidad y si aparecen diferencias de trato o de criterio no se deben a una cuestión del sexo de los profesionales sino más bien de afinidades ("creo que lo aceptan igual...que una mujer les mande...es más un problema de empatías..." m/sec/m). Una de las médicas jefa de sección comenta que seguramente es porque "la mujer que ocupa ese cargo se ha masculinizado" ("creo que...a no ser que esta mujer tenga...a ver...muchos elementos masculinos en su manera de ser y de actuar...pues a la larga...creo que...la organización de una manera o de otra pone trabas a esta persona...yo creo que sí..." m/sec/m).

También son de la opinión que no hay redes de solidaridad entre sexos ni formas de relación femenina aunque sí que expresan que las hay masculinas, incluso se comenta la existencia de "comunidades masculinas" en las que se apoyan mutuamente ("hombre yo creo que...yo conozco más un círculo reducido, que cada uno está en su equipo, y entre hombres puede, pero las mujeres van a sus obligaciones...recoger a los niños, hacer la cena, esas cosas, no?" m/sec/m).

Para la mayoría de los médico/as adjunto/as tampoco existe enfoque de trabajo diferencial según el sexo del profesional:

“yo diría que no...no lo sé, la mujer tiene más trabajo que el hombre porque cuando acaba la jornada laboral hace más cosas...pero a la hora de trabajar en el hospital...no creo que hayan diferencias, no” m/ad/m).

Las únicas que opinan diferente son las médicas de más edad que especifican que no hay diferencias en relación a la capacidad y cantidad de trabajo realizado sino en que las mujeres tienen cierta sensibilidad hacia el paciente en relación a aspectos familiares y sociales. También comentan que es diferente la manera de presentarse como profesional ante el paciente y su familia, así la mujer en muchas ocasiones se presenta por su nombre de pila y el hombre como el doctor que se encargará de su dolencia (esta diferencia también es compartida por el jefe de servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, el cual nos comenta algún caso de malentendido con pacientes por este tema). Hay más médico/as adjunto/as que opinan que existe diferencias en la promoción que las que opinan que el proceso es igualitario para ambos sexos:

“creo que no son unas diferencias conscientes, o sea, que no existe eso de decir “como que es mujer no le doy un cargo, no le doy esta responsabilidad”, pero a la práctica, las médicas están en inferioridad de condiciones porque sus responsabilidades familiares, siempre son muchas más que las de los hombres, esto es la pura y dura realidad, entonces qué pasa? Pues que la disponibilidad horaria de los médicos siempre es mucha más...la disponibilidad de salir y de...siempre es mayor...entonces a la larga, en el tiempo, pues estamos en desventaja” m/ad/qrj).

Tal y como se observa los argumentos se centran en que no se trata de una desigualdad consciente pero que en la práctica las mujeres están en inferioridad de condiciones por sus responsabilidades familiares, y se continua pensando que “la mujer tendrá que ocuparse siempre más de la familia que el hombre”. Todas están de acuerdo en que hay plena aceptación por parte de los profesionales médicos en que una mujer ocupe un cargo de responsabilidad:

“...pues no responde de ninguna manera especial, que yo sepa, eh? Aquí había una directora (en el hospital) durante unos años y no creo que afectara en nada, a nivel de respuesta de los facultativos y tal...no” m/ad/m. “No creo que haya ningún problema en este sentido, no creo que al hombre le importe trabajar y que le manden mujeres, no creo que haya ningún problema, y tampoco no he visto nunca ningún problema” m/ad/qrj).

En cuanto a las existencia de redes de solidaridad entre sexos, la mayoría opina que no hay tales formas de relación, aunque las médicas que dicen que sí existen es porque se dan sólo entre los hombres, y no existe esta tendencia entre el colectivo femenino, de la misma manera que no hay tampoco formas específicas de relación femeninas pero sí detectan algunas entre los hombres.

“Entre médicas no, y entre médicos pues dentro del servicio sí...dentro del servicio hay un segmento que se apoyan mutuamente...bueno es la realidad...son mayoría de hombres en este servicio y dentro de este grupo de hombres que se apoyan...el jefe también los apoya” (m/ad/m).

En cuanto a las médicas *residentes* la mitad opina que sí se establecen diferencias en el enfoque de trabajo según el sexo del profesional e identifican comportamientos diferenciales de las mujeres al mostrarse ante los pacientes muchas veces como más protectoras y comprensivas que los hombres, los cuales marcan más la distancia con los enfermos:

“a la hora de trabajar...quizás a la hora de tratar sí que la mujer quizás tiene una cierta sensibilidad que los médicos...me refiero al trato con los pacientes, eh? quizás sí que las médicas intentamos tratar también todo aquello que es emotivo, lo emocional, la psique del paciente que no tanto la somatización de...y creo que esto los hombres no lo tratan tanto porque van más a lo que es puramente médico” m/rsd2/m).

La otra mitad de las residentes que opina que no hay tales diferenciales a la hora de trabajar, argumentan que es sólo cuestión del carácter del profesional y no de si es hombre o mujer (“No, no tiene porqué...hay formas de trabajar según personas pero no por ser mujer o hombre trabajas distinto en la medicina...no” m/rsd4/m). La mayoría sí están de acuerdo en que existen diferencias a la hora de promocionar (“hablando hipotéticamente, si hay un 70% de mujeres que entran y un 30% son hombres, o bien los hombres son muuuuuuuuy buenos, que son los que promocionan....o entonces sí que hay injusticias, porque de este 70%...¿es que no hay ninguna mujer que destaque?” m/rsd4/m) pero menos en este caso, el resto comparte la opinión de que se debe más a una cuestión de prioridades que de discriminación por sexo. También opinan mayoritariamente que no existen redes de solidaridad entre sexos (“Esto depende de cada uno...no hay agrupaciones formales por el sexo...esto no creo que exista...Va más por personas...son cuestiones

personales" m/rsd4/m). Aunque si detectan algún tipo de comportamiento cooperativista es solamente entre los hombres.

5. Discriminación y acoso sexual

Ninguna de las personas entrevistadas comenta que tenga constancia de *situaciones de acoso* en todos los años que tienen de experiencia laboral:

"...no, no, así a un nivel grande no" h/serv/qrj. "Estas discriminaciones directamente no se dan nunca, yo creo que directamente no existen...a ver...uf..., [silencio], no sé" m/ad/m).

Sin embargo, aparecen diferencias en cuanto a la identificación de *casos de discriminación*, originadas por la definición que cada profesional de la medicina da respecto al concepto mismo de "discriminación". Alguno/as médico/as diferencian situaciones de discriminación de "menor escala" y que ellos mismos no etiquetarían como discriminación, es decir, actitudes o comentarios al respecto del sexo del profesional pero sin más importancia o trascendencia para la posible promoción futura.

"...eh..., bromas sí que se hacen evidentemente, pero que esto tenga una trascendencia después... yo no creo...no es mi percepción....sí se dice "las mujeres tal o los hombres tal..." pero que después esto en el caso concreto de cada persona tenga influencia...yo no he percibido nada" (h/serv/m).

"...hombre...puede haber siempre...comentarios a veces que pueden existir desde los propios enfermos, al paciente le cuesta...cada vez menos pero le cuesta asumir que hayan mujeres, que sean doctores. Pero no es por un problema de que no quieran sino que les cuesta a veces asumirlo. O gente que hemos tenido "oye mira que no he hablado con nadie" "Usted no ha hablado con la doctora?" "No, yo he hablado con la señorita que ha salido". Esto les cuesta, cada vez menos, pero aún les cuesta. Yo tenía una residenta a trauma que cada vez...con los familiares pues...era una chica delgadita, pequeñita...y me decían "ha venido la enfermera y me ha dicho que ya le han operado y que todo ha salido muy bien...ya he visto que sabía mucho esta enfermera..." (h/serv/qrj).

"así como discriminación como tal, como discriminación grande no, como discriminación pequeña, en el día a día: las calumnias...o sea, realmente el hecho de ser mujer lleva a una situación como de quiere decir "bueno, es mujer". Después tú

presentas una sesión y a lo mejor lo haces mucho mejor que los hombres, los pacientes puede que estén más contentos contigo que con muchos hombres...pero siempre hay en el aire, que digo yo, este ambiente de decir "bueno pero es mujer" como queriendo decir que no llegará más lejos" (m/ad/m).

"Y esto es de lo más oído...de decir "claro...es que es una chica..." (h/serv/qrj).

"...cuando entré en el Caso 2...de residente...sí que...la primera pregunta que me hizo el jefe de servicio fue si estaba casada o no estaba casada...una serie de preguntas de estas que directamente no le contesté...le dije que no tenía que contestar y que yo iba ahí para hacer la residencia y...que eso era todo, ¿no?...me respetó, ¿eh? pero ya está...es la única cosa y....después yo no percibí ningún tipo de trato diferencial" (m/sec/m).

De todas las personas entrevistadas hay 8 que abiertamente comentan que conocen casos de discriminación por sexo y consideradas por ellas como "graves". Hacen referencia a procesos de promoción en concursos-oposición dentro del Caso 3 ("Yo creo que sí...no sé si es demostrable pero diría que sí...en mi servicio estamos un poco relegadas a otro tipo de trabajo las chicas...hablo más de residentes, eh? m/rsd4/m), en servicios médicos de otros hospitales cuando estas profesionales hacían la residencia ("Ummmh...[silencio].. a ver yo...cuando era residente...sí que había jefes de servicio que decían que no querían residentes mujeres..en cirugía vascular y en urología...se manifestaban públicamente que no querían mujeres en sus servicios, el que pasa es que...a ver...eran jefes de servicio ya mayores, muchos de ellos estaban jubilados y que luego...posteriormente no ha sido así" m/ad/qrj), y en casos de médicas con cargos de responsabilidad que por problemas con dirección médica o gerencia han dimitido de su puesto (algunas lo asocian con *mobbing* y no tanto por razones de discriminación por sexo:

"yo siempre tuve muy buena relación con el gerente que había pero luego vino otro gerente al hospital...y ni sus ideas ni sus conceptos de cómo tenía que ser un servicio de cirugía...pues no eran las mías y a partir de aquí empezó a haber mala relación con él. El gerente me empezó a explicar que me estaba buscando un sustituto y a partir de aquí pues decidí que para estar mal en un sitio... y empecé a buscar otro trabajo" (m/ad/qrj).

"no te discriminan pero puedes oír algún comentario...entre compañeros y el jefe de servicio...pero es más por una cuestión cultural que aún no está asumida (la maternidad en el trabajo) y de recursos deficientes que tiene el hospital porque no sustituye mi trabajo con más personal con contratos temporales...y el resto de mis compañeros tienen que asumir mi trabajo...por ejemplo en enfermería esto no pasa...y hay mucha gente que hace reducción de jornada y no te miran mal" (m/rsd4/m).

"Yo viví...a ver...esta es mi percepción...el primer trabajo que hice fue en la Unidad Coronaria de Manresa y me dedicaba exclusivamente a enfermos de corazón...y en este caso había...bueno lo llevaba un cardiólogo que era del Opus...un señor que era del Opus, ¿eh?, entonces entramos, cuando acabé la carrera, entramos un compañero de carrera y yo...los dos...y que habíamos ido bastante a la Unidad durante la carrera y a los dos nos gustaba mucho la cardiología...y yo sí que subjetivamente vi que...bueno viví una diferencia de trato con él y conmigo...esto es muy subjetivo y probablemente un observador externo no sé si estaría de acuerdo pero...por eso decidí espabilarme...en hacer el MIR y...marchar de ahí" (m/sec/m).

"¿Qué si conozco casos de discriminación?...bueno pues te podría decir que yo soy un caso pero...ellos evidentemente no dirán "la discriminamos porque es mujer", no, no, ellos dirán que no la promocionamos porque protesta o lo que sea...porque es conflictiva o yo que sé qué...no creo que te digan nada más porque profesionalmente no te pueden decir nada, me entiendes? yo creo que si han de valorar algo, han de valorar la tarea profesional pero ya te digo que esto yo tengo claro que no" (m/ad/m).

"es un poco la sensación que tienes...no te consideran nunca igual a pesar de los años...a pesar del currículum...a pesar de todo siempre está un poco aquella cosa que notas que no tienes la misma fuerza que tendrías si fueras hombre. Yo estoy convencida, por ejemplo, que si fuera hombre podría estar ocupando un cargo perfectamente de responsabilidad y que porque soy mujer no me ha tocado...y no me ha tocado porque ha habido elementos que lo han impedido" (m/ad/m).

"Discriminación...hombre encubierta sí...de una manera oficial...claro, no...(ríe) encubierta sí...encubierta sí...sí claro siempre hay una preferencia de cara al sexo masculino, no siempre pero muy habitualmente, ¿no?" (m/ad/m).

"Yo sé de un caso hace ya años...yo sé que una persona tuvo una serie de problemas y le dijeron "es que claro, no se ha sabido imponer". En cambio el director sí que se impuso en un caso que hubo y que concretamente afectó a un servicio en el que el jefe era una mujer...y yo oí comentarios de estos...pero bueno...vaya la única diferencia es que probablemente de una mujer manifestarán que están disconformes, y de un hombre lo pensarán pero se callarán porque tienen miedo. Los hombres nos han hecho siempre miedo, los hombres son más fuertes...creo que tenemos un poco de miedo...sí, bueno... Pero ahora yo tampoco soy muy consciente...tampoco soy una persona que me haya movido mucho...la época esta en la que tenía una mujer como jefa...a mi me gustaba cómo lo hacía...después oía críticas de decir "pues es una mala bestia" o había incluso llegado a oír "esta les hace cosas sexuales y después ha conseguido esto y tal..." (m/ad/m).

"yo sé también el comentario de una persona...que fue y dijo a su jefe de servicio "yo quiero optar por este puesto" y la respuesta fue "sí, seguramente...pero ahora no es el momento...y además seguro que pensarían que me he ido a la cama contigo"...yo esto...lo encuentro muy fuerte, ¿no?" (m/ad/m).

“ehhhh...me llegó la protesta de una médico de digestivo que optaba a una plaza en su servicio y se la dieron a un compañero suyo... pero yo no tenía el currículum de uno ni del otro y no puedo valorar si fue discriminación o fue sencillamente que el otro tenía mayor capacidad...no lo sé...sé que ella estaba dolida...sí que lo comentó...incluso firmamos algún...pero...yo no tenía el currículum de uno ni de otro ni conocía los avatares de su servicio, ¿no?” (m/sec/m).

“las últimas promociones que ya vienen muchísimas mujeres, y es así en todas las especialidades...puede que haya alguna como cirugía cardiaca que quizás no haya ninguna mujer, no tengo ni idea pero esto no creo que sea por...bueno, ahora me acuerdo no sé si era en cirugía... pues que el jefe de servicio tenía la mitad de residentes que eran mujeres y no escogió a ninguna residente femenina después como adjunta...pero claro es que también es una cosa delicada [ríe]... pero bueno...claro sí que puede haber un jefe de servicio que sea machista y tal...pero como en todas partes...ahora que de aquí se diga que la institución sea así...no.” (m(serv/m).

II. Listado de informantes

Tabla 45 Identificación de entrevistas según orden de realización

Nombre	Especialidad	Cargo	Fecha realización
Informante 3.1	Medicina intensiva	f.e.a.	30 abril, 11h.
Informante 3.2	Cirugía Ortopédica y Traumatología	Jefe de servicio	6 mayo, 13h.
Informante 3.3	Anatomía patológica	f.e.a. Unidad Neuropatología	7 mayo, 13h.
Informante 3.4	Cardiología	Jefe de sección	7 mayo, 15'30h.
Informante 3.5	Nefrología	f.e.a.	8 mayo, 11h.
Informante 3.6	Rehabilitación	Jefe de servicio	9 mayo, 10'30h.
Informante 3.7	Medicina Interna	Jefe de sección	13 mayo, 10h.
Informante 3.8	Cirugía general y digestiva	f.e.a.	14 mayo, 9h.
Informante 3.9	Departamento RRHH	Jefe Unidad Gestión de Personal	14 mayo, 11h.
Informante 3.10	Otorrinolaringología	f.e.a.	15 mayo, 11h.
Informante 3.11	Anatomía patológica	f.e.a.	15 mayo, 12h.
Informante 3.12	-	Director médico	19 mayo, 11h.

Informante 3.13	Urgencias	f.e.a.	20 mayo, 11h.
Informante 3.14	Anestesiología y Reanimación	Jefe de sección	22 mayo, 11h.
Informante 3.15	Anestesiología y Reanimación	Residente	22 mayo, 15h.
Informante 3.16	Psiquiatría	Jefe de servicio	27 mayo, 10'30h.
Informante 3.17	Otorrinolaringología	Residente	28 mayo, 14'30h.
Informante 3.18	Microbiología y Parasitología	Jefe de sección	2 junio, 10h.
Informante 3.19	Anatomía patológica	Residente	13 junio, 9h.
Informante 3.20	Anatomía patológica	Residente	13 junio, 10h.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

8

JORNADA “MUJERES EN SANIDAD: TRAYECTORIAS PROFESIONALES Y ACCESO A CARGOS DE RESPONSABILIDAD”: UN CASO DE TRANSFERENCIA DE RESULTADOS

8.1. Introducción

Hemos considerado desde el inicio que era importante dar a conocer el estudio de estamos realizando con dos objetivos: por un lado llegar a todos aquellos estudiosos y estudiosas de esta materia que pudieran aportarnos reflexiones; por otro lado, recoger el máximo de información relacionada con el tema. Consideramos que un estudio de este tipo puede ser de utilidad y relevancia para diversos sectores sociales.

Por un lado creemos que puede ser de utilidad para los responsables de la elaboración de políticas públicas y en concreto para los responsables de políticas contra las discriminaciones de género. La elaboración de políticas requiere una conocimiento certero de los mecanismos que impiden o dificultan la igualdad y en este sentido consideramos que un conocimiento ajustado sobre las dificultades que se encuentran las mujeres para desarrollar sus carreras profesionales puede dar pistas sobre qué elementos deben ser objeto de intervención pública. De hecho, en el marco de las sociedades desarrolladas, el tema del análisis del poder en relación al género se ha convertido en un foco de interés prioritario y así muchas de las últimas conferencias de mujeres han tenido por preocupación y objeto el reparto igualitario del poder entre hombres y mujeres.

Por otro lado consideramos que este estudio puede ser de mucha utilidad para los responsables de la gestión de todo el personal que trabaja en el sector de la sanidad. Si bien una parte de éste personal lo hace como personal al servicio de la Administración pública, otra buena parte lo hace dentro de empresas privadas (ya sean con ánimo de lucro o sin él). En cualquier caso la necesidad de prestar servicios sanitarios de calidad es una realidad de todas las organizaciones, sobre todo en un contexto de control presupuestario. La prestación de servicios de calidad requiere una gestión de los recursos humanos de cada organización que maximice las aportaciones de éstos. Los gestores no puede así prescindir de las aportaciones que potencialmente pudieran hacer hombres y también mujeres: consideramos importante identificar los mecanismos que permitan desarrollar en igualdad de condiciones las carreras profesionales de hombres y mujeres, pensando también en los intereses de las organizaciones que los gestionan y de la calidad de los servicios a ofrecer.

Como beneficiarios de este proyecto podemos encontrar también y de manera directa a todo el personal que trabaja en este sector. En Cataluña, según el censo de 2001, hay 90.000 mujeres trabajando en el sector de la sanidad. De éstas, más de 23.000 lo hacen dentro del sector público en concreto para el Instituto Catalán de la

Salud (ICS). Estamos pues hablando de una parte muy numerosa de la población que tiene además un papel central en la configuración de servicios públicos y sobre la cual, todo el personal sanitario de organizaciones públicas, la capacidad de incidencia es susceptible de intervención política.

Los agentes sociales pueden estar también interesados en proyectos de este tipo ya que les aporta conocimiento a partir del cual poder desarrollar su actividad como representantes. Hay que destacar las actuaciones de las secretarías de la mujer de los sindicatos mayoritarios en el impulso de las políticas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en materia de empleo y/o para combatir el paro. Igualmente, organizaciones profesionales como los colegios de médicos y de otras categorías pueden aprovechar este conocimiento para mejorar la gestión de sus colegiados. En este sentido pueden verse beneficiados de la aportación de conocimiento que oriente sus actuaciones en la defensa de la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito laboral. Cabe citar que el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona ha promovido la primera encuesta sociológica en el ámbito de Barcelona provincia para analizar la percepción que tienen las mujeres profesionales de la medicina de su trabajo y sobre todo de los cambios que su incorporación puede estar significando en el ejercicio de la misma.

Académicamente se tiene que plantear la utilidad y el beneficio del conocimiento en esta materia ya que a pesar del desarrollo de las políticas de acción positiva, la segregación ocupacional (tanto la vertical como la horizontal) siguen siendo características de la ocupación femenina. Necesitamos más investigación, más datos, más evidencias, más análisis que nos ayude a entender el porqué de una situación en la que el "techo de cristal" y el "suelo pegajoso" siguen siendo una realidad para la mayoría de mujeres. Necesitamos investigación que aporte conocimiento para poder actuar de una manera más decidida contra estos hechos. Plantear el futuro del trabajo teniendo en cuenta la perspectiva de género o de manera más concreta, diseñar el trabajo en el sector sanitario favoreciendo el desarrollo profesional de todos los implicados es posible sólo si tenemos en cuenta todos los datos y conocemos a fondo la dinámica laboral del sector y las características sociales del personal implicado. Así, afrontar las desigualdades de género en el ámbito del trabajo supone trascender el propio marco del trabajo remunerado y tomar en consideración la realidad de hombres y mujeres, y su participación diferenciada en todos los trabajos que ambos realizan.

El equipo de investigación ha intentado que los resultados de la investigación tuvieran la mayor difusión posible tanto a nivel académico como a nivel institucional y empresarial. Para ello se ha diseñado la difusión de los resultados a dos niveles

fundamentalmente, el académico y el institucional y empresarial. En los dos casos se está intentado transferir nuestros resultados a través de los siguientes mecanismos:

- Presentación de resultados parciales y globales en congresos de sociología y economía en ámbitos nacionales e internacionales.
- Publicaciones de los resultados en revistas especializadas y en forma de colaboraciones de libros con otros autores sobre la temática abordada.
- Publicación de una monografía sobre el informe final de la investigación.
- Presentación a las organizaciones participantes en el estudio de un resumen de los resultados del estudio.
- Organización de un *workshop* para presentar los resultados de la investigación en el que participen personal académico, representantes de las organizaciones estudiadas y personas invitadas pertenecientes a empresas privadas y a la administración pública.

En un anexo se puede consultar el díptico de la jornada con el detalle de la organización. A continuación se presenta la estructura de las sesiones. El *workshop* tuvo lugar el día 12 de noviembre en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Rovira i Virgili y se prolongó a lo largo de todo el día en una sesión de mañana y tarde (con descansos para un almuerzo y una comida). Dado que los objetivos era presentar los resultados de la investigación pero también dar la palabra a otros expertos y personal médico, la jornada se estructuró combinando el formato de conferencia con el de mesa redonda. De esta manera se llevaron a cabo tres conferencias y tres mesas redondas. Para las conferencias pudimos contar con la participación de tres expertas como son la Dra. Elvira Méndez, de la Asociación Salud y Familia y profesora de la Universidad Pompeu Fabra, la Dra. M^a Teresa Ruiz, profesora de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante y la Dra. Teresa Ortiz Gómez, catedrática de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada y miembro del Instituto de Estudios de la Mujer. Cada una de ellas llevó a cabo una conferencia relacionada con el tema de la jornada.

Las tres mesas redondas que se realizaron estaban centradas en diferentes temáticas y para ello se ajustaron los contenidos de las mismas y las personas participantes. La primera de las mesas redondas tenía como finalidad presentar nuestros resultados pero también dar a conocer algunos de los elementos que enmarcan la realidad de hoy en día de los hospitales en tanto que organizaciones. Para ello se invitó a una profesora de Derecho Constitucional de nuestra universidad, la Universidad Rovira i Virgili, a que hiciera una presentación del marco

legal que debe regular las acciones de políticas de igualdad. También se invitó a la responsable de las políticas de mujer de la Federación de Sanidad del sindicato CCOO a que presentara las acciones que, como sindicato mayoritario del colectivo de personal médico, considera necesario impulsar en el ámbito del trabajo por la igualdad. Finalmente, la directora de esta investigación presentó los resultados del estudio. La segunda de las mesas redondas estuvo centrada en la experiencia del personal médico de las discriminaciones o desigualdades por razón de género y llevó por título "La profesión y la promoción desde la vivencia personal". Para esta mesa redonda contamos con la participación de la Dra. Teresa Espanyol, facultativa emérita de Inmunología y pediatra del Hospital Vall d'Hebron, el Dr. Jordi Colomer, exgerente del Hospital Vall d'Hebron y la Dra. Maria Arenas, directora del Hospital del Vendrell. El equipo organizador quiso que la tercera y última de las mesas redondas de la jornada estuviera dedicada a las políticas de igualdad y su aplicación en las organizaciones sanitarias. Para ello contamos con la participación del director del Hospital Sant Pau i Sta. Tecla, el director de la delegación en Tarragona del Departamento de Trabajo de la Generalitat de Cataluña, la directora del Hospital Pius de Valls y la Sra. Mercè Fernández, adjunta de dirección del Instituto Catalán de las Mujeres.

Se presenta a continuación un resumen de las ideas principales que se expusieron a lo largo de la jornada.

8.2. Resumen de la jornada

El estudio presentado sobre las mujeres en la sanidad, tiene dos partes una cuantitativa y otra cualitativa. Ya se ha visto lo que dicen los datos cuantitativos. La profesión se feminiza progresivamente sin que desaparezca la segregación horizontal, ya que se mantienen especialidades masculinizadas y otras feminizadas, ni la segregación vertical, porque el incremento de la presencia de mujeres no se traduce en una equivalente presencia de cargos femeninos.

Esta, que era la hipótesis de partida, parece confirmarse tanto en lo que concierne a la promoción dentro del escalafón jerárquico de gestión, como por lo que se refiere a las diferentes posiciones en las que se despliega la carrera profesional (vinculada a la formación continuada, la actividad asistencial, las actividades de gestión, la docencia, la investigación, las actividades de perfeccionamiento y la implicación activa en la institución). Frente a esta situación cabe preguntarse a qué

se debe, sí hay que hacer algo, y en caso afirmativo qué se ha de hacer y quién y como ha de hacerlo.

Por otra parte la Ley de Igualdad constituye un elemento de cierta presión en el sentido de que sí hay que hacer algo, sin embargo, el mayor o menor entusiasmo con que se responda a la presión de la ley dependerá en gran medida de las respuestas que se hayan dado a las preguntas anteriores.

El título de una de las mesas es "La profesión médica y la promoción de las mujeres desde la vivencia personal", se trata, por lo tanto, de dar la palabra a las médicas y los médicos para que nos hablen de cuál es su percepción y su vivencia sobre la forma en que las mujeres médicas están en la profesión, y de la forma en que promociona dentro de ella. Este era el objetivo también de la parte cualitativa del estudio, en la que se recogen las opiniones de las y los interesados. Como ya se ha apuntado, se han realizado 60 entrevistas en tres Hospitales.

Las personas entrevistadas se han seleccionado intentando recoger la mayor variedad de discursos. Para ello se ha realizado un estudio previo que se ha basado, por un lado sobre entrevistas exploratorias a personas expertas y, por otro lado, sobre un análisis de datos secundarios de la EPA. Ese análisis ha permitido detectar una serie de variables que parecen configurar diferentes experiencias en cuanto a la trayectoria profesional. Sobre estas variables se ha construido la tipología de profesionales que ha orientado la selección de las diferentes personas entrevistadas. Las variables han sido -además obviamente del sexo-: edad, estabilidad, especialidad, segunda ocupación y cargos de gestión o responsabilidad. A la espera del informe final de la investigación que recogerá más matices y aspectos más amplios de las conclusiones, querríamos destacar aquí algunos aspectos derivados de un primer análisis de las entrevistas que nos han llamado la atención o que nos han resultado paradójicos o inquietantes para que las personas que integran la mesa, expertas en el sector, nos ayuden a tratar de avanzar en la comprensión del sentido que pueden tener.

La primera cuestión que resulta inquietante es que parece observarse una cierta resistencia en el sector a introducir el género como un tema relevante a la hora de tratar la organización hospitalaria y las trayectorias profesionales. Esto se puede observar, por ejemplo, en la falta de estadísticas desagregadas por sexo en relación a puestos de trabajo y formas de promoción jerárquica.

Llama la atención que hay una cierta preocupación por el desprestigio que de la profesión. Este desprestigio en algunas entrevistas se considera un argumento para explicar la mayor presencia relativa de mujeres que ocupan posiciones que han

dejado de ser atractivas para los hombres. Llama la atención que este desprestigio no opere de la misma manera en las mujeres y que no se cuestione. Sin duda, todavía se cuenta con que el salario de las mujeres es el segundo salario de la casa. Aun cuando se sabe que, en muchos casos, no es así. Sin embargo, parece que la caída de titulados masculinos tiene que ver con las formas de acceso a la universidad que prima el currículum académico.

Preguntadas las y los protagonistas, en las casi 60 entrevistas, se va conformando un discurso general que niega la existencia de una estructura discriminatoria en los diferentes Hospitales, que aparecen como instituciones neutras, no sesgadas, en las que únicamente el mérito determina las promociones.

No deja de ser sorprendente porque vivimos en un mundo sexuado y en una sociedad sexuada. Nacen criaturas de diferentes sexos que se socializan de diferentes maneras, configuran diferentes identidades y desarrollan diferentes capacidades.

Sin embargo, cuando se llega al ámbito de trabajo, pretendida y supuestamente esta realidad desaparece. Los hospitales se presentan como islas en mitad de la nada, absolutamente asépticas. Y los hombres y mujeres que entran por la puerta, se convierten en el interior en seres asexuados cada cual con su potencial y sus prioridades, voluntariamente establecidas. Seres ajenos y disociados del mundo exterior.

Otra cosa que llama la atención es que, cuando se habla de discriminación, las personas entrevistadas, con rarísimas excepciones, tienen en mente la discriminación directa. No entra en su ámbito de referencia la discriminación indirecta, aquella que se constituye como discriminación porque, tras un criterio o práctica, aparentemente neutros, puede esconder una desventaja para determinados colectivos por cuestiones diversas, en este caso, de su sexo. La no existencia de discriminación directa y obvia, parece ser suficientemente tranquilizador para una mayoría de personas entrevistadas

Sin embargo, cuando se analizan los criterios objetivos y supuestamente neutros que se utilizan en la promoción, el requisito prioritario por encima de cualquier otra consideración es el disponer de tiempo. Tiempo para poder dedicar al trabajo en todas sus dimensiones, sea asistencia, investigación, docencia, gestión.

Las mujeres médicas, a las que se les pregunta cuál es el principal factor para promocionar, lo que responden con más frecuencia es que lo que se necesita es "disponer de tiempo para poder dedicarse".

Quizá habría que plantearse que a las médicas se les está aplicando un patrón que no es neutro, un patrón que premia el estar en el mundo masculino, donde el proyecto profesional es exclusivo y excluyente y, en cambio, la realidad que con frecuencia viven las médicas no es esa.

Todavía aparecen discursos que considera la maternidad como un "problema" y, además, un problema grave, en la medida en que no hay recursos humanos disponibles para suplir las bajas y la carga asistencial se reparte entre los compañeros del servicio. La maternidad convierte a la mujer en "problemática". Pero, incluso a los ojos de las otras mujeres, la maternidad "no puede convertirse en una excusa". Es decir, sin que su realidad diferente se reconozca, ni se valore, ni se compense de ninguna manera, las mujeres tienen que correr en la carrera por la profesión con la mochila de la carga familiar en términos de pretendida igualdad.

Por otra parte, no es extraño que se ejerza cierta presión por parte de algunas médicas, a fin de que con hijos o no sus compañeras se impliquen en la carrera profesional. En caso contrario se reforzaría el prejuicio que opera en contra de las que optan por implicarse, por la razón que sea

Aparece en las entrevistas que la presión para encontrar la manera de compatibilizar todos los roles puede condicionar la forma en que la mujer se plantea la profesión. Y esto es así, tanto desde la elección de la especialidad, hasta la decisión de intentar o no promocionar. Es decir, los condicionamientos estructurales que ponen en conflicto su rol social con su rol profesional marcan de forma definitiva sus "elecciones". Pero queda todo remitido al terreno de las decisiones personales. Es muy minoritario el discurso que plantea la necesidad de no penalizar a las mujeres por la maternidad, pero aparece y también en hombres.

También se refleja un discurso del "no interés" de las mujeres en los cargos de gestión. Así, en esos términos. Llama la atención que no se va más allá. En un tiempo en que todos los análisis se hacen en términos del coste/beneficio, no se cuestiona el hecho de quizá, si es que a las mujeres no les interesan los cargos de gestión es por el coste suplementario que han de pagar por su presencia en el ámbito reproductivo. Este coste suplementario desaparece detrás de la pretendida opción personal de las médicas. No aparece ningún reflejo de la situación de los médicos, que no tienen que optar entre opciones entre rol social y rol profesional, ni tienen que duplicar su presencia en los diversos ámbitos.

Sin embargo, en bastante entrevistas se reconoce que las mujeres tienen un coste suplementario para la promoción profesional, pero se considera como algo

absolutamente ajeno al hospital, algo inevitable que se origina en el contexto social y no se cuestiona.

Es chocante que gran parte de los discursos niegan que existan diferentes posibilidades de promocionar. Se acepta que se tienen más dificultadas para conciliar, se acepta y reconoce que supone un esfuerzo extraordinario, y, finalmente se concluye que las posibilidades son las mismas.

En ocasiones se valora que la presencia mayoritariamente masculina de quienes tienen la capacidad de elegir los cargos sí introduce un sesgo, pero es un planteamiento minoritario, como lo es la percepción de que hay comportamientos machistas en pequeños colectivos. Sin embargo, se tienden a considerar como residuales. Se da por supuesto que estos funcionamientos se corrigen solos con el tiempo. Da la impresión de que las médicas de ninguna manera quieren ser encuadradas en un colectivo discriminado.

Cuando se trata de explicar la atracción que la profesión médica ejerce sobre las mujeres, se argumenta que es una profesión que está muy cercana al papel que se le ha asignado desde siempre, en el cuidado de las personas, y para el que ha sido socializada desarrollando capacidades y recursos. Sin embargo, una vez dentro de la profesión, estas capacidades apenas son reconocidas ni valoradas, la calidad y calidez de la asistencia, por ejemplo, tienen un peso relativo pequeño en la valoración del currículum. Pero no se cuestiona directamente aun cuando aparecen quejas en el sentido de lo poco que se valora la práctica asistencial diaria, la actividad del día a día, frente a otro tipo de actividades o de que hay especialidades más demandante en cuanto a carga asistencial, lo que constituye un freno para la promoción

Son las mujeres de edades más avanzadas las que tienen un discurso más explícito de la existencia de estructuras discriminatorias, y no circunscritas a tiempos pasados. Y las que más se quejan de una cierta discrecionalidad en la elección de los puestos de gestión, en la que cobran protagonismo importancia de las redes informales, que son cuando existen y en eso hay gran acuerdo, masculinas.

Existe la idea de que la igualdad en las responsabilidades es cuestión de tiempo y se resolverá con la presencia masiva de mujeres. Sin embargo esta creencia choca contra la evidencia de que servicios o especialidades muy feminizadas no necesariamente conllevan jefaturas femeninas.

Las presencias/ausencias de mujeres en determinadas especialidades se explica también sobre la base del argumento de las afinidades a los roles y las diferentes dificultades para conciliar. En este sentido tampoco aparece reflejada ninguna

inquietud en el sentido de tener que intervenir de algún modo para equilibrar ambas presencias.

A propósito de un posible enfoque distinto del trabajo en función del sexo parece, hay una porción de profesionales que no aprecian diferencias, pero otra porción sí señala que la médica es más meticulosa, metódica y ordenada en cuanto al protocolo; que controlan la globalidad de la situación, en cuanto a ambiente, entorno, etc. Se señala que la forma de presentarse ante el o la paciente y el tipo de relación que se establece es diferente. También que tiende a establecer unas relaciones más empáticas y a dedicar más tiempo.

La feminización de la profesión es un hecho. Este es un proceso que no parece que vaya a detenerse. Con independencia de los cambios que haya de hacerse a nivel social, las organizaciones hospitalarias tendrán que hacer alguna cosa para ajustarse a la nueva realidad y para evitar los sesgos de género que se aprecian en la actualidad.

9

CONCLUSIONES

9.1. Introducción

El análisis realizado sobre la carrera profesional de las médicas y los médicos ha permitido dibujar el mapa de las trayectorias profesionales del colectivo médico desde la perspectiva de género. Consideramos este análisis como imprescindible para contribuir a la eliminación de las diferentes formas de discriminación por razón de género que se continúan dando en el contexto hospitalario. La eliminación de las diferentes formas de discriminación es el objetivo principal de la política de igualdad desarrollada desde el año 2007 con la aprobación de la Ley para la Igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

En este apartado se formulan, en forma de conclusiones, unas reflexiones generales que intentan sistematizar los resultados obtenidos. Esta tarea implica relacionar los resultados obtenidos con las hipótesis de partida que motivaron el inicio de esta investigación, con objeto de contrastarlas, verificándolas o rechazándolas.

A pesar de la progresiva feminización de la comunidad médica, la presencia de mujeres entre el colectivo de personal médico de los hospitales continúa siendo notablemente inferior a la de los hombres, especialmente en determinadas especialidades, por ejemplo la cirugía o en determinados niveles profesionales, como por ejemplo las jefaturas de servicios o las direcciones de los hospitales. Esta segregación horizontal y vertical rompe con la imagen de la carrera médica como un ámbito igualitario en el acceso y la promoción profesional de los hombres y de las mujeres.

El objetivo principal de las entrevistas dirigidas ha sido que las personas entrevistadas narraran sus experiencias y vivencias dentro los hospitales. Esto ha resultado más difícil en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Una visión panorámica de las entrevistas permitió identificar claramente dos tipos de discursos en función del género, fruto de la forma diferente que hombres y mujeres tienen de estar en los hospitales, haciendo que, por lo tanto, expongan unas reivindicaciones diferentes.

En la mayoría de los casos, los entrevistados han desplegado una estrategia defensiva y distante ante las preguntas planteadas. Respuestas breves y casi estandarizadas, mostrando cierta dificultad para elaborar una narración autónoma, que es lo que principalmente se buscaba, y haciendo necesarias numerosas intervenciones de los entrevistadores. Los discursos de los médicos entrevistados

dibujan una trayectoria profesional marcada por la continuidad y linealidad, en la que destaca la vivencia del proceso de promoción profesional de forma (casi) exclusivamente individual. Esta promoción se presenta en los discursos de los hombres como un fenómeno "natural", como si no pudiera ser de otra manera. En cambio, las narraciones de las médicas se definen por una actitud más participativa y fluida, posiblemente porque no había tanta tensión entre la temática tratada y los/as entrevistadores/as. Ahora bien, sus discursos están llenos de contradicciones, incertidumbres y roturas y definen la complejidad y las dificultades vividas a lo largo de sus trayectorias profesionales.

Los principales problemas detectados a la hora de obtener la información son las falsas creencias y los estereotipos que sostenidos por el discurso hegemónico. Este discurso dominante niega la existencia de discriminaciones hacia las mujeres en el ámbito sanitario y se encubre por el mito de que se trata de unas instituciones, fundamentalmente, meritocráticas. La primera dificultad encontrada es, pues, la negación, por parte de los y las propias protagonistas, de nuestro objeto de estudio: la existencia de discriminaciones sexistas. Así, la mayoría del personal médico –casi todos los hombres y muchas mujeres–, consideran que las organizaciones sanitarias no son sexistas ni tienen ningún tipo de influencia patriarcal.

Hemos articulado las ideas obtenidas en las entrevistas alrededor de varios ejes que identificamos como discursos que sostienen la estructura de las percepciones e interpretaciones de hombres y mujeres en relación a la dimensión género. Hemos identificado seis discursos como articuladores de sus interpretaciones y los presentamos como elementos clave de las conclusiones. Previamente presentamos una serie de conclusiones sobre las características de la presencia laboral de las mujeres en los hospitales

9.2. Sobre la manera que tienen las mujeres de estar en los hospitales y sobre la mirada y juicios que se ejercen sobre ellas

9.2.1. Sobre las formas de inserción, de promoción y los perfiles profesionales

Es posible encontrar tres perfiles típicos entre el personal médico: el asistencial, el investigador – docente y el gestor. Debido a que la estructura hospitalaria es muy “plana”, la carrera jerárquica genera pocas oportunidades para las trayectorias profesionales y la competencia, por tanto, es muy alta. Además, cuanto más alto es el cargo, menos ocupan lugar las tareas asistenciales (parte fundamental de la formación y la identidad profesional). Esto repercute sobre los estímulos del personal médico para acceder a cargos de responsabilidad. Agregado a estos obstáculos comunes a todos, médicos y médicas, la mujer se enfrenta con otras limitaciones por su género.

En sistemas de selección donde no se elige por mérito sino por la confianza, las redes sociales y los “lobbys”, las mujeres tienen menos recursos ya que éstas tienden a participar menos de ellos. Paralelamente, esto les genera menos alicientes para acceder a cargos de responsabilidad. Finalmente, todas estas razones parecen impactar sobre las identidades de las mujeres. Ellas parecen “elegir” más los perfiles asistenciales, menos las de “investigadoras-docentes”, y menos aún “los perfiles gestores”. Los hombres en cambio, se guían por otros patrones y parecen elegir éstos últimos. Esto explica porqué muchas mujeres dicen que ellas no tiene “interés” en promocionar o crecer dentro de la estructura de decisiones de un hospital. Como en todos los ámbitos sociales, las elecciones individuales (perfiles) dependen de la construcción de la identidad. Pero ésta, a su vez, está condicionada, entre otras cosas, por condiciones contextuales, institucionales y demandas sociales. Por este motivo, lo que en principio aparece como elección personal, puede tener un trasfondo de constreñimiento social (“no tengo más opciones”)

El modelo de gestión empresarial que se ha impuesto sobre los hospitales es reciente, y por tanto, las ofertas de formación en materia de gestión y administración de los recursos sanitarios son bastantes nuevas. Debido a la novedad de los cursos y los protocolos de formación (en donde todas las personas pueden adquirir las mismas

habilidades y demostrarlas a través de títulos oficiales), sumado a que las mujeres han sido socializadas profesionalmente en un perfil más "asistencialista", el grueso del personal médico que actualmente accede a cargos de gestión ha sido elegido por criterios que se denuncian como "masculinizados". No en todos los hospitales (sobre todo en los de administración privada) existen reglas de selección muy precisas, con lo cuál, las redes (en donde prevalecen los hombres) son determinantes a la hora de seleccionar el personal.

Hay que aclarar que las formas de discriminación son tácitas y difíciles de detectar, inclusive para las propias mujeres. Esto es un fenómeno común. Es difícil encontrar relaciones de subordinación con pautas explícitas o formales en contextos sociales democráticos. Amén de que las instituciones hospitalarias no son organizadas con criterios democráticos ni tienen como función la distribución del poder de manera equitativa, la discriminación directa no se puede producir debido a que las relaciones sociales no pueden ser legitimadas en base a pautas expresamente autoritarias. Esto hace más difícil la detección de las causas de la inequidad de género.

9.2.2. Sobre la naturalización y la interiorización de las características sociales del género

Un argumento común que han desarrollado los entrevistados es que las mujeres tienen ciertas cualidades y hábitos que impiden el pleno desarrollo laboral. El hecho de ser mujeres y la asociación "acrítica" del sexo con el rol tradicional dentro de la familia es otra de las variables más nombradas para explicar la desigualdad en la distribución del poder dentro de los hospitales.

Casi todas las personas entrevistadas, en algún momento de la entrevista, argumentan que la incompatibilidad de la vida familiar con la vida laboral es una barrera que impide a las mujeres acceder a cargos de gestión y responsabilidad. La carga horaria, los conflictos, el aumento de responsabilidades hacen que los hombres, sean más competitivos para alcanzar los puestos de mando intermedio. Detrás de esto se trasluce la concepción acerca de los roles familiares; los hombres no se abocan a los cuidados de la pareja, el hogar y/o las criaturas y así pueden dedicarle más horas y atención al trabajo. Se trata de un discurso hegemónico, el cuál condiciona las maneras de actuar y pensar, las identidades, fijando reglas tácitas, roles y posiciones dentro de la distribución de funciones hospitalarias. En

pocos casos se cuestiona el rol de la mujer y el hombre en la vida privada. A pocas personas se les escapa que la mujer es madre, esposa, ama de casa, además de médica, en cambio el hombre en el mundo hospitalario, es solo médico.

Este discurso impacta sobre las identidades de las profesionales. Hay muchas mujeres médicas que niegan la desigualdad, prefieren el perfil asistencial y declaran no estar interesadas en la promoción jerárquica. La respuesta común es "porque estoy cómoda en el lugar donde estoy", lo que está determinado por el ambiente de trabajo, el tipo de jefatura de sección y las exigencias laborales diarias. Esto se refuerza sobre todo en los hospitales públicos ya que no existen muchos incentivos salariales al asumir un cargo de jefe de sección o de servicio.

Esta construcción del imaginario acerca de las cualidades "naturales" de hombres y mujeres, como se dijo, es compartida en el discurso de los médicos y las médicas. No solamente se hace referencia a las cualidades de la dirección sino a referencias físicas que distinguen la construcción del género. Por ejemplo, el hecho de que ciertas especialidades necesiten más fuerza (traumatología y cirugía), cualidad asociada al hombre, sirve como argumento que justifica la mayor presencia masculina de este servicio.

En otras palabras, el determinante cultural o el "discurso hegemónico" por el cuál la mujer debe atender primero las demandas de una vida familiar o privada y, luego, compatibilizarla con el trabajo impacta sobre los estímulos de las médicas para acceder a los puestos de gestión. En algunos casos, los fracasos previos convencen a las médicas del argumento de la compatibilidad familiar y las sobreexigencias del cargo. Es probable que como no han tenido éxito en el acceso a cargos de mando, busquen motivos para reforzar su autoestima y justificar su perfil profesional. Agregado a ello, el discurso masculino hegemónico le facilita explicaciones y herramientas simbólicas para menguar los efectos negativos de estas frustraciones y no buscar otro tipo de respuestas o acciones con más altos costos emocionales.

Seguramente como sucede en otras profesiones que tienen una alta exigencia en horas, atención y formación, las mujeres (tengan o no altos cargos médicos) viven la vida familiar y profesional como una tensión que se resuelve siempre con altos costos para una u otra dimensión de la personalidad. Lo llamativo es que pocas elevan quejas a la institución o a las políticas laborales con el objetivo de resolver o facilitar esta contradicción.

9.2.3. Sobre el rol familiar como criterio de exclusión institucional

Esta práctica social en la cuál se asocia de la mujer con ciertos adjetivos que se vuelven cualidades casi naturales (es madre de familia, es cuidadora, atiende primero su hogar, posee mayor empatía con las y los pacientes y por eso es mejor en la atención sanitaria), no solamente juega en la formación de la identidad de las médicas y las contradicciones que en ellas generan. Esta estigmatización también funciona como criterio de exclusión de aquellas personas que influyen en la selección del personal. Más allá de que objetivamente un cargo de gestión exija más horas y más compromiso que un puesto de personal médico adjunto, y que muchas mujeres no estén dispuestas a aceptarlo, esto funciona como argumento que explica de antemano porqué las médicas no promocionan jerárquicamente al igual que sus pares hombres. En otras palabras, este discurso opera como una argumento que legitima la discriminación de género a la hora de seleccionar a aquellas personas que van a promocionar jerárquicamente.

Las anteriores líneas dan paso a la siguiente reflexión; para enfrentar las formas de discriminación es necesario reglar los criterios de selección e implementar, hacia el interior de la carrera profesional sanitaria, las leyes ya existentes de compatibilidad entre la vida privada y laboral. Pero también es imprescindible (y tal vez lo más difícil) generar políticas públicas que permitan fundar procesos de socialización alternativa, aprendizaje y autorreflexión, para que las propias mujeres puedan detectar situaciones de discriminación y que permitan, también, la modificación de los roles masculinos y femeninos dentro y fuera de la vida privada.

9.2.4. Sobre el capital social y las dinámicas intra institucionales como determinantes de las trayectorias profesionales

A través de las entrevistas se puede observar que la confianza entre quien selecciona y la persona que es seleccionada es un elemento crucial a la hora de acceder a un cargo de responsabilidad. En otras palabras, el conocimiento y la relación previa constituyen el capital social para el crecimiento de las y los profesionales. Las relaciones que se tengan con las compañeras y los compañeros de trabajo, pero sobre todo con las personas que toman decisiones dentro del hospital

(gerencia, dirección médica, jefatura de servicios) son fundamentales a la hora de promocionar. Repetidas veces las entrevistadas señalaron las dificultades de asumir un cargo. Mientras que ellas tienen que construir la confianza y el respeto, un hombre cuenta de antemano con este capital.

El acoso moral, entendido como acciones negativas dirigidas a las médicas por su posición de género, sin que tenga necesariamente un sentido "sexual", pesa también como factor a la hora de explicar los obstáculos de la promoción y la debilidad de las mujeres en las redes sociales de apoyo y solidaridad profesional.

Las entrevistas a informantes claves nos han señalado que es un sector altamente masculinizado, no solamente porque en los puestos de gestión y responsabilidad hay menos mujeres sino porque los criterios de selección, las redes y los discursos favorecen a los médicos. Que no exista interés en generar datos y que la cuestión de género, en general, no sea un tema tan presente como en otros espacios públicos, son indicadores de la hegemonía del discurso masculino en la sanidad. Esto puede explicar porqué muchas médicas entrevistadas fueron poco reflexivas frente a su situación de desigualdad en el acceso a cargos de gestión y responsabilidad. En algunos casos, en donde tienen interés en formarse en un perfil de gestoras, las médicas encuentran estos caminos para promocionar fuera de las líneas jerárquicas tradicionales y formando otras redes de solidaridad. Debido a las dificultades de acceso a cargos de gestión, algunas mujeres médicas han presionado o han formado sus propias alianzas para crear nuevos espacios funcionales o de coordinación.⁴⁰ Estos son los casos de unidades tales como "cualidad", "docencia", etc.

En otras palabras, las redes masculinas son preponderantes dentro de los hospitales y son una de las variables explicativas de las desigualdades de género en el acceso a cargos de poder. No obstante, se puede observar que las mujeres han creado su propio capital para contrarrestar a las primeras. Una política activa dirigida a romper con la segregación por sexos en estas redes o a fortalecer las alianzas femeninas podría ayudar a desatar el nudo de la inequidad.

⁴⁰ Este fenómeno también se puede comprobar en el análisis de los organigramas.

9.2.5. La hipótesis demográfica – temporal

La hipótesis demográfica ha sido nombrada casi todas las entrevistas. Esta se resume en la siguiente sentencia: "A medida que vaya creciendo la población médica femenina dentro de los hospitales, ésta podrá ir ganando mayor cantidad cargos de gestión y responsabilidad; es solo cuestión de tiempo". Lo llamativo de este tipo de diagnóstico es que se contradice constantemente con otros momentos del discurso de las entrevistadas. A saber, si en un futuro, el peso de la población femenina presionará para romper el techo de cristal que actualmente existe, es porque la "meritocracia"⁴¹ será el criterio de selección para los cargos de gestión y mando. No obstante, muchas de las que apoyan ésta idea, también sostienen que, actualmente, la confianza con las direcciones y las redes de apoyo son fundamentales para promocionar. Por tanto, si esto es verdad y si se acepta que el proceso de feminización lleva ya un cierto tiempo, no se trata de la cantidad de médicas sino de los cambios en los criterios de selección.

9.2.6. Soluciones y paliativos: acerca de la ley de igualdad y otras propuestas

La primera constatación a destacar es que hubo resistencia desde las direcciones y el personal para tratar de reflexionar sobre este tema. Entre aquel conjunto de informantes que responden que sería necesario algún tipo de iniciativa desde el sector público, la mayoría rechaza las "cuotas" como forma de igualar la cantidad de hombres y mujeres en los cargos médicos, defendiendo el mérito como criterio de selección. Si bien algunas personas expertas respaldan la distribución de los cargos según distribución de los géneros, dicen que esto debe estar acompañado de políticas de formación y una transformación en las limitaciones institucionales y subjetivas que sufren las mujeres.

Además, este tipo de políticas generarían más sospechas sobre el mérito de las mujeres en su profesión. Por tanto, algunas personas entrevistadas proponen generar una amplia gama de incentivos selectivos para que las mujeres sean más competentes y estén más formadas para asumir tareas de mayor responsabilidad dentro de los hospitales. La formación técnica y de gestión, el desarrollo de las habilidades comunicativas y de liderazgo es algo fundamental para romper con la

⁴¹ Es decir, el peso del currículum y las habilidades por encima del de las relaciones personales.

construcción de una identidad subordinada y la resistencia a las situaciones de interacción despectiva, desdeñosa o agravante. Otra forma de buscar soluciones es eliminar cada vez más los procesos de selección discrecionales y estandarizarlos cada vez más.

La sistematización de datos estadísticos y cualitativos por parte del sector público se vuelve fundamental para una política efectiva. Además, la diversidad institucional del sector sanitario (hospitales de patrimonio público con gestión semi-privada, hospitales privados que brindan servicios al sector público, centros de atención primaria, etc.) también complica la creación de una política universal que permita romper con el techo de cristal que actualmente obstaculiza a las médicas el acceso a cargos de mando dentro de los hospitales.

9.3. Argumentos que sostienen el discurso hegemónico sobre las médicas en las organizaciones sanitarias

A continuación se presentan, de forma resumida, los discursos que sostienen la estructura de las percepciones e interpretaciones de hombres y mujeres en relación a la dimensión género dentro de la profesión médica, y en concreto en los hospitales.

9.3.1. El discurso de la negación: el discurso de no discriminación

La idea central que articula lo que denominamos el discurso de la negación es que los individuos que forman el colectivo médico afirman que, dentro de las organizaciones sanitarias, no se da ningún tipo de discriminación hacia las mujeres. Mayoritariamente, las personas entrevistadas consideran que estas organizaciones garantizan una igualdad formal en la medida que no se dan casos de discriminación directa. Sólo de forma excepcional se pueden encontrar discursos que reconocen casos y mecanismos que generan discriminación de forma indirecta.

A pesar de reconocer que las mujeres pueden salir perjudicadas de determinados procesos, se niega la responsabilidad de las organizaciones y de los protagonistas de esas decisiones y se culpabiliza a la sociedad en general como si ésta y las organizaciones sanitarias fueran mundos totalmente separados. Se considera que, en todo caso, la responsabilidad es de las mujeres por no asumir el patrón de conducta dominante en el interior de dichas organizaciones, un patrón de

conducta definido por la manera masculina de estar en el mundo y en la profesión médica. El hombre es el modelo de referencia y el valor absoluto por medir la conducta de las mujeres.

Prácticamente la totalidad de las personas entrevistadas apuntan que cuando se da algún tipo de discriminación, ésta tiene lugar fuera de la organización sanitaria y afecta a ámbitos de la sociedad que, sólo de una manera muy puntual o indirecta, podrán, a su vez, influir en los hospitales. Hay que decir, que la mayoría de los entrevistados reconocen que sí hay espacios sociales donde la igualdad no es absoluta entre hombres y mujeres. Uno de estos espacios identificados es la familia, pero, aun así, se niega que la desigualdad que se da en este ámbito sea responsabilidad de la organización sanitaria. De alguna manera es como si hubiera un reconocimiento al hecho que las mujeres juegan con desventajas pero, al mismo tiempo, se vive este hecho como inevitable. El resultado es, pues, que las mujeres lo tienen más difícil. Pero este será el primero de los argumentos contradictorios que irán saliendo a lo largo de todo el análisis: el discurso de los hombres niegan que las mujeres lo tienen más difícil que los hombres por promocionar, pero sí se reconoce que ellas juegan con desventajas.

En ausencia de discriminación lo que sí existe, en la lógica de esta argumentación, es una realidad que genera resultados diferentes para hombres y mujeres que hace falta explicar: desde esta postura las desigualdades entre hombres y mujeres se interpretan en clave de capacidades, méritos y esfuerzos personales.

Por parte de las mujeres se da, de forma claramente mayoritaria, una negación rotunda a pertenecer a un colectivo oprimido. En pocos casos las entrevistadas se reconocen como individuos en una situación de desigualdad respecto a otros. Aun así, a lo largo del discurso acaba saliendo de forma, a veces, inconsciente el reconocimiento de que el precio que deben pagar ellas por asumir el rol de "médico" es más elevado que el que pagan ellos.

El discurso de la neutralidad

La idea central de este discurso es que el funcionamiento del sistema médico en su conjunto responde a un funcionamiento meritocrático y de evaluación objetiva de sus miembros. Esta idea es sostenida con varios argumentos:

1. Mayoritariamente el discurso de los hombres niega que el sexo y/o el género de los individuos juegue ningún papel en la promoción.

2. Por parte de las mujeres se vive y trabaja con la confianza –reivindicación en algunos casos- que un sistema meritocrático más transparente dónde la baremación de los méritos esté más definida, juegue un papel garantista en la configuración de trayectorias laborales en igualdad de condiciones.

Curiosamente, las mujeres, a pesar de vivir esta realidad de dificultades, resulta ser (excepto casos concretos) un colectivo que no exige reparaciones a su situación sino que las asume y, en muchos casos, se culpabiliza de la misma. La situación resultante es que, a pesar de constatar o prever, que el funcionamiento de las organizaciones sanitarias genera situaciones que coloca a las mujeres en una situación de inferioridad, se acepta una situación de sumisión paradójica. Las víctimas de la situación, las mujeres, asumen la sumisión de forma natural; aceptan la sumisión como una forma natural de las relaciones entre hombres y mujeres. Según Bourdieu (2000) el mecanismo que hace posible que la dominación masculina sea ocultada o negada o imposible de reconocer, es la violencia simbólica. Esta violencia, muchas veces invisible, se ejerce en mecanismos simbólicos de la comunicación y el sentimiento y produce, la sumisión de las víctimas.

La postura de la mayoría de las mujeres es situarse en la profesión médica como si esta no estuviera marcada por el sexo de los individuos, aun así son conscientes de que su identidad sexual configura su proyecto vital. Se decir, tanto hombres como mujeres saben que el proyecto vital femenino pasa o está condicionado por la maternidad. Ellos lo tratan como una cosa específicamente de las mujeres y ellas procuran retrasarlo o hacerlo encajar en el ritmo de la organización para que las condicione lo mínimo posible.

El discurso de la meritocracia

La demanda de un sistema estrictamente meritocrático es una reivindicación que podemos calificar de colectiva en la medida que es planteada tanto por los hombres como por las mujeres. Aun así esta demanda va acompañada de consideraciones diferentes según el sexo de los individuos. Los hombres insisten en que los méritos mostrados -y que deben ser evaluados- son el resultado de un trabajo estrictamente individual. De esta manera los hombres muestran una concepción de la práctica médica centrada en los objetivos y esfuerzos personales. Las mujeres reivindican la aplicación del mismo sistema meritocrático confiando en que será la garantía de no discriminación. Aun así las mujeres tienen una percepción

de que el camino para aplicar un sistema meritocrático requiere no sólo que las reglas sean claras y transparentes, sino que se den a conocer.

Por parte de algunas mujeres entrevistadas se plantea que, muchas veces, el sistema meritocrático, a la hora de aplicarse, implica un proceso de relaciones personales/sociales ante el que mujeres y hombres actúan de forma diferente. Y estas diferencias no son el resultado de una naturaleza biológica específica sino una manera diferente de estar en el mundo. Manera de estar diferente en la medida que las prioridades, en determinados momentos de la vida, pueden no ser coincidentes entre hombres y mujeres. Estas mujeres están planteando que la dinámica del hospital premia "una" manera de estar, una manera de priorizar el tiempo, "la" manera de estar de la mayoría de los hombres.

Es muy relevante destacar en este punto que hombres y mujeres tienen una percepción manifiestamente diferente de cuáles serían los mecanismos necesarios para dar a conocer los criterios a aplicar. Las mujeres piden que la información llegue a través de una persona que ayude a desenmarañar los intereses, el camino y la manera de llegar. No es en ningún momento un sentimiento de incapacidad por lograr los requisitos, sean cuales sean puesto que, curiosamente, en ningún momento se entra en la reflexión sobre la imposibilidad de establecer criterios totalmente objetivos. La angustia que genera el proceso es la falta de información sobre el propio proceso aun cuando el punto de partida es la aceptación de entrar en este proceso.

El discurso esencialista de las diferencias entre hombres y mujeres

Cuando se habla de las relaciones entre hombres y mujeres, mayoritariamente se niega la referencia al sexo o al género de los individuos y este son tratados de forma asexuada, como si fuera posible, en determinados momentos, no ver hombres y mujeres, sino sólo individuos. Aun así, la invisibilización del sexo y el género no se puede mantener en todo el discurso porque siempre hay un momento de la reflexión en el que se vuelve a identificar las mujeres y los hombres. Habitualmente la visibilización del colectivo femenino es para identificar sus desajustes con las expectativas que la organización tiene sobre lo que debería ser el comportamiento de los individuos. Es como si las médicas fueran médicos que, por el hecho de ser mujeres, no son capaces de cumplir plenamente con su función de "médicos".

El discurso de la voluntariedad

Este discurso está basado en dos ideas que articulan los argumentos. Por un lado la idea de las autolimitaciones o barreras autoimpuestas por las propias mujeres.

La segunda idea que completa el discurso de la voluntariedad es que, precisamente, el éxito profesional dentro los hospitales se consigue a través del "trabajo" y el esfuerzo de cada individuo. Por lo tanto, bajo esta premisa, quien no consigue el éxito es porque no se ha esforzado lo suficiente.

Este discurso se basa en aceptar como inevitable un orden preestablecido y considerar como inevitable el funcionamiento de las normas en el espacio hospitalario. De acuerdo con este orden basado en la ficción de la asepsia y la neutralidad de valores en la organización, las mujeres se asumen a sí mismas o son vistas por los otros, como las únicas responsables de las diferencias que pueden desvirtuar un espacio neutro. Siguiendo a Arranz (2004), partiendo del supuesto de la neutralidad, se explica que si ellas son las que voluntariamente han decidido transgredir el orden considerado natural de las cosas, son ellas –y sólo ellas- las que tendrán que soportar las dificultades y contrariedades que se deriven de la nueva situación.

De esta argumentación se deriva una idea que se presenta como dominante entre el colectivo analizado: si el propio esfuerzo –ya sea a través del trabajo continuado o de la superación de autolimitaciones por parte de las propias mujeres- será la garantía del éxito profesional, resultan totalmente innecesarias medidas de acciones positivas que compensen o posen en una situación mejor a las mujeres.

El discurso de lo (considerado) irrelevante (pero muy significativo)

Respecto a la existencia, conocimiento o vivencia de discriminaciones dentro de la profesión médica se deben destacar dos ideas. Por un lado la idea de que sí pasan "cosas" que, fuera del hospital, todo el mundo calificaría de discriminación pero dentro de estas organizaciones es difícil que sean calificadas como tales. Por otro lado la idea de que, a pesar que sí se dan estas situaciones indeseables, las propias implicadas le quitan importancia y no las califican de discriminaciones.

Lo que más destaca de esta realidad de la discriminación es que todos los y las entrevistadas se refieren pero en voz baja. No ha sido posible encontrar un o una protagonista de microdiscriminaciones en primera persona pero todo el mundo ha oído hablar o ha conocido casos. En los casos en que se ha vivido de forma más

próxima no se nos dan detalles a pesar de que sí se reconoce que la posición de las mujeres es de debilidad.

9.4. Reflexiones finales

Así pues, pese a las diferencias encontradas en los discursos de hombres y mujeres, cabe destacar la posición unánime que mantienen los médicos y las médicas respecto a la existencia de discriminación en el seno de los hospitales. La negación de la discriminación es una constante en los discursos de ambos colectivos. Contrariamente a este discurso de negación, tanto los hombres como las mujeres se presentan como concedores de situaciones en las que esta discriminación o desigualdad sí se ha dado. Estos hechos son catalogados, sin embargo, como rumores y, en las entrevistas, se huyó (por parte de los entrevistados) de entrar en detalles porque, nos dicen, son casos que no se conocen de primera mano. Asimismo, entre el colectivo integrado por las médicas recién incorporadas o con menor trayectoria en los hospitales, tampoco se percibe ninguna preocupación específica derivada de su condición de mujer, por encontrarse encalladas en la base de la jerarquía hospitalaria. Es importante hacer mención, cuando se habla de discriminaciones, a que, en prácticamente todos los casos, cuando se habla de discriminación ésta se identifica con discriminaciones directas, obviando, por desconocimiento o interés, otras formas de discriminación indirectas, que son las que efectivamente se dan. Es más, se pueden distinguir tres posiciones en la explicación de la asimetría o la discriminación de género, nunca considerada sexismo:

1. Justificaciones de tipo esencialista que reconocen la existencia de discriminaciones en el contexto universitario. Según esta postura las desigualdades son el resultado de las diferencias biológicas, psicológicas o de socialización entre los hombres y las mujeres, dando lugar a roles diferenciados. Desde estos argumentos la desigual distribución en los diferentes campos de especialización o en la carrera profesional es fruto de que las mujeres privilegian sus roles femeninos, como por ejemplo el deseo de ser madre, sobre objetivos profesionales más ambiciosos. Según este punto de vista las mujeres escogerían "libremente" esta situación.
2. También aparece otro tipo de argumento más igualitario que, a diferencia del anterior, no considera significativas las diferencias de género observadas en la vida hospitalaria. Las desigualdades acabarían desapareciendo per se, con

el tiempo; superarlas es una cuestión generacional, y se hace referencia a la lentitud que implica toda transformación social. La solución, en este caso, pasa por saber esperar.

3. Finalmente, nos encontramos con justificaciones de tipos científico-meritocrático. Quienes se sitúan en esta postura se aferran a la neutralidad y objetividad propia de la ciencia y del sistema de educación superior. En ninguna de estas representaciones del colectivo médico se reconoce la existencia de formas de dominación masculina como principios estructuradores de la realidad. Es más, se niega la existencia de conflicto y se intenta cubrir poniendo por ejemplo la feminización que presentan determinadas especialidades (segregación horizontal) como una muestra del entorno igualitario que representa la profesión médica. Estas representaciones ideológicas calan en las prácticas médicas (tanto con respecto a las instituciones como al ejercicio de la profesión) de tal forma que (estas pre-nociones o racionalizaciones) protegen la cultura "masculina" de la profesión para seguir dominante en aras de la racionalidad, la neutralidad y la objetividad.

Esta construcción masculina de la realidad, basada en la neutralidad de valores del espacio público, facilita que las mujeres toleren sin réplica las prácticas discriminatorias que se producen y explica las paradojas en las que se encuentran inmersas las médicas.

En esta investigación se ha constatado que si bien las médicas, en su mayor parte, se auto-reconocen como un colectivo con la misma valía que los hombres (dedicación, méritos, formación, etc.), al mismo tiempo declaran encontrarse ante una situación social y profesional más "desfavorable" que ellos (por ejemplo, en los apoyos recibidos por parte de los jefes, en las dificultades relacionadas con la maternidad, etc.). La explicación pasa por entender la forma en que se establecen las relaciones de género dentro las organizaciones.

En esa explicación hay que partir del hecho de la interiorización de la división sexual del trabajo, como un hecho inscrito en la naturaleza de los hombres y las mujeres, y que condiciona el desarrollo de la identidad de los sujetos. Esta identidad diferenciada, producto de la socialización de género, significa, en el caso de las mujeres, el obstáculo más grande para acceder y promocionarse profesionalmente, en igualdad de condiciones. En primer lugar porque las mujeres están obligadas a elegir entre mantenerse en la carrera profesional o relegar esta faceta para compatibilizarla con las obligaciones familiares. La compatibilización de roles se

presenta como una problemática exclusiva de las mujeres, tal y como se cristaliza en los discursos. Para las médicas la dedicación profesional a la medicina comporta pagar un peaje bastante elevado, renunciar a diferentes aspectos de la vida familiar, afectiva y emocional, poniendo de manifiesto que para competir y lograr los requisitos y méritos (que se les exigen por igual a hombres y mujeres), prácticamente, hay que mantener un compromiso exclusivo con la profesión. A los esfuerzos por promocionarse y hacerse lugar dentro la organización se suma el trabajo de desarrollar el rol de buena madre y esposa.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que la interiorización de la división sexual del trabajo condiciona el desarrollo de la identidad de los sujetos, porque las mujeres reproducen, en sus propias ambiciones y actitudes las posturas socialmente, y de forma androcéntrica, admitidas de que las posiciones de más prestigio, responsabilidad y remuneración les están vetadas (techo de vidrio, segregación vertical, renuncia "voluntaria", falta de ambición profesional).

Si tuviéramos que poner un título a estas conclusiones y a esta investigación, el título debería ser doble, por un lado destacamos la falta de claridad y transparencia en los criterios de selección y promoción que el colectivo médico femenino atribuye al proceso de promoción profesional en los hospitales. El segundo titular sería que la claridad por sí sola no es el camino que garantice la igualdad entre hombres y mujeres. Respecto al primer título debemos decir que existe un consenso generalizado entre el colectivo entrevistado a favor de una cultura de la transparencia. Se debe destacar que, aun cuando los médicos de sexo masculino también reclaman una mayor transparencia en el proceso de la promoción, este es un discurso fundamentalmente de las mujeres. Son las mujeres las que protagonizan el discurso de la reivindicación de la claridad y transparencia de las "reglas de juego". Aun así, es imprescindible apuntar que la transparencia por si sola no hará mejorar las posibilidades de promoción de las mujeres a no ser que, conjuntamente con la transparencia, se trabaje por asegurar que los hospitales y los centros sanitarios como organizaciones asuman una política de erradicación de la arbitrariedad en los procesos de selección, de asignación y de promoción de las personas.

La cuestión de los criterios a aplicar está estrechamente relacionada con la influencia del capital social en el desarrollo de la carrera profesional. Los comportamientos de *networking* no tienen el mismo impacto sobre el desarrollo de la carrera académica de los hombres y mujeres en la creación de capital social. Se puede decir que estas acciones de *networking* se traducen en una ganancia de visibilidad interna y en una participación en actividades profesionales (que ayudan a la promoción profesional; participación en congresos, publicaciones, etc.). Estas

diferencias podrían explicar las dificultades de acceso de las mujeres a una serie de recursos sociales principalmente controlados por los hombres, así como las diferencias en la estratificación y movilidad social dentro de la profesión. En este sentido, dominar o no las reglas del juego (*olds boy's club* y formas homosociales de cooptación) vinculadas a la práctica del ejercicio del poder es el eje alrededor del cual se articulan las diferencias de género.

Las médicas difícilmente penetran en las redes profesionales y en los círculos de poder, en parte porque no han copiado las estrategias y ambiciones masculinas. Los obstáculos que se encuentran en el desarrollo de su trayectoria laboral las marginan y contribuyen a que ellas mismas en muchas ocasiones opten por renunciar, como una alternativa ante la dificultad para adherirse a los patrones masculinos de gestión con los que no se encuentran cómodas. Las mujeres en general, y las médicas en particular, no han conseguido "aculturarse" en un universo profesional dominado por unos códigos que no sienten como propios, puesto que no han sido socializadas; podríamos decir que ellas son poco hábiles controlando las reglas no escritas implícitas en el ejercicio del poder.

La medicina está muy lejos de presentarse como un terreno amable para las profesionales que desarrollan tareas de gestión, asistencia e investigación. A pesar de que la incorporación de las mujeres en las organizaciones sanitarias, se puede considerar, a nivel simbólico, como un triunfo en un terreno dominado por los hombres. Sin embargo, si las mujeres deciden quedarse y echar adelante, deben considerarse advertidas que serán tratadas como un igual (un hombre) y que deberán demostrar constantemente su condición (que no puede ser otra que la masculina). Es en esta ambivalencia entre la trasgresión de la prohibición del acceso y el deseo de realización de un proyecto profesional, como se produce la incorporación de las mujeres en el ámbito profesional médico.

En síntesis, podemos identificar una serie de obstáculos que las mujeres profesionales deben combatir a lo largo de su trayectoria profesional. Los resumimos en tres:

1. Las limitaciones derivadas del protagonismo femenino en la asunción de responsabilidades respecto al trabajo reproductivo.
2. Las dificultades asentadas en la socialización de género.

3. Los problemas relativos al dominio masculino sobre el conocimiento y la práctica médica (androcentrismo disfrazado de racionalidad, objetividad y neutralidad).

Se ha constatado que la práctica médica no es ajena a la discriminación por razón de género existente a la sociedad, sino que contrariamente a la visión generalizada, es un espejo. No obstante, la mayoría de sus miembros no tienen esta percepción, ni tampoco las mujeres, especialmente las más jóvenes. Sólo en el caso de aquellas que se plantean promocionar y, sobre todo, si quieren formar una familia, perciben las primeras dificultades. No se trata sólo de problemas de conciliación, dado que todavía persisten estructuras y mentalidades estereotipadas que actúan en paralelo a las redes de poder implícitas que dificultan la incorporación de las mujeres a las profesiones.

A partir de los testimonios recogidos se ha observado que, bajo la apariencia de un sistema de promoción profesional formalmente igualitario, basado en las calificaciones (méritos) y la experiencia, aparecen unas limitaciones formales e informales en el desarrollo de la carrera profesional, que configuran las expectativas y los horizontes profesionales de los médicos y las médicas.

10

BIBLIOGRAFÍA

- AAVV (2004) *Mujeres en cargos de representación del sistema educativo*, Madrid: CIDE.
- AA.VV, *Mujer y Constitución española*, CEPC, Madrid, 2000.
- ACKER, S. (1995). *Género y educación. Reflexiones sociológicas sobre mujeres, enseñanza y feminismo*. Madrid: Narcea.
- ADELANTADO, J, NOGUERA, J y RAMBLA, X (2000): "El marco de análisis: las relaciones complejas entre estructura social y políticas sociales"; en ADELANTADO, J (coord.): *Cambios en el Estado del Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en Espanya*. Barcelona: Icària-UAB.
- AGRA, M. X. (2007). "Introducción", a PATEMAN, C., *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos.
- ALARIO, C., GARCÍA COLMENARES, C. i ALARIO, M. T. (1997) *Persona, género y educación*. Salamanca: Ediciones Amaru.
- ALARIO, M. T. (2000). "Nos miran, nos miramos", *TABENQUE: Revista pedagógica*, Vol. 15, 59-78.
- ALARIO, M. T. (2002). "Mujer y arte", a GONZÁLEZ, A., LOMAS, C. i AGIRRE SÁEZ DE EGILAZ, ANA., *Mujer y educación: educar para la igualdad, educar desde la diferencia*. Barcelona: Graó.
- ALBERDI, C. (2003). "¿Desean las mujeres el poder? Una aproximación desde la experiencia", a HERNANDO, A., *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. Madrid: Minerva.
- ALBERDI, I., ESCARIO, P. (1985). *Impacto de las nuevas tecnologías en la formación y trabajo de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- ALBERDI, I., MARTÍNEZ TEN, L. (1988). *Guía didáctica para una orientación no sexista*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, Serie Coeducación.
- ALMARCHA, A., GONZÁLEZ JORGE, C. i GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, B. (1994). "Cambio y desigualdad en el profesorado universitario", *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, Nº 66: 117-140.

- ÁLVAREZ, P. (2001): *Generando Igualdad. Guía para la incorporación del enfoque de género en actuaciones y programas*, Vitoria: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava.
- ANZ RUEDA, Carmela; FERNÁNDEZ CANTERO, Ana (1995) "Las mujeres docentes: sus trayectorias profesionales a través de sus discursos", en SANZ RUEDA Carmela (coord.) (1995) *Invisibilidad y presencia. Actas del seminario internacional Género y trayectoria profesional del profesorado universitario*, Madrid: Instituto Universitario de Investigaciones Feministas y Dirección General de la Mujer. pp. 329-334.
- AMAYA, C.; GARCIA, M.A (2005) *Demografía Médica en España. Mirando al futuro*. Madrid: Fundación CESM.
- AMORÓS, C. (1985). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos.
- AMORÓS, C. (1986). "Algunos aspectos de la evolución ideológica del feminismo en España", a AAVV, *La mujer española: de la tradición a la modernidad (1960-1980)*. Madrid: Tecnos.
- AMORÓS, C. (1994a). "La Dialéctica del sexo en Sulamith Firestone: modulaciones en clave feminista del freudo-marxismo", a C. AMORÓS (coord), *Historia de la Teoría Feminista*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense.
- AMORÓS, C. (1994b). *Feminismo: igualdad y diferencia*. México: Libros del PUEG. UNAM.
- AMORÓS, C. (1997). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.
- AMORÓS, C. (2005a). "Feminismo y multiculturalismo", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 3. De los debates sobre el género al multiculturalismo*. Madrid: Minerva.
- AMORÓS, C. (2005b). "Globalización y orden de género", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 3. De los debates sobre el género al multiculturalismo*. Madrid: Minerva.
- AMORÓS, C. (2005c). "Sujetos emergentes y nuevas alianzas políticas en el 'paradigma informacionalista'", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría*

feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 3. De los debates sobre el género al multiculturalismo. Madrid: Minerva.

AMORÓS, C. (2006). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres.* Madrid: Cátedra. Col. Feminismos.

AMORÓS, C. (2007). "La dialéctica del sexo' de Shulamith Firestone: modulaciones feministas del freudo-marxismo", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad.* Madrid: Minerva.

AMORÓS, C., i cols. (1994). "Presentación. Lo femenino como "lo otro" en la objetivización conceptual de lo genérico humano", a AAVV, *Conceptualización de lo femenino en la filosofía antigua.* Madrid: Siglo XXI.

AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.) (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol.3. De los debates sobre el género al multiculturalismo.* Madrid: Minerva.

AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.) (2007c). "Teoría feminista y movimientos feministas", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 1. De la Ilustración al segundo sexo.* Madrid: Minerva.

AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.) (2007d). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad.* Madrid: Minerva.

ANKER, R. (1997). "La segregación profesional entre hombre y mujeres. Repaso de las teorías", *Revista Internacional del Trabajo*, 116 (3): 343-370.

APPLE, M. W. (1989). *Maestros y textos: Una economía de las relaciones de clase y de sexo en educación.* Temas de Educación PAIDOS/M.E.C. Coediten: Centro de Publicaciones del M.E.C. y Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1989.

ARRANZ, F. "Las mujeres y la universidad española: estructuras de dominación y disposiciones feminizadas en el profesorado universitario", *Política y sociedad*, Vol. 41, 2: 223-242.

ARRANZ, F. (2000): *Las políticas públicas a favor de las mujeres*, Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid.

- ARRIZABALAGA, Pilar y VALLS LLOBET, Carme (2005). "Las mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación" en *Medicina Clínica*, Barcelona; 125(3):103-7, 2005.
- ASENJO, Miguel-Angel (2006) *Gestión diaria del hospital*, Masson. p 664.
- ASTELARRA, J. (2003): *Bones pràctiques i auditoria de gènere. Instruments per a polítiques locals*, Barcelona: Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona
- ASTELARRA, J. (2005), "Las políticas públicas de igualdad en España: 1983-2000", en De la Fuente Vázquez (dir.) *Ciutats i persones. Repensar les polítiques de gènere des de l'àmbit local*, Barcelona: ICPS.
- ASTELARRA, J., (2005), *Veinte años de políticas de igualdad*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- BALBO, L. (1994): "La doble presencia" en Borderías, C. (comp.) *Las mujeres y el trabajo, rupturas conceptuales*, Barcelona: Economía Crítica.
- BAÑÓN y MARTÍNEZ, R. (comp) (2002): *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*. Madrid: Díaz Santos.
- BARBERÁ, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- BARRY, K. (1987). *Esclavitud sexual de la mujer*. Barcelona: La Sal.
- BARRY, K. (1994). "Teoría del feminismo radical: política de explotación sexual", a C. AMORÓS (coord.), *Historia de la teoría feminista*. Madrid: Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid, Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense.
- BARRY, K. (2007). "Teoría del feminismo radical: política de la explotación sexual", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.
- BAUMANN, G. (2001). "Tres gramáticas de la alteridad", a NASH, M., MARRE, D., *Multiculturalismos y género*. Barcelona: Bellaterra.
- BELTRÁN, E., MAQUIEIRA, V. (ed.) (2001). *Feminismos. Debates teóricos y contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial.

- BENERÍA, L. (1984). *Reproducción, producción y división sexual del trabajo*. Santo Domingo: Ediciones populares feministas.
- BENERÍA, L., SEN, G. (1983). "Desigualdades de clase y de género y el rol de la mujer en el desarrollo económico: implicaciones teóricas y prácticas", *Mientras Tanto*, n. 15, pp. 91-111.
- BENHABIB, S. (1990). "El Otro generalizado y el otro concreto", a BENHABIB, S., CORNELL, D. (eds.), *Teoría feminista y teoría crítica*. València: Edicions Alfons el Magnànim.
- BERAUD, A. (2007). "La llegada de las mujeres a las actividades tradicionalmente masculinas. ¿Transformación de las identidades profesionales?", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.
- BESSIS, S. (2002). *El Occidente y los Otros*. Madrid: Alianza Editorial.
- BLANCO, O. (2007). "La Ilustración deficiente. Aproximación a la polémica feminista en la España del siglo XVIII", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 1. De la Ilustración al segundo sexo*. Madrid: Minerva.
- BLANCO P. "La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas. Necesidad de incorporar el análisis de género". *Salud 2000 2004*; 23-27.
- BLAT, A. (1994). "Informe sobre la igualdad de oportunidades educativas entre los sexos", *Revista Iberoamericana de Educación*, n. 6, Género y Educación, pp. 60-77.
- BOLAÑOS GALLARDO, Eva María et al., *Informe Salud y Género 2005*, Observatorio de la Salud de la Mujer (OSM), Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- BOLAÑOS GALLARDO, Eva María; COLOMER REVUELTA Concepción; ESPIGA LOPEZ, Isabel; GARCÍA IZAGUIRRE, Clara; LÓPEZ RODRÍGUEZ, Rosa; MOSQUERA TENREIRO, Carmen, *Informe salud y género 2005*. Madrid: Observatorio de salud de la mujer, Agencia de Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, 131 p.
- BONAL, X. (1997). *Las actitudes del profesorado ante la coeducación. Propuestas de intervención*. Biblioteca de Aula, Editorial Graó: Barcelona.

- BONDER, G. i MORGADE, G. (1996). "Las mujeres, las matemáticas y las ciencias naturales", a CLAIR, R., ED., *La Formación científica de las mujeres: ¿por qué hay tan pocas científicas?* Madrid: Los Libros de la Catarata.
- BORDERÍAS, C.; CARRASCO, C. i ALEMANY, C. (1994a). "Introducción. Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas", a BORDERÍAS, C.; CARRASCO, C. y ALEMANY, C. (eds.). *Las mujeres y el trabajo*, FUHEM- Icaria, Barcelona.
- BORDERÍAS, C.; CARRASCO, C., ALEMANY, C. (eds.) (1994b). *Las mujeres y el trabajo*. Barcelona: FUHEM - Icaria.
- BORRELL, C; ROHLFS, I; FERRANDO, J; PASARÍN, MI; DOMÍNGUEZ-BERJON, F; PLASENCIA, A. (1999) "Social Inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area". *Int J Health Serv* 1999; 29:743-64.
- BOSCH, E.; FERRER, V., ALZAMORA, A. (2006). *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Anthropos.
- BOUFFARTIGUE, P. (2007). "División sexuada del trabajo profesional y doméstico. Algunos apuntes para una perspectiva temporal", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- BOURDIEU, P. (1970). *La reproducción (Elementos para una teoría del sistema de enseñanza)*. Barcelona: Laia.
- BOURDIEU, P. (2000). *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona.
- BRAIDOTTI, R. (1994). *Sujetos nómadas*. Buenos Aires: Paidós.
- BRAIDOTTI, R. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Barcelona: Gedisa.
- BROWNE, N., FRANCE, P. (1988). *Hacia una educación infantil no sexista*. Madrid: Morata / Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia
- BRULLET, C. (1998). "Relacions de gènere i dinàmiques familiars a Catalunya", a GINER, S. (Dir.), *La societat catalana*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

- BRULLET, C. (2004). "La maternidad en occidente y sus condiciones de posibilidad en el siglo XXI", a DE LA CONCHA, A., OSBORNE, R. (Coords.), *Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad*. Barcelona: Icaria.
- BRUGUÉ, J. (2002): "Nuevos ayuntamientos, concejales diferentes: del gobierno de las instituciones al gobierno de las redes", *Revista Española de Ciencia Política*, 7:9-38.
- BRUNET, I., PASTOR, I. (1997). *Educación, trabajo y género*. Barcelona: Librería Universitaria de Barcelona.
- BURIN, M. (2003). "El deseo de poder en la construcción de la subjetividad femenina. El 'techo de cristal' en la carrera laboral de las mujeres", a HERNANDO, A., *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. Madrid: Minerva.
- BURÍN, M. (1996) *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Argentina: Paidós.
- BUSTELO, M. (2003): "Las políticas de igualdad de género en España en los niveles central y autonómico", a: Garcia Inda, Andrés; Lombardo, Emanuela (coor.), *Género y Derechos Humanos.*, Zaragoza, Mira Editores.
- BUSTELO, M. (2004): *La evaluación de las políticas de género en España*. Madrid: Catarata.
- BUTLER, J. (1990). "Variaciones sobre sexo y género. Beauvori, Wittig y Foucault", a S. BENHABIB, D. CORNELL, (comp.), *Teoría Feminista y teoría crítica*. València: Edicions Alfons el Magnànim. Institució Valenciana d'Estudis i Investigació.
- BUTLER, J. (2001a). *El género en disputa*. México, D. F.: Paidós. Género y Sociedad.
- BUTLER, J. (2001b). *Mecanismos psíquicos del poder*. Madrid: Cátedra. Feminismos, 68.
- CUESTA RUBIO, M. Teresa; et al. (2006), "Implicaciones de la feminización de la profesión médica", *UAM Revista digital 2006*; XIX Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva. Disponible en:
<http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/CongresoXIX/35.doc> [Consultado el 15.3.2008]

- CABRÉ I PAIRET, M; ORTIZ GÓMEZ, Teresa (editoras) (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.
- CALLEJO, J. (2004). "Disponibilidad temporal corporativa y género", *Anduli*, 4: 31-59.
- CALLEJO, J. (2007). "Temporalidades y tiempo de trabajo: vivencias de trabajadores y trabajadoras", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- CAPEL, R. (1986). *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*. Madrid: Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer.
- CARRASCO, C. (1989). "La valoración del trabajo doméstico: un enfoque reproductivo", a CAILLAVET, F., *Economía del trabajo femenino, sector mercantil y no mercantil*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- CARRASCO, C. (1991). *El trabajo doméstico y la reproducción social*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- CARRASCO, C. (1992). "El trabajo de las mujeres: producción y reproducción. Algunas notas para su reconceptualización", *Cuadernos de Economía*, 20: 32-53.
- CARRASCO, C. (1999a). "Introducción: Hacia una economía feminista", a CARRASCO, C. (ed.), *Mujeres y economía*. Barcelona: Icaria.
- CARRASCO, C. (Dir.) (2001). *Tiempos, trabajo y género*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- CARRASCO, C. (ed.) (1999b). *Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas*. Barcelona: Icaria.
- CARRASCO, C., ALABART, A., COCO, A., DOMÍNGUEZ, M., MARTÍNEZ, A., MAYORDOMO, M., RECIO, A., SERRANO, M. (2003). *Tiempos, trabajos y flexibilidad: una cuestión de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- CARRASCO, C., DOMÍNGUEZ, M. (2003). "Género y usos del tiempo: nuevos enfoques metodológicos", *Revista de Economía Crítica*, 1: 129-152.
- CARRASCO, C., MAYORDOMO, M. (1997). "La doble segmentación de las mujeres en el mercado laboral español", *Información Comercial Española, ICE*, 760: 43-59.

- CARRASCO, C., MAYORDOMO, M. (1999). "Tiempo, trabajos y organización social: reflexiones en torno al mercado laboral femenino", a CARRASCO, C. (ed.), *Mujeres y economía*. Barcelona: Icaria.
- CARRASCO, C., MAYORDOMO, M., DOMÍNGUEZ, M., ALABART, A. (2004). *Trabajo con mirada de mujer. Propuesta de una encuesta de población activa no androcéntrica*. Madrid: CES.
- CARRASCO, S. (2004). "Infancia e inmigración: Proyectos y realidades", a GÓMEZ-GRANELL, C., et al. (ed.) *Infancia y familias: Realidades y tendencias*. Barcelona: Ariel.
- CARREÑO, A. (1998) *La Carrera de les professores universitàries*. Barcelona: Institut Català de la Dona: Universitat Autònoma de Barcelona. Institut de Ciències de l'Educació.
- CASADO RUÍZ LÓIZAGA, M^aJosé (2006). *Las damas del laboratorio*. Editorial Debate
- CASADEVALL, J., *El Conveni Europeu de Drets Humans, el Tribunal d'Estrasburg i la seva juri exto del Tratado firmado el 26 de febrero 2001 en Nizasprudència*, Ed. Bosch, 2007.
- CASTAÑO, C., IGLESIAS, C., MAÑAS, E., SÁNCHEZ-HERRERO, M. (1999). *Diferencia o discriminación: La situación de las mujeres españolas en el mercado de trabajo y el impacto de las nuevas tecnologías de la información*. Madrid: CES.
- CASTAÑO COLLADO, Cecilia; IGLESIAS FERNÁNDEZ, Carlos; SÁNCHEZ HERRERO, Clemente (2004) *Indicadores laborales básicos de la situación de la mujer en España y sus regiones*. Madrid: Instituto de la Mujer-Colección: Observatorio. p. 291.
- CASTELLS (1998). *El poder de la identidad. La era de la información: economía, sociedad y cultura. Vol. 2*, Alianza, Madrid.
- CASTELLS, M., SUBIRATS, M. (2007). *Mujeres y hombres. ¿Un amor imposible?* Madrid: Alianza Editorial.
- CASTELLANOS TORRES, Esther et. Al; *Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- CASTILLO, R. DEL (2005). "El feminismo de Nancy Fraser: crítica cultural y género en el capitalismo tardío", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la*

Ilustración a la globalización. Vol. 3. De los debates sobre el género al multiculturalismo. Madrid: Minerva.

CATALÁ GONZÁLEZ, A.V., GARCÍA PASCUAL, E. (1989). *¿Qué quieres hacer de mayor? o La transición desde la coeducación.* València: Generalitat Valenciana, Conselleria de Cultura, Educació i Ciència, Departament de la Dona.

CÁTEDRA PFÍZER EN GESTIÓN CLÍNICA (2005). *Aproximación a la Función del Jefe de Servicio en España*, Informe publicado el 24 de noviembre de 2005. Disponible en:

<http://gestionclinica.pfizer.es/sala+de+prensa/presentacion+de+la+funcion+del+jefe+de+servicio.htm> [Fecha de consulta 10 de abril de 2008]

CAVANA, M. L. P. (1995). "Diferencia", a C. AMORÓS (dir.), *Diez palabras clave sobre mujer.* Estella: Ed. Verbo Divino.

CAZÉS, D.; LAGARDE, M.; LAGARDE, B. (1999): *La perspectiva de género: guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos e investigación de acciones públicas y civiles.* Méjico.

CELEM (COORDINADORA ESPAÑOLA DEL LOBBY EUROPEO DE MUJERES) (2005). 1995 - 2005. *Evaluación de la Aplicación por España de la Plataforma de Acción de Beijing*, Madrid, CELEM.

CES (2003a). *La negociación colectiva como mecanismo de promoción de la igualdad entre hombres y mujeres*, CES Informes 2/2003. Madrid: Consejo Económico y Social.

CES (2003b), *Segundo informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española.* Madrid: CES.

CES (2006). *Panorama sociolaboral de la mujer en España*, 43. Madrid: CES.

CHAQUÉS, L. (2004): *Redes de políticas públicas.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2004. (Monografías; 206).

CHAKRAVORTI SPIVAK, G. (1999a). "¿Puede el sujeto subalterno hablar?", *Orbius Tertius*, 6, pp. 175-235.

CHAKRAVORTI SPIVAK, G. (1999c). "Los estudios subalternos: la deconstrucción de la historiografía", a CARBONELL, N., TORRÁS, M., *Feminismos Literarios.* Madrid: Arcos Libros.

- CIRILLO, L. (2002). *Mejor huérfanas. Por una crítica feminista al pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- COBO, R. (2002). "Género", a C. AMORÓS (Dir.), *10 palabras clave sobre mujer*. Navarra: Verbo Divino.
- COBO, R. (2005). "Globalización y nuevas servidumbres de las mujeres", a AMORÓS, C., MIGUEL, A.DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 3. De los debates sobre el género al multiculturalismo*. Madrid: Minerva.
- COLOMER REVUELTA C.; PEIRÓ PÉREZ, R. "¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio" en SESPAS. *Gac Sanit* 2002;16(4):358-60.
- COLOMER REVUELTA, Concha (2008), entrevista realizada en el Diario el Mundo, 23/02/2008,
<http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2008/746/1203852962.html> [Fecha de consulta: 01/03/2008]
- COLOMER REVUELTA, Concha (2007), "Salud de las mujeres, las mujeres en la salud", en Enriqueta Chicano (coord), *Igualdad y libertad : un homenaje a Enriqueta Chicano*, 2007, pp. 137-140.
- COLOMER REVUELTA, Concha (2007), "El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades", en *Revista Española Salud Pública*, Madrid; 81, #2 - Marzo-Abril, 2007, pp. 91-93.
- COMAS, Margarita; BERNAL MARTÍNEZ, Jose Mariano; COMAS RUBÍ, Francesca. (2001) *Escritos sobre ciencia, género y educación*. Biblioteca Nueva.
- Comentaris sobre l'Estatut d'Autonomia de Catalunya*, Institut d'Estudis Autònoms, Barcelona, 1988, vol. II.
- CONSEJO DE EUROPA, (1999): *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodologías y presentación de «buenas practicas»*. Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming. Instituto de la Mujer, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Serie Documentos, nº 28.
- CORTADA, E. (1988). *Escuela mixta y coeducación en Cataluña durante la Segunda República*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- CORTÉS-FLORES, Ana; FUENTES-OROZCO, C; LÓPEZ RAMÍREZ MKL; VELÁZQUEZ RAMÍREZ GA; FARIAS-LLAMAS OA; OLIVARES BECERRA JJ; GONZÁLEZ-OJEDA A; (2005) "Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas" en *Gaceta Médica Mexica*, México; Vol.141 No. 4, 2005, pp 341-344
- COUNCIL OF EUROPE (1989). *La démocratie paritaire. Quarante années d'activité du Conseil de l'Europe*. Estrasburg, Council of Europe.
- COUNCIL OF EUROPE (2002). *Charte Sociale Européenne. Conclusions XV-2- T- 1*. Estrasburg, Council of Europe.
- DAUNE-RICHARD, A-M. (2007). "Las mujeres y la sociedad salarial: una investigación a partir de los casos de Francia, Reino Unido y Suecia", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- DE LA O, M. E. (2007). "Entre la flexibilidad, el trabajo fragmentado y la precariedad laboral. Los obreros de las maquiladoras del norte y centro de México", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.
- DE LUCAS, J. (2003). *Globalización e identidades*. Barcelona: Icaria.
- DE MIGUEL, A. (2002). "Feminismos", ", a C. AMORÓS (Dir.): *10 palabras clave sobre mujer*. Navarra: Verbo Divino.
- DEL VALLE, T. (1997). "El género en la construcción de la identidad nacionalista", *Ankulegui*, núm 1: 9-22.
- DELGADO SÁNCHEZ, Ana; TÁVORA RIBERO, Ana; ORTIZ, Teresa. (2003) "Las médicas, sus prácticas y el dilema de la feminidad", *Estudios de sociolingüístico*, Universidad de Vigo, 4 (2), 2003.
- DELPHY, C (1970). *Por un feminismo materialista. El enemigo principal y otros textos*. Barcelona: La Sal.
- DELPHY, C. (1982). *Por un feminismo materialista. El enemigo principal y otros textos*. Madrid: La Sal.
- DELPHY, C. (2001). *L'ennemi principal, Tome II, Penser le genre*. París: Éditions Syllepse.

- DELPHY, C., (2007). "La teoría de las mujeres como clase social: Christine Delphy y Lidia Falcón", a
- AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.
- DEMA MORENO, S. (2000): *A la igualdad por la desigualdad: la acción positiva como estrategia para combatir la discriminación de las mujeres*. Oviedo: KRK.
- DEX, S. (1985) *División sexual del trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- DIOTIMA (1987). *Il pensiero della differenza sessuale*. Milan: La Tartaruga.
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA (2002): *Planificant. Propostes metodològiques d'elaboració de plans d'Igualtat locals*. (Col·lecció Guies Metodològiques, 5. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA (2007): *Centres d'informació i recursos per a dones. Una proposta de model funcional i de gestió*. Col·lecció Documents de Treball, Sèrie Igualtat i Ciutadania 1. Disponible en <http://www.eapc.es/documents/2005/1685/conciliaradm.doc>
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA (2005), *II Pla d'igualtat de gènere de la Diputació de Barcelona*, Barcelona: Institut Edicions de la Diputació.
- DONES I TREBALL, Grupo (2003). *Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos*. Barcelona: Icaria.
- Dones i ciència*. Grup d'opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret, Parc Científic de Barcelona, Universitat de Barcelona, setembre de 2004.
- DODD, Dianne Elizabeth; GORHAM, Deborah (1994) *Caring and Curing: Historical Perspectives on Women and Healing in Canada*, Ottawa: University of Ottawa Press.
- DUBAR, C. (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. París: Armand Colin Éditeur.
- DUBET, F. (2006). *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Gedisa Editorial: Barcelona.
- DURÁN, M. A (2000a). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundació BBV.

- DURÁN, M. A (2000b). "La gestión de la cotidianeidad" en DURÁN (coord.). *La contribución del trabajo no remunerado en la economía española alternativas metodológicas*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- DURÁN, M. A. (2006). "Prólogo", a M. J. VARA (coord.), *Estudios sobre Género y Economía*. Madrid: Akal.
- DURÁN, M. A. (2007). "El trabajo no remunerado y las cuentas de la economía", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- DURÁN, M. A. (Coord.) (1998). *The Future of Work in Europe (Gendered Patterns of Time Distribution)*. Luxemburg: Comissió Europea- D.G.V.
- DURÁN, M. A. (dir.) (2000c). *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- DURÁN, M. A. (ed.) (1991). "El tiempo en la economía española", *Información comercial española*, 695: 9-48.
- DURÁN, M.A. (1986). *La jornada interminable*. Barcelona: Icaria.
- DURÁN, M.A. (2005). *Tiempo de vida y tiempo de trabajo: el valor del tiempo en la vida cotidiana*. Madrid: Fundació BBVA.
- ECHEBARRÍA, C., LARRAÑAGA, M. (2004). "La igualdad entre mujeres y hombres: una asignatura pendiente", *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 50: 11-36.
- El principio de igualdad en la Constitución española : XI jornadas de estudio* (1991), Dirección General del Servicio Jurídico del Estado, Madrid: Ministerio de Justicia, 2 vol.
- El País*, La medicina se feminiza, 21/02/2008.
- ELSTON, Mary Ann (2001). "Run by women, (mainly) for women: medical women's hospitals in Britain, 1866-1948", *Clio Medica*, 61, 2001, pp.73-107.
- EMAKUNDE (2004): *Manual de evaluación con enfoque de género*. Disponible en: http://www.emakunde.es/indice_c.htm

Estudio demográfico de los médicos del COMB. Importancia de los médicos extranjeros, Gabinete de Estudios Colegiales, Col.legi Oficial de Metges de Barcelona, julio 2007.

ETAN Grupo de trabajo sobre mujeres y ciencia. (2001), *Política científica de la Unión Europea: Promover la excelencia mediante la integración de la igualdad entre géneros*, Brussels: Comisión Europea.

ELÓSEGUI ITXASO, M. (1998). *El derecho a la igualdad y a la diferencia. EL republicanismo intercultural desde la Filosofía del Derecho*. Madrid: Instituto de la Mujer.

ESTABLET, R. (2005). "Chicas y chicos en la escuela: un cambio social que hay que seguir", a JACQUELINE LAUFER, CATHERINE MARRY i MARGARET MARUANI (eds.), *El trabajo del género. Las ciencias sociales ante el reto de las diferencias de sexo*. Editorial Germania: Valencia.

FALCÓN, L. (1981). *La razón feminista, Volumen I, La mujer como clase social y económica. El modo de producción doméstico*. Barcelona: Fontanella.

FALCÓN, L. (1982). *La razón feminista, Volumen II, La reproducción humana*. Barcelona: Fontanella.

FALCÓN, L. (1992). *Mujer y poder político (Fundamentos de la crisis de objetivos e ideología del Movimiento Feminista)*. Madrid: Vindicación Feminista Publicaciones.

FEMENÍAS, M. L. (2000). *Sobre sujeto y género: lecturas feministas de Beauvoir a Butler*. Buenos Aires: Catálogos.

FEMENÍAS, M. L. (2005). "El feminismo postcolonial y sus límites", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 3. De los debates sobre el género al multiculturalismo*. Madrid: Minerva.

FERNÁNDEZ ENGUITA, M. (1993). *Hágalo usted mismo: la cualificación del trabajo moderno, la crisis de su aprendizaje y la responsabilidad de la escuela*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.

FERRADA, D. (2001). *Currículo crítico comunicativo*. Barcelona: El Roure.

FINKEL, L. (1999) *¿Qué es un profesional? Las principales conceptualizaciones de la sociología de las profesiones*. Madrid: Pirámide.

- FIRESTONE, S. (1973). *La dialéctica del sexo*. Barcelona: Kairós.
- FLAQUER, LL. (2005). "Régimen de bienestar, familiarismo y ciudadanía", a SOLÉ, C., FLAQUER, LL. (eds.), *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- FOLGUERA, P. (1998). "El contexto histórico del tratado de Amsterdam", a Oreja Aguirre, M., *El tratado de Amsterdam. Análisis y comentarios*. Madrid: MacGraw Hill.
- FOLGUERA, P. (2004). "Gestación y consolidación de los derechos de ciudadanía en Europa" a Pérez Cantó, P., *También somos ciudadanos*. Madrid: UAM.
- FOLGUERA, P. (2006a). "La equidad de género en el marco internacional y europeo", a MAQUIEIRA, V. (ed.), *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Cátedra.
- FOLGUERA, P. (2006b). *El feminismo en España. Dos siglos de historia*. Madrid: Pablo Iglesias.
- FOUCAULT, M. (1984). *Historia de la sexualidad*, vol I. La voluntad de saber, Siglo XXI, Madrid.
- FOUCAULT, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- FRASER, N, NICHOLSON, J. L. (eds.) (1990). *Feminism/Postmodernism*. Nova York: Routledge.
- FRIEDAN, B. (1974). *La mística de la feminidad*. Madrid: Júcar.
- FRIEDAN, B. (1983). *La segunda fase*. Barcelona: Plaza y Janés.
- FRIEDAN, B. (1994). *La fuente de la edad*. Barcelona: Planeta.
- FUSTÉ SUGRANYES, Josep. (2007) *Estudi de les visions dels ciutadans, professionals, i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Barcelona.
- FUNDACIÓ MUJERES (2007) *Buenas prácticas de las Administraciones Públicas en materia de Mainstreaming de Género MTAS*, Madrid: Serie Observatorio, 8.
- FUNDACIÓ SANOFI AVENTIS (2005) *Proyecto de Investigación sobre la reinención del hospital*, Consultoría i Gestión SA. p. 17.

GABÁS, A. (2003): *Propuestas metodológicas para la construcción de indicadores sociales*. Disponible en:

http://surt.org/indicadors/es/docs/Propuestas_metodologicas.pdf

GALLEGO, María Teresa (1994) "El Techo de Cristal. Obstáculos para la participación política de las mujeres", en *Las Mujeres y el Poder Político*. Madrid: Instituto de la Mujer-Serie Debates 16.

GALLEGO, María Teresa; MÓ, Otilia; PÉREZ CANTÓ, Pilar (1994) *Mujer y Poder*. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, UAM.

GARCÍA DE CORTÁZAR, María Luisa; GARCÍA DE LEÓN ÁLVAREZ, M. Antonia (1996) "Las catedráticas de Universidad. Un caso de mujeres en minoría en un círculo de poder androcéntrico", en BRULLET TENAS, Cristina; CARRASQUER OTO, Pilar (comp.), *Sociología de las relaciones de género. Congreso de Sociología, Granada 1996*. Madrid: Instituto de la Mujer-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. pp. 179-188.

GARCÍA DE LEÓN ÁLVAREZ, M. Antonia (1993). "Hombres y mujeres en espacios públicos", en ORTEGA, Félix; FAGOAGA BARTOLOMÉ, Concha; GARCÍA DE LEÓN, M. Antonia, RÍO, P. (1993) *La flotante identidad sexual. La construcción del género en la vida cotidiana de los jóvenes*, Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas-Dirección General de la Mujer- Comunidad de Madrid.

GARCÍA DE LEÓN, M. Antonia (1994) *Élites discriminadas. Sobre el poder de las mujeres*, Barcelona: Anthropos.

GARCÍA, E. (1992). *¿Es cristiano ser mujer?: La condición servil de la mujer según la Biblia y la Iglesia*. Madrid: Siglo XXI.

GARCÍA CALVENTE (coord.), *Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género*. Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección general de la agencia de calidad del sistema nacional de salud, Secretaria general de sanidad, Ministerio de sanidad y consumo.

GARCÍA DE LEÓN, M. A. i GARCÍA DE CORTÁZAR, M. L. (2001) *Las Académicas: profesorado universitario y género*. Madrid: Instituto de la Mujer.

GARCÍA, M. A. (2005). "Acerca de la dominación masculina. Sobre la naturaleza del poder que ejercen las mujeres profesionales altamente cualificadas", a GIRÓ, J.

(ed.), *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio*. Madrid: Catarata.

GARCÍA OJEDA, P. (2000): *Guía metodológica para la introducción de la perspectiva de género en los análisis y las actuaciones de las agencias de empleo y desarrollo local*. Tenerife: Instituto Canario de la Mujer

GARCÍA, A. (2005): "Estructura i funcionament de les Polítiques públiques d'equitat a l'administració local" comunicación de la Jornada de polítiques municipals d'equitat entre homes i dones, Reus, octubre 2005.

GARÍ PÉREZ, Aitana. (2006). *Hablamos de salud. En femenino y en masculino*. Serie Lenguaje nº 5, Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

GARRETA, N., CAREAGA, P. (1987). *Modelos masculino y femenino en los textos de EGB*. Madrid: Instituto de la Mujer.

GELAMBÍ, M. (2005): *Les polítiques de gènere als ajuntaments catalans: un procés en construcció*, Barcelona: ICPS.

GELAMBÍ, M. (2001): "Polítiques públiques i relacions de gènere: les polítiques d'igualtat entre homes i dones a Catalunya", en R, Gomá; J. Subirats, *Les polítiques públiques a Catalunya (1980-2000)*. *Autonomia i Benestar*. Barcelona: Servei de publicacions, UAB.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2006) *L'Estatut d'Autonomia de Catalunya de 2006*. *Textos jurídics*, Barcelona: Generalitat de Catalunya-Institut d'Estudis Autònoms.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2006) *Avantprojecte del mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*. Octubre 2006. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

GENERAS, C; WOLD, A. (1997). "Nepotism and sexism in peer-review", *Nature*.

GIL DEZA, Ernesto (2005), "El síndrome burnout en la atención clínica", conferencia realizada en las Jornadas Intramed, México, 1.06.2005.

GIL RUIZ, Juana María (1994) "Women's political engagement in Spain", en NELSON, Bárbara; CHOWDHURY, Najma (1994) *Women and Politics Worldwide*, New Haven: Yale University Press.

- GIL RUIZ, Juana María (1996) *Las políticas de igualdad en España: avances y retrocesos*, Granada: Universidad de Granada.
- GIRÓ, J. (2005a). "El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio", a GIRÓ, J. (ed.), *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio*. Madrid: Catarata.
- GIRÓ, J. (ed.) (2005b). *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio*. Madrid: Catarata.
- GLOVER, J. "Highly Qualified Women in the "New Europe": Territorial Sex Segregation". *European Journal of Industrial Relations*. 2005, Volume 11 Number 2 pp 231-245.
- GODOY, L., STECHER, A., DÍAZ, X. (2007). "Trabajo e identidades: continuidades y rupturas en un contexto de flexibilización laboral", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.
- GOGORCENA AOIZ, M. Ángeles; JIMÉNEZ ROSADO, Pilar, MORENO PORTELA, M^a Isabel (2005) *Estadísticas de establecimientos sanitarios con régimen de internado*. Madrid: Servicio de Estadísticas de Actividad Sanitaria. 216 p.
- GOLDTHORPE, J. (1995). "Sobre la clase de servicio, su formación y su futuro", a J. CARABAÑA, A. DE FRANCISCO, *Teorías contemporáneas de las clases sociales*. Madrid: Pablo Iglesias.
- GÓMEZ, A. (2001a). "La perspectiva feminista en ciencias sociales", a LÓPEZ, J. A., SÁNCHEZ, J. M. (eds.) (2001), *Ciencia, Tecnología, Sociedad y Cultura en el cambio de siglo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GÓMEZ, A. (2001b). "Sesgos sexistas de la ciencia: de por qué no evolucionan las mujeres", a E. PÉREZ SEDEÑO, P. ALCALÁ CORTIJO (coord.), *Ciencia y género*. Universidad Complutense.
- GÓMEZ, A. (2004). *La estirpe maldita. La construcción científica de lo femenino*. Madrid: Minerva.
- GÓMEZ, A., TALLY, J. (eds.) (1998). *La construcción cultural de lo femenino*. Sta. Cruz de Tenerife: Instituto Canario de la Mujer.

- GÓMEZ, C. (2000). "Del etiquetado de las ocupaciones según nivel de cualificación", *Sociología del Trabajo*, 39: 45-67.
- GÓMEZ BUENO, C. (2001): "Mujeres y trabajo: principales ejes de análisis", *Papers* 63/64.
- GONZÁLEZ, J.J. i REQUENA, M. (eds.) (2006). *Tres décadas de cambio social en España*. Alianza Editorial: Madrid.
- GONZÁLES-JORGE, Celia; GONZÁLES, B; ALMARCHA BARBADO, Amparo (1993) "Equal treatment of women", en ALMARCHA BARBADO, Amparo (ed.) (1993) *Spain and EC Membership Evaluated*. Londres: Printer Pub.
- GREER, G. (1985). *Sexo y destino*. Barcelona: Plaza y Janés.
- GREER, G. (1987). "Los hombres y la violencia sexual", *El País*, 24 de mayo.
- GREER, G. (1993). *El cambio. Mujeres, vejez y menopausia*. Barcelona: Anagrama.
- GREER, G. (2000). *La mujer completa*. Barcelona: Kairós.
- GUADARRAMA, R. (2007a). "El territorio de las identidades", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.
- GUADARRAMA, R. (2007b). "Identidades, resistencia y conflicto en las cadenas globales. Las trabajadoras de la industria maquiladora de la confección en Costa Rica", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.
- GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (2007a). "Estereotipos, transacciones y rupturas en los significados del trabajo femenino. Nuevos campos de investigación", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L.(coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.
- GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.) (2007b). *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.

Guía para el diseño y la implementación de un plan de igualdad de oportunidades en una universidad pública. Congreso Septiembre 2006 *Guía para elaborar planes de igualdad*. FEMP.

GUILLAUMIN, C. (1992). *Sexe, Race et Pratique du Pouvoir. L'idée de Nature*. París: Ed. Côte femmes.

GUILLAUMIN, C. (1995). *Racism, Sexism, Power and Ideology*. Londres-Nova York: Routledge.

GUILLÉN, Mauro F (1987). "Procesos de cambio en la estructura ocupativa del sector sanitario español" (1987), en *Revista española de investigaciones sociológicas*, N° 37, 1987, pp. 173-206.

HAKIM, C. "Lifestyle Preferences as Determinants of Women's Differentiated Labor Markets Careers". *WORK AND OCCUPATIONS*, Vol. 29 N°4, November 2002 428-459

HALLIDAY, F. (2002). *Las relaciones internacionales en un mundo en transformación*. Madrid: La Catarata.

HARAWAY, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres*. La reinención de la naturaleza. Madrid: Cátedra. Col. Feminismos.

HARDEN, J. "Mother Russia", at Work. Gender Divisions in the Medical Profession. *The European Journal of Women's Studies*. 2003. Vol. 8(2): 181-199.

HARDING, S. (1995). "Después del eurocentrismo: desafíos para la investigación feminista en el norte", a C. MARTÍNEZ (ed.), *Feminismo, ciencia y transformación social*. Granada: Universidad de Granada. Colección Feminae.

HARDING, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

HARTMANN, H. (1979). "Un matrimonio mal avenido: hacia una unión mas progresista entre marxismo y feminismo", *Zona abierta*, 24: 85-113.

HARTMANN, H. (1980). "Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexo", a EISENSTEIN, Z. (comp.), *Capitalismo patriarcal y feminismo socialista*. Madrid: Siglo XXI.

- HARTMANN, H. (1994). "Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexo", en BORDERÍAS, *et al.* (eds.), *Las mujeres y el trabajo*. Madrid: Icaria-Fuhem.
- HERNANDO, A. (2000). "Factores estructurales asociados a la identidad de género femenina. La no inocencia de una construcción socio-cultural", a A. Hernando (ed.), *La construcción de la subjetividad femenina*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas, Asociación Cultural Al-Mudayna.
- HERNANDO, A. (2002). *Arqueología de la Identidad*. Madrid: Aikal.
- HERNANDO, A. (2003). *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. Madrid: Minerva.
- HERNANDO, A. (2003a). "Poder, individualidad e identidad de género femenina", a HERNANDO, A., *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. Madrid: Minerva.
- HERNANDO, A. (2003b). "Prólogo", a HERNANDO, A., *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. Madrid: Minerva.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Gerardo (1993) "El trabajo de la mujer fuera de casa", en *Crítica*, 807, 1993, 4.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Gerardo (1993) "Mujer, trabajo y familia", *Crítica*, 807, 1993, 46-48.
- HIRATA, H., KERGOAT, D. (2000). "Una nueva mirada a la división sexual del trabajo", en MARUANI, N. M., ROGERAT, CH., TORNIS, T. (Dir.), *Las nuevas fronteras de la desigualdad*. Barcelona: Icaria.
- HOOBS, B. (1984). "Black Women: Shaping Feminist Theory", a BHAVNANI, K. (ed.) (2001a), *Feminism and Race*. Oxford: Oxford University Press.
- HUALDE, A. (2007). "Mujeres y trabajo técnico en la industria maquiladora. Identidades y trayectorias profesionales", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.
- IBAÑEZ PASCUAL, Marta (1995) "Familia y género en la inserción laboral", en MOLINA, Dalia; CARRERA ISABEL, Isabel; CID LÓPEZ, Rosa *et al.* *Mujer e Investigación*, Oviedo: Universidad de Oviedo. pp. 223-234.

Informe anual sobre la participación de las mujeres españolas en la toma de decisiones. Asociación de mujeres juristas Themis, 2005.

Informe "*Mujeres investigadoras del CSIC*" (2001). Subdirecció General de Recursos Humans, Comisión de Mujeres y Ciencia, 2004.

Informe de Política Científica de la Unión Europea "*Promover la excelencia mediante la integración de la igualdad entre géneros*" (2000), ETAM, European Technology Assessment Network on Women and Science, Dirección General de Investigación de la Comisión Europea.

INSTITUT CATALÀ DE LES DONES, *Guía para implementar plan de igualdad en la universidad.* Barcelona: ICD - Colección EINES.

INSTITUT CATALÀ DE LES DONES, *Guía para implementar un plan de igualdad en las empresas.* Barcelona: ICD - Colección EINES

INSTITUT CATALÀ DE LES DONES (2006) *V Pla d'acció i desenvolupament de les polítiques de dones a Catalunya (2005-2007)*, Barcelona: ICD.

INSTITUTO DE LA MUJER, *Guía para la incorporación de la perspectiva de género*, del Instituto de la Mujer. Disponible en:

www.mtas.es/mujer/politicas/guiagenero.doc)

INSTITUTO DE LA MUJER (2008) *Guías de la salud; La salud laboral de las mujeres*, España, MTAS. P.52 p.

INSTITUT CATALÀ DE LES DONES (2005) *Informes d'impacte de gènere.* Barcelona: ICD – Colección Eines.

INSTITUTO DE LA MUJER (2003): *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de buenas prácticas.* Madrid: MTAS-Instituto de la Mujer. Serie Cuadernos de Debate nº 38: *Igualdad de trato entre hombres y mujeres en el ámbito laboral.* Pág. 16-22.

INSTITUTO DE LA MUJER (2004): *Mainstreaming de género en el ámbito local: Grupo de Trabajo y Seminario del Proyecto Equal Promociona: Sistemas Locales de Igualdad de Oportunidades.* Madrid: Debate.

- INSTITUTO DE LA MUJER (2005): *Estudio comparativo de los planes de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, autonómicos y nacional*. Madrid: Subdirección General de Estudios y Cooperación del Instituto de la Mujer, MTAS.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2000) *IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSTITUTO DE LA MUJER (1991). *La educación no sexista en la Reforma educativa*. Serie Cuadernos de Educación no sexista. Madrid: Instituto de la Mujer.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2004) *Mujeres en cargos de representación del sistema educativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2007) *Mujeres y hombres en España 2007*. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IÑIGUEZ, L.; SÁNCHEZ-CANDAMIO, M.; CAMPS, S.; MAESTRES, B.; MUÑOZ, J.; SANZ, J.; VÁZQUEZ, F. (2007), *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat. p.54.
- IRIGARAY, L. (1978). *Speculo. Espejo del otro sexo*. Madrid: Saltés.
- IRIGARAY, L. (1992). *Yo, tu, nosotras*. Madrid: Cátedra.
- IRIGARAY, L. (1994). *Amo a ti*. Barcelona: Icaria.
- IZQUIERDO, M, J. (1994). "Uso y abuso del concepto de género", a M. VILANOVA, (ed.), *Pensar las diferencias*. Barcelona: PPU.
- IZQUIERDO BENITO, M. Jesús (1993) *La interdependència de les activitats domèstiques i el treball remunerat. Estudi comparatiu dones/homes*, Barcelona: Publicacions del Parlament de Catalunya.
- IZQUIERDO, M. J. (1983). *Las, los, les (lis, lus): el sistema sexo/género y la mujer como sujeto de transformación social*. Barcelona: La Sal.
- IZQUIERDO, M. J. (1988). *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- IZQUIERDO, M. J. (1993). *La interdependència de les activitats domèstiques i el treball remunerat estudi comparatiu dones/homes*. Barcelona: Parlament de Catalunya.
- IZQUIERDO, M. J. (2000). *Cuando los amores matan*. Madrid: Libertarias. Saber vivir.
- IZQUIERDO, M. J. (2001). *Sin vuelta de hoja. Sexismo: poder, placer y trabajo*. Barcelona: Bellaterra. La Biblioteca del Ciudadano.
- JAGGAR, A. (1983). *Feminist Politics and human Nature*. Totowa, N. J., Rowman and Allan Held.
- JAGGAR, A., YOUNG, I. M. (eds.) (1998). *A Comparison to Feminist Philosophy*. Malden: Blackwell Publishers.
- JAMESON, F., SISEK, S. (2001). *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Buenos Aires: Paidós.
- JEFFREYS, S. (1996). *La herejía lesbiana. Una perspectiva feminista de la revolución sexual lesbiana*. Madrid: Cátedra.
- JÓNASDÓTTIR, A. (1993). *El poder del amor. Le importa el sexo a la democracia?* València: Cátedra. Col. Feminismos.
- JULIANO, D. (1994). "La construcción de la diferencia: los latinoamericanos", *Papers*, 43: 23-32.
- JULIANO, D. (2002). *La prostitución: el espejo oscuro*. Barcelona: Icaria.
- JULIANO, D. (2004). *Excluidos y marginales*. Madrid: Cátedra.
- KELLER, E.F. (1983) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons el Magnànim, 1989.
- KELLER, E. F. (2000). *El siglo del gen. Cien años de pensamiento genético*. Barcelona: Península.
- KELLER, E. F., LONGINO, H. E. (eds.) (1996). *Feminism and Science*. Nova York: Oxford University Press.
- KILMINSTER, Sue; DOWNES, Julia; GOUGH, Brendan; MURDOCH-EATON, ROBERTS, Trudie. "Women in medicine, is there a problem? A literature review of the

changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine". Blackwell Publishing Ltd 2006. *MEDICAL EDUCATION* 2007; 41: 39-49

KMEC, J. "Setting Occupational Sex Segregation in motion. Demand-side explanations of sex tradicional employment". *Work and Occupations*. Vol. 32 nº 3, August 2005 322-354.

KÖHLER, H. D., MARTIN ARTILES, A. (2005). *Manual de la sociología del trabajo y de las relaciones laborales*. Madrid: Delta.

LACALZADA, M. J. (2007). "Humanismo ilustrado-liberal en la emancipación de las mujeres y su engranaje masónico en España", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 1. De la Ilustración al segundo sexo*. Madrid: Minerva.

LACLAU, E., MOUFFE, C. (1987). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Madrid: Siglo XXI. Sociología y Políticas.

LAGARDE, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas.

LAGRAVE, R. M. (1993). "Una emancipación bajo tutela. Educación y trabajo de las mujeres en el siglo XX", a DUBY, G. I PERROT, M., *Historias de las mujeres*. Madrid: Taurus.

LAMATA, Fernando et al. (1998) *Manual de administración y gestión sanitaria*, Editorial Díaz de Santos. p. 868.

La feminización de la profesión médica. Fundación CESM, Demografía médica.

LALLEMENT, M. (2007). "Tiempo, trabajo, sujeto. Balance, cuestiones clave y perspectivas de las transformaciones contemporáneas", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.

LAQUEUR, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra, Instituto de la Mujer, Universitat de València, Col. Feminismos.

LARA, C. (2006) *El segundo escalón: desequilibrios de género en ciencia y teconología*. Sevilla: ArCiBel Editores.

LAUFER, J., MARRY, C., MARUANI, M. (2005). "Introducción", a LAUFER, J., MARRY, C., MARUANI, M. (eds.) (2005). *El trabajo del género. Las ciencias sociales ante el reto de las diferencias de sexo*. París: Éditions La Découverte.

LAUFER, J., MARRY, C., MARUANI, M. (eds.) (2005). *El trabajo del género. Las ciencias sociales ante el reto de las diferencias de sexo*. París: Éditions La Découverte.

LAURETIS, T. DE, (1993). "Sujetos excéntricos: la teoría feminista u la conciencia histórica", en CANGIANO, M. C., DUBOIS, L. (comps.), *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

LAURETIS, T. DE, (2000). *Diferencias*. Madrid: Horas y Horas.

Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE número 12611 de 23/03/07. Disponible en http://www.mtas.es/mujer/politicas/Ley_Igualdad.pdf. Accedido 26 de marzo del 2007.

LETABLIER, M-T. (2007). "El trabajo de 'cuidados' y su conceptualización en Europa", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.

LEVINTON, N. (2003). "Mujeres y deseo de poder: un conflicto inevitable", a HERNANDO, A., *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. Madrid: Minerva.

LIBRERIA DELLE DONNE-MILÁN (1991). *No creas tener derechos*. Madrid: Horas y Horas.

Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya (2003). Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona.

LINDESMITH, A., STRAUSS, A. i DENZIN, N. (2006). *Psicología social*. Centro de Investigaciones Sociológicas: Madrid.

LIPOVESTSKY, G. (1997). *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Anagrama.

LOCICERO, A.K. (1993), "Explaining excessive rates of caesareans and other childbirth interventions: Contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development". *Soc Sci Med* 10, 1993, 1261-69.

- LOMBARDO, E. (2004). *La europeización de la política española de igualdad de género*. València: Tirant lo Blanch.
- LONZI, C. (1981). *Escupamos sobre Hegel. La mujer clitorica y la mujer vaginal*. Barcelona: Anagrama.
- LÓPEZ CEREZO, J. A., SÁNCHEZ RON, J. M. (eds.) (2001). *Ciencia, Tecnología, Sociedad y Cultura en el cambio de siglo*. Madrid: Biblioteca Nueva. Organización de Estados Iberoamericanos.
- LÓPEZ, T. (2007). "El feminismo existencialista de Simone de Beauvoir", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 1. De la Ilustración al segundo sexo*. Madrid: Minerva.
- LÓPEZ-FAJUL DE ARGÜELLES (ed.) (1982). *La biología como arma social*. Madrid: Alhambra.
- LORBER, J. (1984) *Women Physicians. Careers, Status, and Power*. New York: Tavistock Publications.
- LOZANO DOMINGO, I. (1995). *Lenguaje femenino, lenguaje masculino. ¿Condiciona nuestro sexo la forma de hablar?* Madrid: Minerva.
- LOZARES, C., MIGUÉLEZ, F. (2007). "De la flexibilidad del tiempo productivo a la rigidez del tiempo reproductivo", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- LUNA, Lola; VILANOVA, Mercedes (comp.) (1996) *Desde las orillas de la política. Género y poder en América Latina*, Barcelona: Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad Universitat de Barcelona.
- MACKINNON, C. (1995). *Hacia una teoría feminista del Estado*. Madrid: Cátedra.
- MAÑERU, A., RUBIO, E. (1991). *Igualdad de oportunidades de ambos sexos. Transversales*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- MAQUIEIRA, V. (1998). "Cultura y Derechos Humanos de las Mujeres", a P. PÉREZ CANTÓ (coord.), *Las mujeres del Caribe en el umbral del 2000*. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid.

- MAQUIEIRA, V. (2005). "Género, diferencia y desigualdad", a BELTRÁN, E.; MAQUIEIRA, V. (eds.); Álvarez, S. y Sánchez, Cr., *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos (2001)*, Madrid: Alianza.
- MAQUIEIRA, V. (2006a). "Mujeres, globalización y derechos humanos", a MAQUIEIRA, V. (ed.), *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Cátedra.
- MAQUIEIRA, V. (ed.) (2006b). *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Cátedra.
- MARCHANT, C. (1980). *The Death of Nature: women, ecology and scientific revolution*. Nova York: Harper & Row.
- MARIMON, Santiago (1999) *Las sanidad en la sociedad de la informacion: Sistemas y Tecnologías de la información para la gestión y la reforma de los servicios de salud*, Ediciones Diaz De Santos, S.A. P. 432.
- MARTÍN CRIADO, E. (2004). "El valor de una buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares", *RES*, 4: 93-118.
- MARTÍN, M. A. (2004). *Evolución histórica del principio de igualdad y paradojas de exclusión*. Granada: Universidad de Granada.
- MARTÍNEZ PULIDO, C. (2003). *El papel de la mujer en la evolución humana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MARTÍNEZ, E. (2007). "Disponibilidades de tiempo y género. Algunas reflexiones partiendo del caso belga", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- MARTÍNEZ, U. (1997). "Globalización y transformación del papel laboral de la mujer", a V. MAQUIEIRA y M. J. VARA (eds.), *Género, clase y etnia en los nuevos procesos de globalización*. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma de Madrid.
- MARUANI, M. (1991). "La construcción social de las diferencias de sexo en el mercado de trabajo", *Revista de Economía y Sociología*, 13-14: 129-137.
- MARUANI, M. (1993). "La cualificación, una construcción social sexuada", *Revista de Economía y Sociología*, 21-22: 37-58.

- MARUANI, M. (2002). *Trabajo y el empleo de las mujeres*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- MARUANI, M. (2007). "Tiempo, trabajo y género", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- MARUANI, M., ROGERAT, C., TORNS, T. (Dir.) (2000). *Las nuevas fronteras de la desigualdad. Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- MASACHS, EULÀLIA. *Estudi de Salut, Estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya*. Fundació Galatea i CAPS-Centre d'anàlisi i programes sanitaris.
- MAYORDOMO, M. (2002). *Dones, Treballs i Economia Laboral*. Barcelona: Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya. Generalitat de Catalunya.
- MAZARRASSA, L. (2000) "Rol de género en la relación entre personal de enfermería y el personal médico". En, *Género y Salud. I Jornadas de la Red de médicas y profesionales de la salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- MESEGUER, P. (2003). "Trabajo doméstico y relación salarial", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 21(2): 127-144.
- MIGUEL, A. De (1995). "Feminismos", a C. AMORÓS (dir.), *Diez palabras clave sobre mujer*. Estella: Ed. Verbo Divino.
- MIGUEL, A. DE (2007a). "El feminismo en clave utilitarista ilustrada: John S. Mill y Harriet Taylor Mill", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 1. De la Ilustración al segundo sexo*. Madrid: Minerva.
- MIGUEL, A. DE (2007b). "La articulación del feminismo y el socialismo: el conflicto clase-género", en AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 1. De la Ilustración al segundo sexo*. Madrid: Minerva.
- MILES, A. (1991) "*Women, health and medicine*". Philadelphia: Oxford University Press.
- MILLER, J.B (1987) *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Barcelona: Paidós.
- MILLET, K. (1995). *Política sexual*. Madrid: Ed. Cátedra. Col. Feminismos.

- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (2005). *Datos y cifras del sistema universitario*. Madrid.
- MIQUEO, Consuelo; CRUZ TEJERO, Concepción Tomás; BARRAL, Ma. José; FERNÁNDEZ, Teresa; YAGO, Teresa (2001) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid; Minerva Ediciones.
- MIRANDA, M. J. (2007). "Apuntes para una genealogía del afecto", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- MITCHELL, J. (1975). *Psicoanálisis y feminismo*. Barcelona: Anagrama.
- MIYARES, A. (2007). "El sufragismo", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 1. De la Ilustración al segundo sexo*. Madrid: Minerva.
- MORAHAN, PS; RICHMAN, RC (2001). "Career obstacles for women in medicine" en *Medical Education*, 2001, Feb 35(2) pp 97-98.
- MOLINA, Jose Alberto. *Estudio económico social de los efectos de la salud de las mujeres medida a través de la utilización de servicios médicos y sanitarios sobre su acceso, contratación y condiciones de trabajo: ¿Existen comportamientos discriminatorios?*; Universidad de Zaragoza-Instituto de la Mujer, inisterio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.
- MOLINA, C. (1994a). "El feminismo socialista contemporáneo en el ámbito anglosajón", a C.AMORÓS (coord.), *Historia de la Teoría feminista*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid.
- MOLINA, José Alberto. *Valoración económica del trabajo doméstico y del cuidado de niños y niñas y personas ancianas por parte de las mujeres: efectos cuantitativos y cualitativos del establecimiento de ayudas económicas a estas actividades*, Universidad de Zaragoza-Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.
- MOLINA, C. (1994b). *Dialéctica Feminista de la Ilustración*. Barcelona: Anthropos.
- MOLINA, C. (2000). "Debates sobre el género", a C. AMORÓS (ed)., *Feminismo y Filosofía*. Madrid: Síntesis.

- MOLINA, C. (2007). "El feminismo socialista estadounidense desde la 'Nueva Izquierda'. Las teorías del sistema dual (Capitalismo + Patriarcado)", a a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.
- MOORE, H. L. (1999). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.
- MORA, E. (2005). "Patriarcado, capitalismo y clases sociales", a GIRÓ, J. (ed.), *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio*. Madrid: Catarata.
- MORENO, A. (1987). *El arquetipo viril: protagonista de la historia*. Barcelona: Edicions de les Dones. La Sal.
- MORENO, I. (2002). *La globalización y Andalucía. Entre el mercado y la identidad*. Sevilla: Mergablum.
- MORENO, M. (1986). *Cómo se enseña a ser niña: el sexismo en la escuela*. Barcelona: ICARIA.
- MTAS (2003) Ley 30/2003. BOE 14 de octubre de 2003. *Medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones, normativas que elabore el gobierno*. Madrid.
- MTAS. (2002) *Guía metodológica para la evaluación del principio de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en las intervenciones de fondos estructurales*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- MÜLLER, U. (1995). "Mujeres en la academia: Barreras al acceso", a SANZ RUEDA, C. (COORD.)., *Invisibilidad y presencia. Seminario Internacional Género y trayectoria profesional del profesorado universitario*. Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense/Comunidad de Madrid.
- MURARO, L. (1992). "Sobre la autoridad femenina", a F. BIRULÉS (comp.), *Filosofía y género. Identidades femeninas*. Pamplona: Pamiela.
- MURARO, L. (1994). *El orden simbólico de la madre*. Madrid: Horas y Horas.
- MURILLO, S. (1996). *El mito de la vida privada*. Madrid: Siglo XXI.
- NACIONES UNIDAS (UN) (1996a). *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.

NACIONES UNIDAS (UN) (1996b). *The United Nations and the Advancement of Women 1945-1995*. Nova York: United Nations.

NACIONES UNIDAS (UN) (2003). "Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación", Examen de los informes presentados por los Estados partes. España. Nova York: University of New York.

NACIONES UNIDAS. CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2004). *Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI", Informe del Secretario General*. Nova York: University of New York.

NACIONES UNIDAS. CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. COMISIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS (2005). *Integración de los Derechos Humanos de la mujer y la perspectiva de género. Exposición escrita presentada por la Federación de Asociaciones de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos*.

NALDINI, M. (2000): *Le politiche a sostegno delle responsabilità familiari nei casi storici italiano e spagnolo*. Inchiesta.

NASH, M. (1996). "La investigación de las mujeres en el marco universitario", a R. M. RADL (ed.), *Mujeres e institución universitaria en occidente*. Santiago: Universidad de Santiago.

NELSON, J. A. (1995). "Feminismo y economía", a VILLOTA, P. DE (ed.) (2000), *La política económica desde una perspectiva de género. La individualización de los derechos sociales y fiscales en la Unión Europea*. Madrid: Alianza Editorial.

NELSON, J. A. (1996). *Feminism, Objectivity and Economics*. Londres: Routledge.

NEUMAYER, L; KAISER, S; ANDERSON, K; et al. (2002) "Perceptions of women medical students and their influence on career choice", *American Journal Surgery*, 183, 2002, pp. 146-150.

NICOLSON, P. (1997). *Poder género y organizaciones*. Madrid: Editorial Narcea.

NÚÑEZ, E. (2003). "La transexualidad en el sistema de géneros contemporáneos. Del problema del género a la solución del mercado", a OSBORNE, R., GUASCH, O. (eds.). *Sociología de la sexualidad*. Madrid: CIS-S.XXI

Observatorio de Salud de las Mujeres. *Estrategia de acción 2004-2007*.

- OLIVA, A. (2005). "Debates sobre el género", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 3. De los debates sobre el género al multiculturalismo*. Madrid: Minerva.
- OLLERO TASSARA, A. (1999), *Discriminación por razón de sexo : valores, principios y normas en la jurisprudencia constitucional española*, Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- ORTÍZ GÓMEZ, T. (2007) "La práctica Sanitaria en la historia. ¿Una cuestión femenina?" en *Eidon*, 2007, pp. 61-65
- ORTÍZ GÓMEZ, Teresa; BIRRIEL-SALCEDOB, Johanna; ORTEGA DEL OLMOC, Rosa (2004) "Género, profesiones sanitarias y salud pública" *Gaceta Sanitaria*;18, Supl. 1:189-94, 2004 pp. 189-194.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa; DELGADO SÁNCHEZ, Ana; TÁVORA, Ana (1999) *Trabajo, género y medicina. Actividad profesional de las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX*", Madrid: MTAS.
- ORTIZ, T. *Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del s.XX*, Asclepio, vol LVII-1-2005.
- ORTIZ-GÓMEZ, Teresa; Johanna Birriel-Salcedob / Rosa Ortega del Olmoc "Género, profesiones sanitarias y salud pública", *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):189-94.
- ORTIZ, Teresa. Nota acerca del inicio frustrado de la colegiación médica obligatoria en España (1898-1902).
- ORTIZ, T. (2002). "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer", a Varis, *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- ORTIZ GÓMEZ, T.; BECERRA CONDE, G. (eds.) (1996) *Mujeres en ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas*. Granada: Universidad de Granada/Instituto de estudios de la Mujer.
- ORTIZ, Teresa (1999) *Trabajo, género y medicina. Actividad profesional de las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX*. Madrid: Instituto de la Mujer- Ministerio de Trabajo y AsuNtos Sociales y Universidad de Granada.
- ORTIZ-GÓMEZ, Teresa; DELGADO, Ana; SÁNCHEZ, Lola; TÁVORA, Ana; *Female professional identities and Spanish women doctors in late Francoism (1965-1978)*.

- OSBORNE, R. (1993). *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Cátedra.
- OSBORNE, R. (2007). "Debates en torno al feminismo cultural", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.
- OSBORNE, Raquel (1992) "Mujer y poder", en *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, 6, 1992, pp. 209-210.
- PARELLA, S. (2003). *Mujer, inmigrante, trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- PARELLA, S. (2004). "La interacción entre clase social, género y etnia: el reclutamiento de mujeres inmigrantes en el servicio doméstico", *Mientras Tanto*, 93: 83-100.
- PARELLA, S. (2005a). "La 'maternidad a distancia' de las empleadas domésticas latinoamericanas en España. La vulneración del derecho a la vida familiar en el contexto de la 'internacionalización de la reproducción'", a GIRÓ, J. (ed.), *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio*. Madrid: Catarata.
- PARELLA, S. (2005b). "Segregación laboral y 'vulnerabilidad social' de la mujer inmigrante a partir de la interacción entre clase social, género y etnia", a SOLÉ, C., FLAQUER, LL. (eds.), *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- PATEMAN, C. (1995). *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos.
- PEIRÓ, R; RAMÓN, N ; ÁLVAREZ DARDET, C ; COLOMER, C ; MOYA, C ; BORREL, C ; et al. (2004) "Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue". *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl. 2): 36-46.
- PÉREZ OROZCO, A. (2006). "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico", *Revista de Economía Crítica*, 5: 7-37.
- PÉREZ OROZCO, A. (2007). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- PÉREZ SEDEÑO, E. (2001). *Las mujeres en el sistema de ciencia y tecnología*. Madrid: OEI.

- PÉREZ SEDEÑO, Eulalia; ALCALÁ CORTIJO, Paloma (coords.) (AÑO). *Ciencia y género*. Madrid: Philosophica Complutensia.
- PÉREZ SEDEÑO, E. (ed.) (1993). "Mujer y ciencia", número monográfico de *Arbor*, gener de 1993.
- PÉREZ, E., ALCALÁ, P. (coord.) (2001). *Ciencia y Género*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- PERONA, A. (2007). "El feminismo liberal estadounidense de posguerra: Betty Friedan y la refundación del feminismo liberal", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.
- PICHARDO, J. I. (2003). "Migraciones y opción sexual", a O. Guasch y O. Visuales, *Sexualidades. Diversidad y control social*. Barcelona: Bellaterra.
- PICHARDO, J. I. (2006). "Mujeres lesbianas y derechos humanos", a MAQUIEIRA, V. (ed.), *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Cátedra.
- PICCHIO, A. (1995): *La reconstrucción del espacio cotidiano*, Madrid: Instituto de la Mujer, nº 19.
- PONS, X (coord.) (1998): *La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Comentario artículo por artículo*, Barcelona: Icaria-Antrazyt.
- POSADA, L. (1998). *Sexo y esencia. De esencialismos encubiertos y esencialismos heredados*. Madrid: Horas y Horas.
- POSADA, L. (2000). "De discursos estéticos, sustituciones categoriales y otras operaciones simbólicas: en torno a la filosofía del feminismo de la diferencia", a C. AMORÓS (ed.), *Feminismo y Filosofía*. Madrid: Síntesis.
- POSADA, L. (2001). "Las hijas deben ser siempre sumisas (Rousseau). Discurso patriarcal y violencia contra las mujeres: reflexiones desde la teoría feminista", a BERNÁNDEZ, A. (ed.). *Violencia de género y sociedad: una cuestión de poder*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Ayuntamiento de Madrid.
- POSADA, L. (2007a). "La diferencia sexual como diferencia esencial: sobre Luce Irigaray", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del Feminismo liberal a la postmodernidad*. Madrid: Minerva Ediciones.

- POSADA, L. (2007b). "El pensamiento de la diferencia sexual: El feminismo italiano. Luisa Muraro y 'El orden simbólico de la madre'", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.) (2007d), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.
- POZO, M. E. (2002). "Tras las huellas del género", a M. L. FEMENÍAS, *Perfiles del Feminismo Iberoamericano*. Buenos Aires: Cátedra.
- PRECARIAS A LA DERIVA (2004). *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de sueños.
- PRECARIAS A LA DERIVA (2005). "Precarización de la existencia y huelga de cuidados", a VARA, J. (coord.), *Estudios sobre género y economía*. Madrid: Akal.
- PRIETO, C. (2007a). "Clases de sujetos, clases de actividades y clases de tiempos: una mirada desde la perspectiva del género", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- PRIETO, C. (2007b). "De la 'perfecta casada' a la 'conciliación de la vida familiar y laboral' o la *querelle des sexes* en la modernidad española", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- PRIETO, C. (ed.) (2007c). *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- PRIETO, C., POVEDA, M. (2005). "Prólogo", a LAUFER, J., MARRY, C., MARUANI, M. (eds.) (2005). *El trabajo del género. Las ciencias sociales ante el reto de las diferencias de sexo*. París: Éditions La Découverte.
- PULEO, A. (1992). *Dialéctica de la sexualidad. Género y sexo en la filosofía contemporánea*. Madrid: Cátedra. Col. Feminismos.
- PULEO, A. (1995). "Patriarcado", a C. AMORÓS (dir.), *Diez palabras clave sobre mujer*. Estella: Ed. Verbo Divino.
- PULEO, A. (2000). *Filosofía, género y pensamiento crítico*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial.
- PULEO, A. (2005). "Del ecofeminismo clásico al deconstructivo: principales corrientes de un pensamiento poco conocido", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 3. De los debates sobre el género al multiculturalismo*. Madrid: Minerva.

- PULEO, A. (2007). "Lo personal es político: el surgimiento del feminismo radical", a AMORÓS, C., MIGUEL, A. DE (eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Vol. 2. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.
- PUJOL FURRIOLS, P. (2007): *La participació de les dones en els municipis*, Col·lecció Participació Ciutadana, 3, Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació.
- RADL, R. M. (1996). "Una aproximación epistemológica a la mujer como sujeto y objeto de la construcción científica", a R. M. RADL (ed.), *Mujeres e institución universitaria en occidente*. Santiago: Universidad de Santiago.
- RAMOS, R. (1990). *Cronos dividido: Uso del tiempo y desigualdad entre hombres y mujeres en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- RAMOS PALOMO, M^a Dolores y VERA BALANZA, Teresa (eds.) (1996) Género y estrategias profesionales. La formación de las matronas en la España del siglo XVIII. En, *El trabajo de las mujeres, pasado y presente. Actas del congreso internacional. Tomo III**. Málaga: Diputación de Málaga y Seminario de Estudios Interdisciplinarios de la Mujer. pp 229-238.
- RAMOS, R. (2007). "Metáforas sociales del tiempo en España: una investigación empírica", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- REED, Victoria; BUDDEBERG-FISCHER, Barbara (2001) "Career obstacles for women in medicine: an overview" en *Medical Education*, 2001; 35 (2) , 139-147
- RECIO, A. i RECIO, C. (2005) *Les desigualtats en el mercat de treball. Panel de les desigualtats socials a Catalunya*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- REVISTA DE EDUCACIÓN (1989). *Mujer y Educación*. (setembre-deseembre) (290). Centro de Investigación y Documentación Educativa (C.I.D.E.) Ministerio de Educación y Ciencia.
- REVUELTA, Gemma. *Género y salud en la prensa diaria*. Informe Sespas, 2003 (en prensa).
- RIBAS, N., MANRY, V. (2005). "Circular con ojos de mujer: esquivando fronteras en un mundo global", a GIRÓ, J. (ed.), *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de La mujer en el nuevo milenio*. Madrid: Catarata.

- RICH, A. (1980b). "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana", *Nosotras*, N. 3m noviembre de 1985, pp. 5-34.
- RICHARD, N. (2002). "Feminismo y deconstrucción: otros desafíos críticos", a ACEITUNO, R. (ed.), *Identidades*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- RISKA, Elianne (2001), Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine?, en *Social Science & Medicine*, Volume 52, Issue 2, January 2001, 179-187 pp.
- RISKA, Elianne; WEGAR, Katerina. (eds.) (1993) *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour*, London: Sage.
- RIVERA-CUSICANQUI, S., BARRAGÁN, R. (1997). *Debates Post Coloniales. Una introducción a los estudios de la subalternidad*. La Paz: Editorial Historias-Ediciones Aruwiwiri.
- ROBLES SANJUAN, Victoria (1994) "Las mujeres y la participación política. Cómo el poder nos permite poder hacer, poder decir, poder decidir" en *Campus. Revista de la Universidad de Granada*, #81, 1994, 25-27.
- ROBLES SANJUAN, Victoria (1995) "La feminización del poder como estrategia de igualdad", en BALLARÍN DOMINGO, Pilar; MARTÍNEZ LÓPEZ, Cándida (ed.) (1995) *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*, Granada: Universidad de Granada/Colección Feminae.
- ROCA I TRÍAS, Encarna (1995) "Mujer y poder en la universidad", en MOLINA, Dalia; CARRERA, Isabel; CID LÓPEZ, Rosa et al. (1995) *Mujer e Investigación*, Oviedo: Universidad de Oviedo.
- RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Pilar (1995) *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*, Granada: Universidad de Granada/Colección Feminae.
- RODRÍGUEZ, Arantxa; GOÑI, Begoña; MAGUREGI, Gurutze (ed.) (1996) *El futuro del trabajo. Reorganizar y repartir desde la perspectiva de las mujeres*. Bilbao: Centro de Documentación y Estudios de la Mujer.
- RODRÍGUEZ, I. (2007): *Mainstreaming de género, empoderamiento y liderazgo*. Master UJI – Igualdades.

- RODRÍGUEZ, Josep A.; BOSCH, Josep Lluís C.(2004); *Infermeres avui: com som i com voldríem ser. Conclusions de l'estudi sociològic*. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona i Universitat de Barcelona.
- ROMERO DÍAZ SARABIA, Mercedes (1994) "La mujer trabajadora", en *El Adelanto*, 8 marzo 1994.
- RUBIN, G. (1989) "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad", a C. S. Vance (comp.), *Placer y peligro*. Madrid: Talasa.
- RUBIN, G. (1996). "El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo", a M. LAMAS (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México D. F.: UNAM.
- RUIZ CANTERO, M^a Teresa; PAPÍ GALVEZ, Natàlia. *Guía de estadísticas de salud con enfoque de género. Análisis de Internet y recomendaciones*. Universidad de Alicante.
- RUIZ CANTERO, MT; VERDÚ-DELGADO, M. (2004) "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico en España". *Gaceta sanitaria* 2004; 18 (Supl 1):118-25.
- RUIZ PEREZ, I; UBAGO LINARES, MC (2004). Fibromialgia: ¿un problema real o imaginario? *Meridiam* (Instituto Andaluz de la Mujer) 34:37-8.
- RUIZ, MT; RONDA, E; ALVAREZ DARDET, C; GIL, V; BELDA, J. (1995) "Atención según el género del paciente en los servicios de urgencias ¿diferente o desigual?". *Gaceta Sanitaria* 1995; 47:76-83.
- SALAS, B. (1994). *Orientaciones para la elaboración del Proyecto Coeducativo de Centro*. Bilbao: Maite Canal.
- SALAS, B. (2003). *Diccionario de la Pentacidad*. Barcelona: Octaedro-Eub-Grupo Pentacidad.
- SAN JOSÉ, B. (2003). "De la impotencia al 'empoderamiento'", a HERNANDO, A., *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. Madrid: Minerva.
- SAN ROMÁN, T. (1996). *Los Muros de la separación: ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Madrid: Tecnos; Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions.

- SANAHUJA, M. E. (2002). *Cuerpos sexuados, objetos y prehistoria*. Madrid: Cátedra.
- SÁNCHEZ, C. (2003a). "Ciudadanía y Derechos Humanos. Una mirada desde el género", a P. PÉREZ CANTÓ (coord.), *Mujeres de dos mundos: ciudadanía social de las mujeres latinoamericanas*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- SÁNCHEZ, C. (2003b). "Genealogía de la vindicación", a BELTRAN, E., MAQUIEIRA, V. (eds.). *Feminismos: Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza. Colección Ciencias Sociales.
- SANTESMASES, M. J. (2001). "¿Ciencias femeninas o carreras feministas?. Hechos sin retórica en la participación de las científicas en la comunidad española de ciencias biomédicas desde los años 50", en PÉREZ, E. i ALCALÁ, P., *Ciencia y género*. Madrid: Editorial Complutense.
- SANTESMASES, M^a Jesús.(2000) *Mujeres científicas en España (1940-1970): profesionalización y modernización social*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- SANTOS GUERRA, M.A. (1984). *Coeducar en la Escuela. Por una enseñanza no sexista y liberadora*. Madrid: Zero.
- SARTORI, D (1998). "La autoridad en cuestión", en *Hiparía. Autoridad científica, autoridad femenina*. Madrid: HORAS y HORAS, 59-85.
- SAU, V. (1990). *Diccionario ideológico feminista*. Barcelona: Icaria.
- SCHIEBINGER, Londa (2004) *¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna*. Madrid: Cátedra.
- SCHROEN, A; BROWSTEIN, M; SHELDON, G. (2004) "Women in Academic General Surgery", en *Academic Medicine*, 79, 2004, pp.310-318.
- SEMPERE NAVARRO, Antonio; CANO GALÁN, Yolanda (2003) *Negociación colectiva y conciliación de la vida laboral y familiar*. Universidad Rey Juan Carlos, Instituto de la Mujer.
- SENSAT, N.; VARELLA, R. (1998): "Las políticas dirigidas a las mujeres: la acción pública para la igualdad entre los sexos", en R. Gomá; J. Subirats, *Políticas públicas en España: contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*, Barcelona: Ariel.
- SERRA, I. (dir) (2003): *La evaluación de las políticas públicas: Los Planes de Igualdad*. Valencia: Fondo Social Europeo. Generalitat Valenciana

SESPAS Grupo de Género y Salud. Disponible en <http://genero.sespas.es/indice.html>. Red de investigación en salud y género (RISG). Disponible en <http://www.easp.es/redgenero/web/esp/index.asp>.

She Figures, Women and Science, Statistics and Indicators, Unió Europea, 2003.

Situación de las mujeres en los sectores más feminizados. Federación de Mujeres Progresistas, Departamento de Empleo y Formación.

SOLÉ, C., FLAQUER, LL. (eds.) (2005). *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*. Madrid: Instituto de la Mujer.

SOLÉ, C. y PARELLA, S. (2006) "Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras "exitosas". En *FES*, nº 4

<http://www.fesweb.org/revista/archivos/res04/03.pdf>

SOLETO, M^a Luisa (2007). *Buenas prácticas de las Administracions públiques en materia de mainstreaming de género*. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

SOLÍS, M. (2007). "Trabajo, identidad y género en las maquiladoras de Tijuana", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.

SOLSONA, N. (2002). "Mujer y ciencia", a *Mujer y educación*. Barcelona: Grao.

SOLSONA, Montserrat (dir.) *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Centre d'Estudis Demogràfics i Departament de Salut, Direcció d'Estratègia i coordinació, Institut d'estudis de la Salut.

SUBIRATS, M. (1994). "Conquistar la igualdad: la coeducación hoy", *Revista Iberoamericana de Educación*, n. 6, Género y Educación, pp. 38-51.

SUBIRATS, M. (coord.) (1993). *El sexismo en los libros de texto: Análisis y propuesta de un sistema de indicadores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

SUBIRATS, M., BRULLET, C. (1988). *Rosa y Azul. La transmisión de los géneros en la escuela mixta*. Madrid: Instituto de la Mujer.

SUSI, E. (1998). "Las felices anomalías". In HIPATÍA, *Autoridad científica, autoridad femenina*. Madrid: horas y HORAS, 13-20.

- TARRÉS, M. L. (2007). "Las identidades de género como proceso social: rupturas, campos de acción y contrucción de sujetos", a GUADARRAMA, R., TORRES, J. L. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos.
- THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (2000). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Plaza y Janés.
- TOBÍO, C. (2005). *Madres que trabajan. Dilemas y estrategias*. Madrid: Cátedra. Col. Feminismos.
- TORNS, T. (2001). "El tiempo de trabajo de las mujeres: entre la invisibilidad y la necesidad", en CARRASCO, C. (ed.), *Tiempos, trabajos y género*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- TORNS, T. (2007). "El tiempo de trabajo y las relaciones de género: las dificultades de un cambio ineludible", a PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Barcelona: Hacer.
- TORNS, T., BORRÁS, V., CARRASQUER, P. (2003-2004). "La conciliación de la vida laboral y familiar: ¿Un horizonte posible?", *Sociología del Trabajo*, 50: 114-137.
- TORNS, T., CARRASQUER, P., PARELLA, S., RECIO, A. (2007). *Les dones i el treball a Catalunya: mites i certeses*. Generalitat de Catalunya: Institut Català de les Dones.
- TORNS (2002) "Entre l'atur i el temps parcial: noves maneres d'una vella desigualtat?" *Revista Catalana de Sociologia*.
- TORNS, T. (1996) *Mercado de trabajo y desigualdad. Cuadernos de Relaciones Laborales*, nº6. Madrid.
- TORSTEN, Risør (2007) "The doctor's gender is a social gender", en *Ugeskr Laeger*, Jun 18;169(25), 2007 pp. 2413-2415.
- UE Directorate-General for Research. (2006), *She figures 2006: women and science statistics and indicators*, Brussels: European Comission.
- UE Directorate-General for Research. (2003), *She figures 2003: women and science statistics and indicators*, Brussels: European Comission.
- ULSTAD, V.K. (1993) "How women are changing medicine", en *Journal of the American Medical Women's Association*, 48(3), 1993, pp. 75-78.

- VV.AA (2000) *Empleo y discriminación salarial*, Madrid: CCOO
- VV.AA (2003) *La segregación laboral de género a Catalunya*, Barcelona: CCOO
- VALCÁRCEL, A. (1991). *Sexo y Filosofía. Sobre "Mujer" y "Poder"*. Barcelona: Anthropos.
- VALCÁRCEL, Amelia. (2004). *La política de las mujeres*. Madrid: Cátedra-Feminismos. 233
- VALCÁRCEL, A. (comp.) (1994). *El concepto de igualdad*. Madrid: Pablo Iglesias.
- VALCARCEL, Amélia (2000) *El camino hacia la paridad: presencia de mujeres en los ámbitos relevantes de la toma de decisiones*. Instituto de la mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2000.
- VALIENTE, C. (2006): *El feminismo de Estado en España: El Instituto de la Mujer (1983-2003)*, Valencia: Institut Universitari d'Estudis de la Dona, Universitat de València.
- VARELLA MARTÍ, R. (2001): "Las políticas de igualdad en el ámbito del trabajo: una propuesta de construcción teórica desde el género" en R. Radl Philipp (ed.) *Cuestiones actuales de Sociología del género*, Santiago de Compostela: CIS, Universidad Santiago de Compostela.
- VALENTICH, M. (1995). "El seguimiento de las carreras académicas: estrategias para las mujeres y para las Universidades", a SANZ, C. (COORD.). , *Invisibilidad y presencia. Seminario Internacional Género y trayectoria profesional del profesorado universitario*. Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense/Comunidad de Madrid.
- VALERA, J. (1997). *Nacimiento de la mujer burguesa*. Madrid: La Piqueta. Genealogía del Poder, 30.
- VALENZUELA, Monserrat Salas (2001) *Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil*. Madrid: Plaza y Valdéz. P. 143
- VALIENTE, C. (1998). "Género, mercado de trabajo y Estado de Bienestar: el caso de España", *Sociología del Trabajo*, 32: 53-79.
- VALLE, T. Del, (2006). "El derecho a la movilidad libre y segura", a MAQUIEIRA, V. (ed.), *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Cátedra.

- VALLS-LLOBET, C. (1998) "La atención de género en la atención primaria". *Quadern-Caps 1998*; 27:46-52.
- VALLS-LLOBET, C. (1999) "Género, Sistema Sanitario y Salud Autopercebida", en, GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, MA (compil.) (1999) *Hombres y Mujeres. Subjetividad, Salud y Género*. Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Gobierno de Canarias, Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. pp. 201-219
- VILANOVA, M. (1994). *Pensar las diferencias*. Barcelona: Universitat de Barcelona / Institut Català de la Dona.
- VILLOTA, Paloma de (1995) "Carrera profesional versus maternidad: dilema de las académicas", SANZ RUEDA Carmela (coord.) (1995) *Invisibilidad y presencia. Actas del seminario internacional Género y trayectoria profesional del profesorado universitario*, Madrid: Instituto Universitario de Investigaciones Feministas y Dirección General de la Mujer. pp. 175-210.
- WAINERMAN, C. (comp.) (2002). *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- WAJCMAN, J. (2006). *El tecno-feminismo*. Madrid: Cátedra.
- WALBY, S. (2000). "Figuras emblemáticas del empleo flexible", a MARUANI, M., ROGERAT, C., TORNS, T. (dirs.), *Las nuevas fronteras de la desigualdad. Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria. Antrazyt, 156.
- WALBY, S. (1986) *Patriarchy at work*. Londres: Polity Press.
- WALBY, S. (1997) *Gender Transformations*. Londres: Routledge
- WALTERS, M., CARTER, B., PAPP, P., SILVERSTEIN, O. (1996), *La red invisible*. Barcelona: Paidós.
- WEBER, M. (2006). *Conceptos sociológicos fundamentales*. Alianza editorial: Madrid.
- WILLIAMS, A. P.; PIERRE, KD; VAYDA, E. (1993). "Women in medicine: toward a conceptual understanding of the potential for change.", en *Journal American Med. Womens Association*, Jul-Aug;48(4), 1993, pp. 115-21.
- WITTIG, M. (1977). *El cuerpo lesbiano*. València: Artes Gráficas Soler.
- WITZ, Anne (1992) *Professions and Patriarchy*. Londres: Routledge.

WOODS, P., HAMMERSLEY, M. (1995). *Género, cultura y etnia en la escuela*. Mèxic: Paidós.

YOUNG, I. M. (1990). "Imparcialidad y lo cívico público. Algunas implicaciones de las críticasfeministas a la teoría moral y política", a BENHABIB, S., CORNELL, D. (comp.), *Teoría Feminista y teoría crítica*. València: Edicions Alfons El Magnànim. Institució Valenciana d'Estudis i Investigació.

YOUNG, I. M. (2000). *La justicia y la política de la diferencia*. Madrid: Cátedra.

ZAITEGI, N., URRUZOLA, M. J. (1994). *¿Cómo seleccionar y elaborar materiales coeducativos?* Vitoria-Gasteiz: Emakunde.

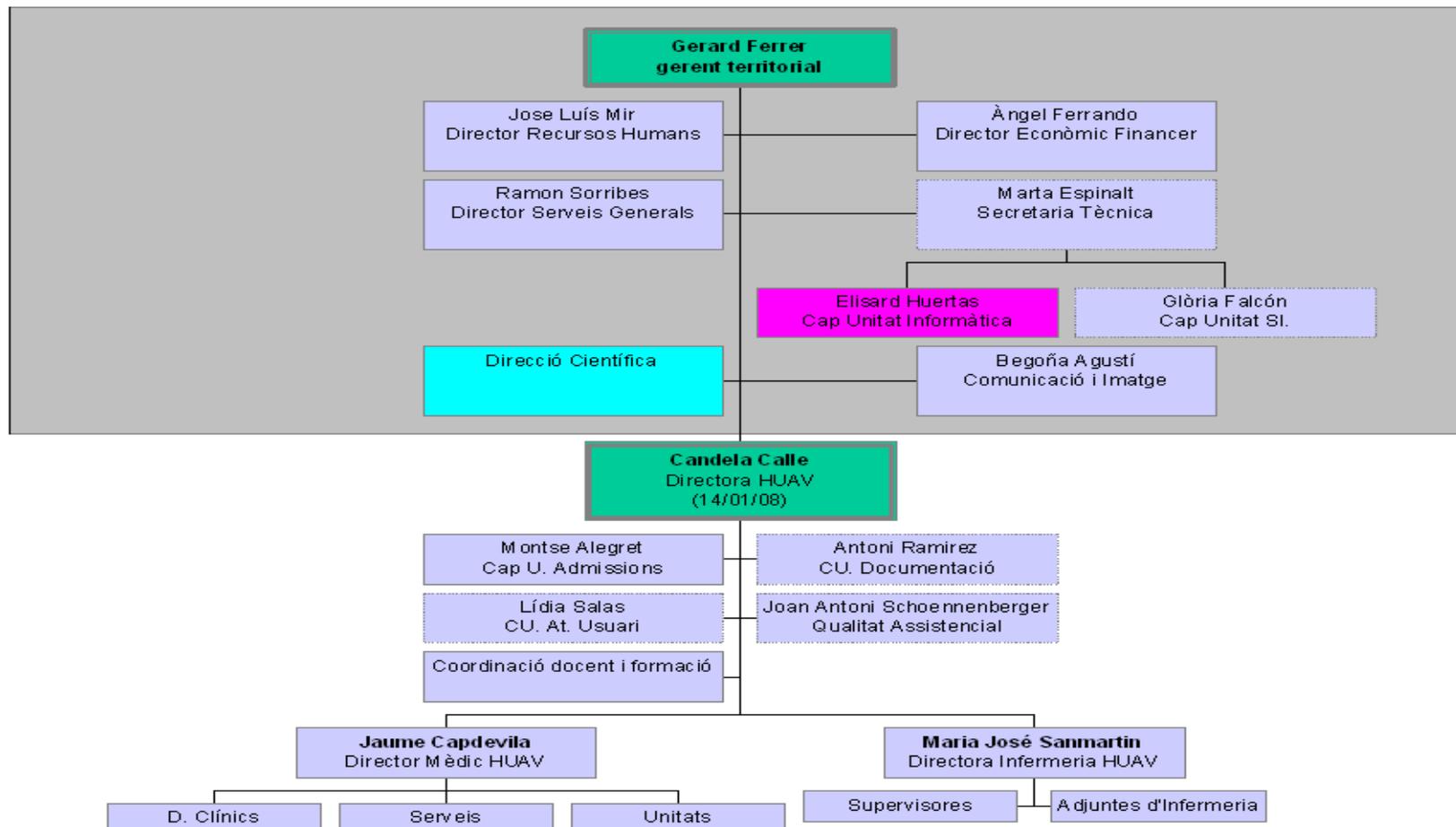
ZAITEGUI, N., IRIGOYEN, M. (2005). "La coeducación como transversal: una realidad dentro del aula", a GIRÓ, J. (ed.), *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio*. Madrid: Catarata.

ANEXO I

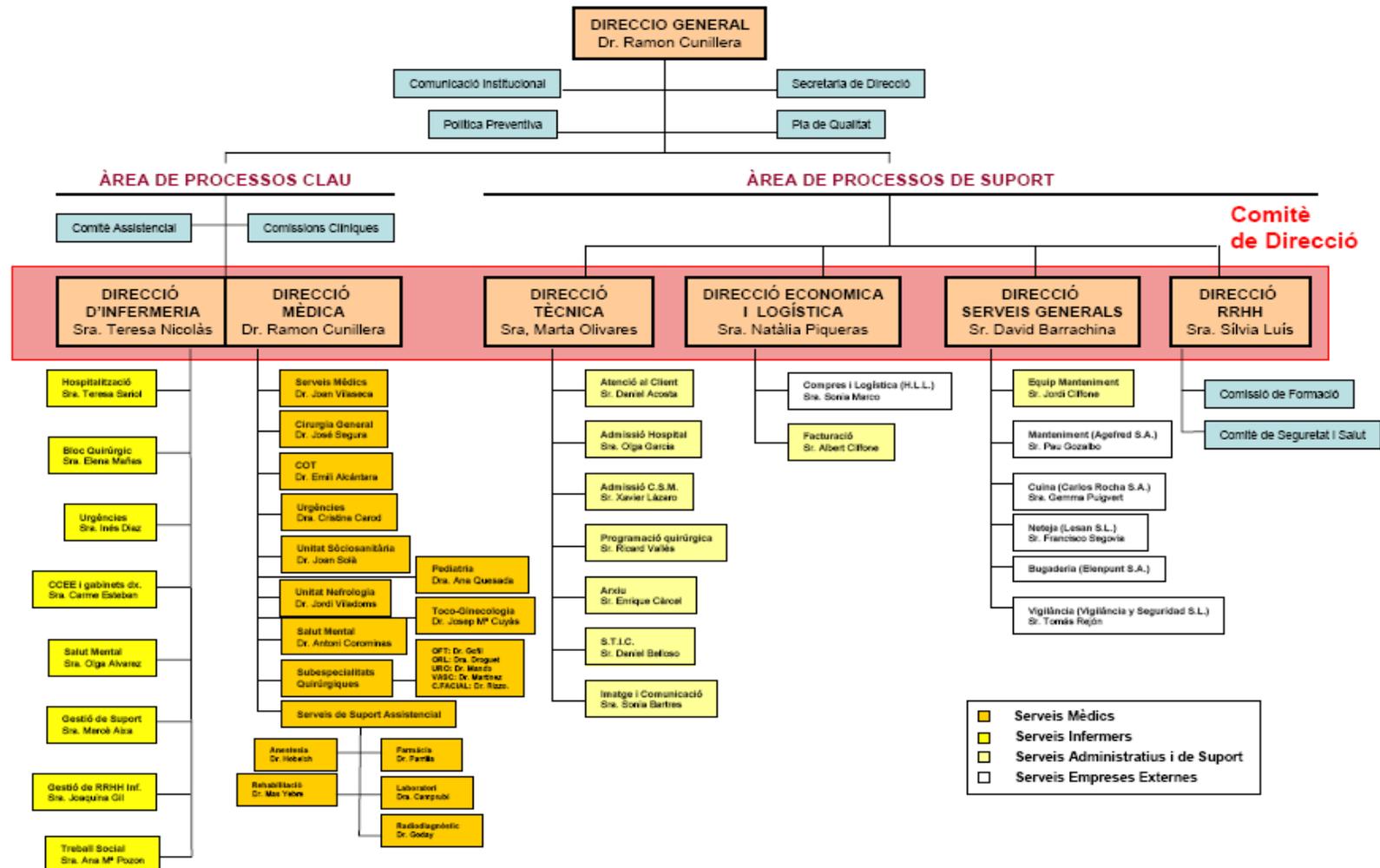
ANEXO DEL CAPÍTULO 6

ORGANIGRAMAS DE LA RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA (XHUP)

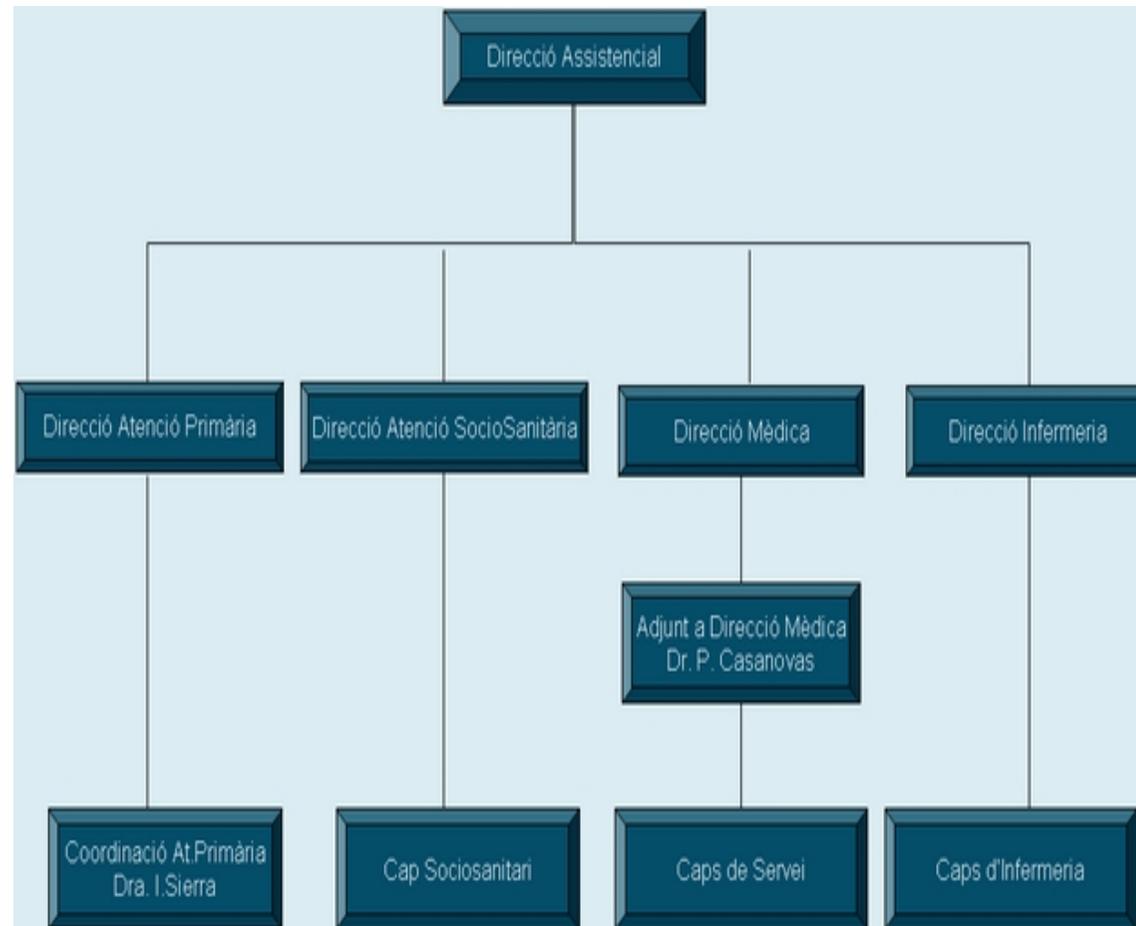
Organigrama Hospital Universitari Arnau de Vilanova (gener 2008)



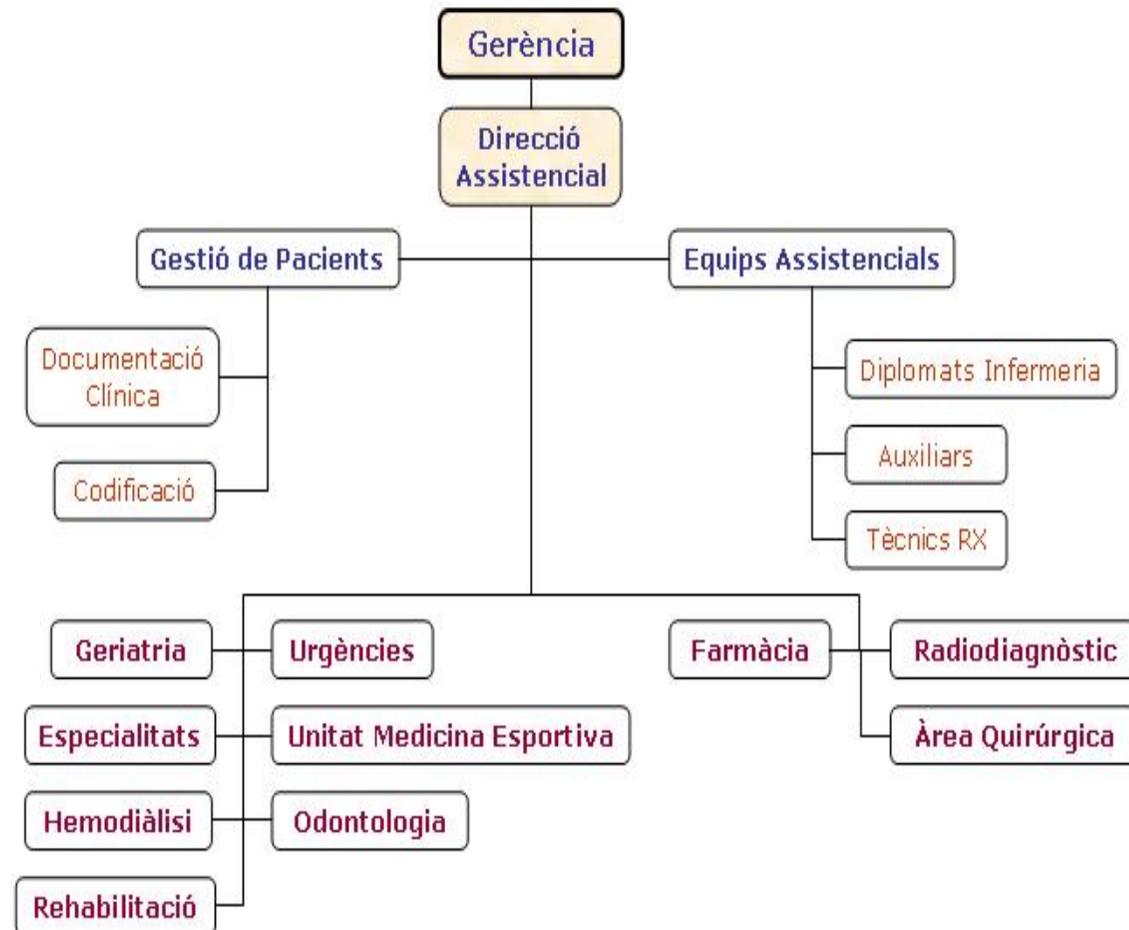
Organigrama Hospital Mollet



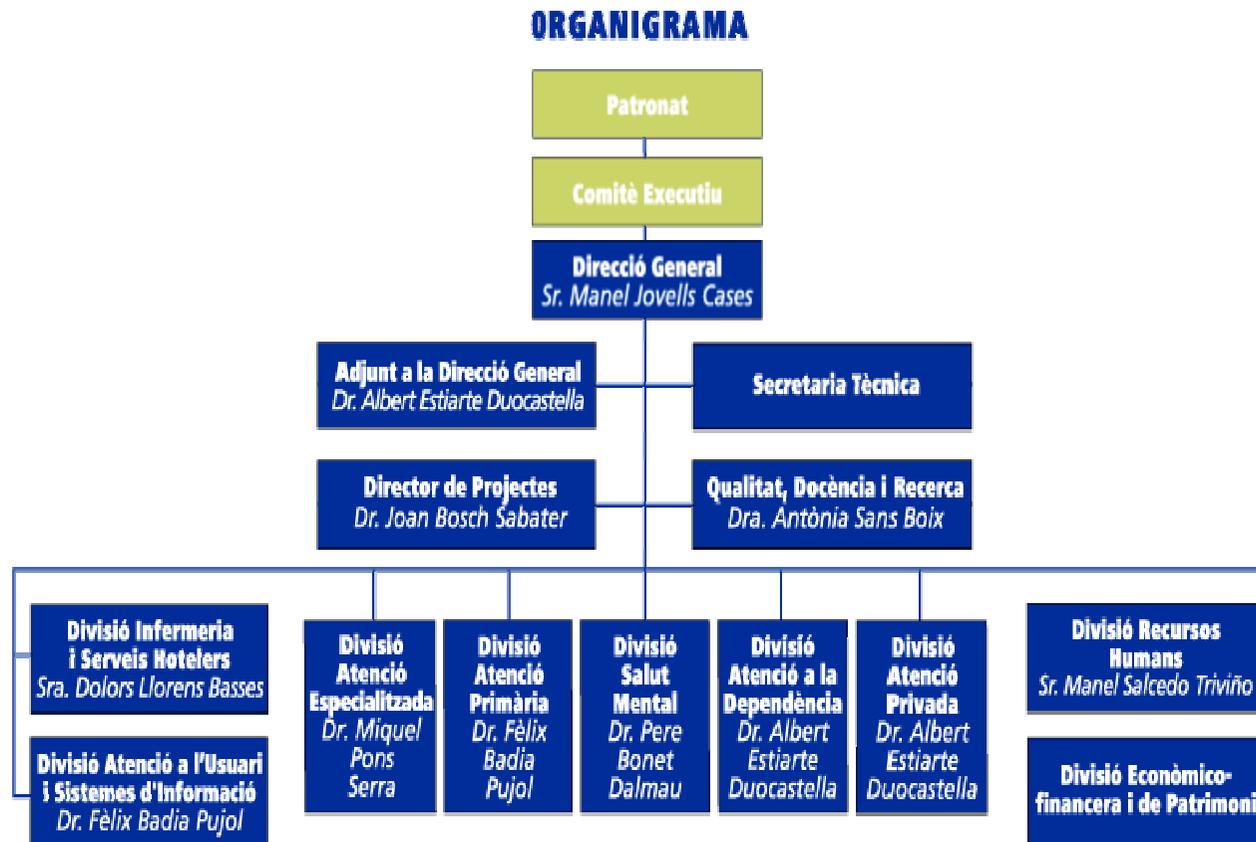
Organigrama de la Direcció Assistencial del Hospital Figueres



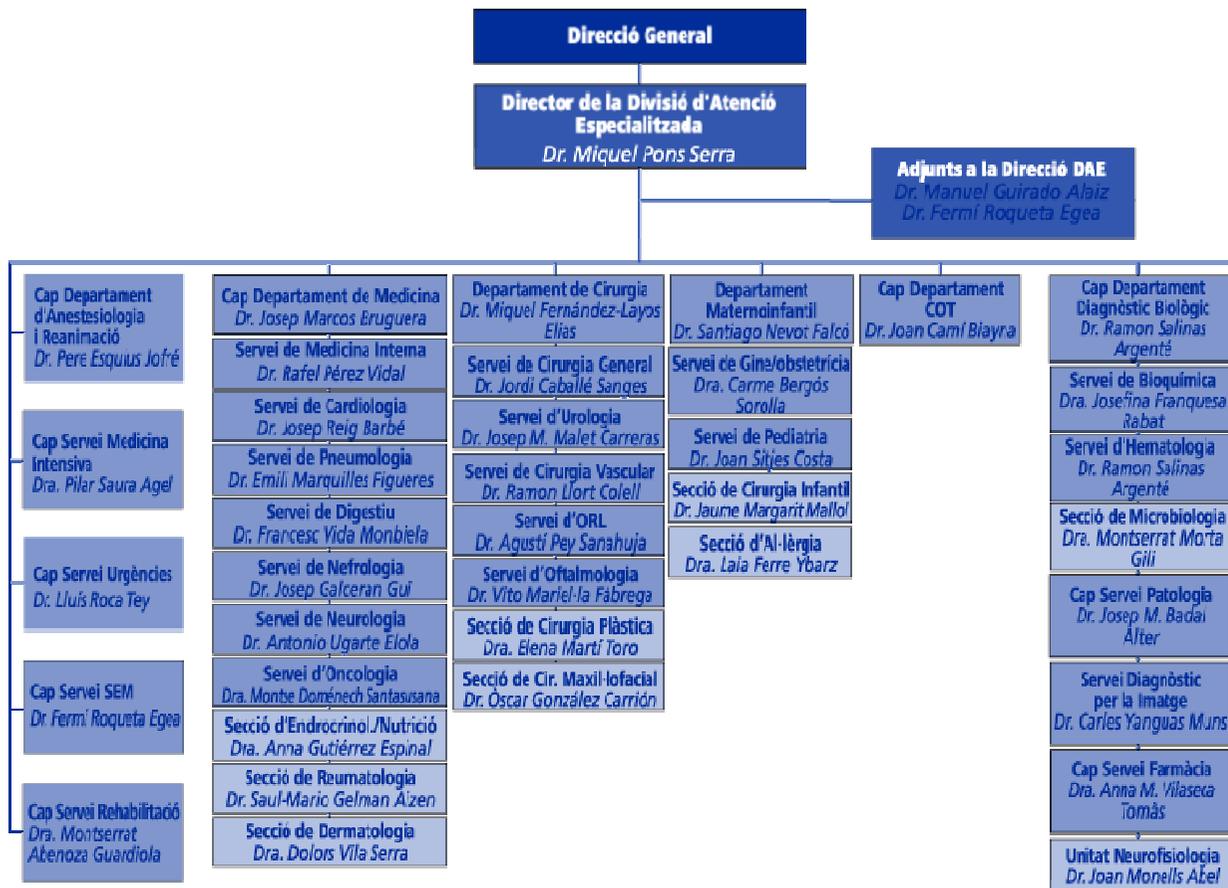
Organigrama Asistencial del Hospital Comarcal San Antoni Abad



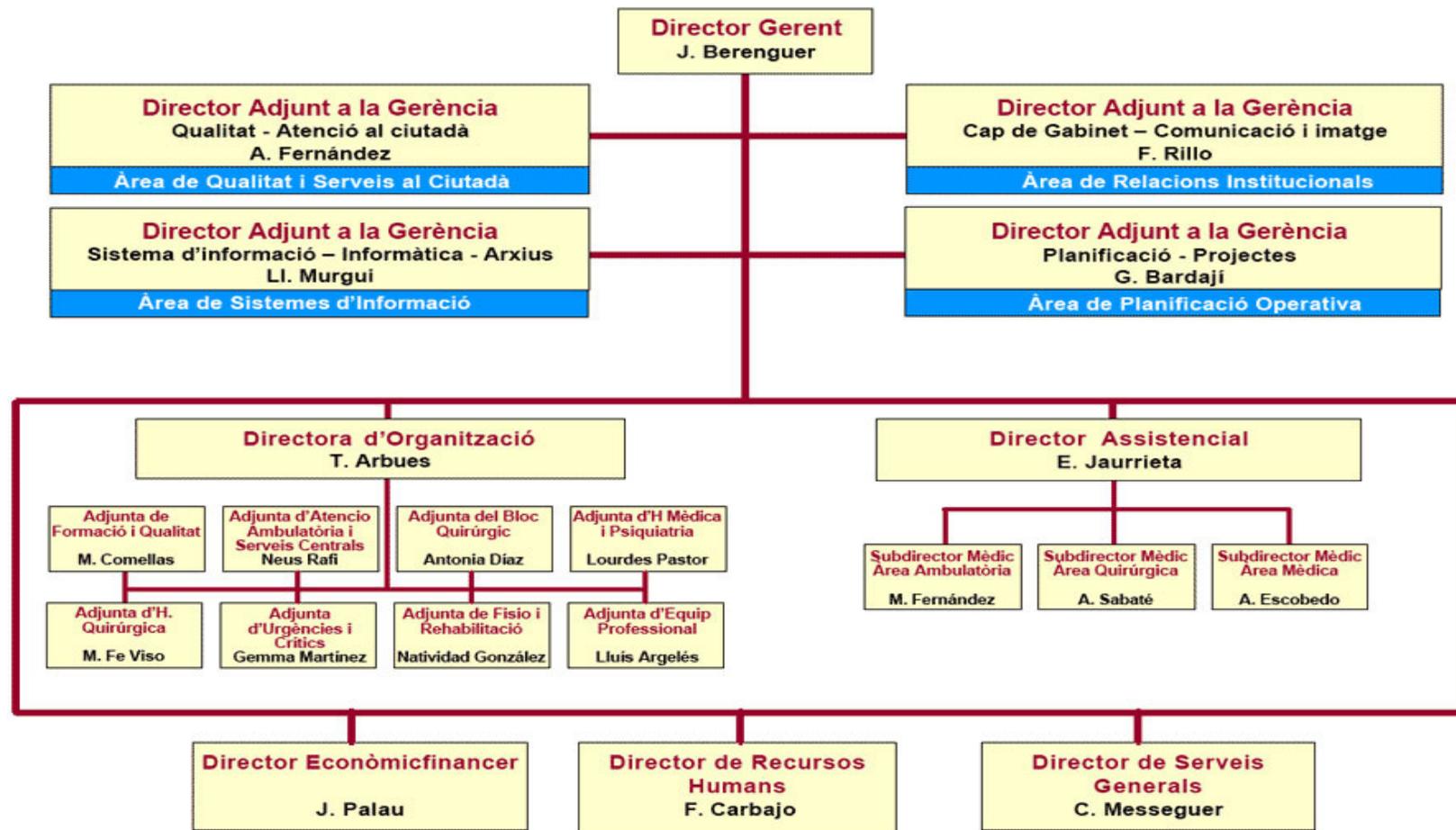
Organigrama General de la "Xarxa Althaia"



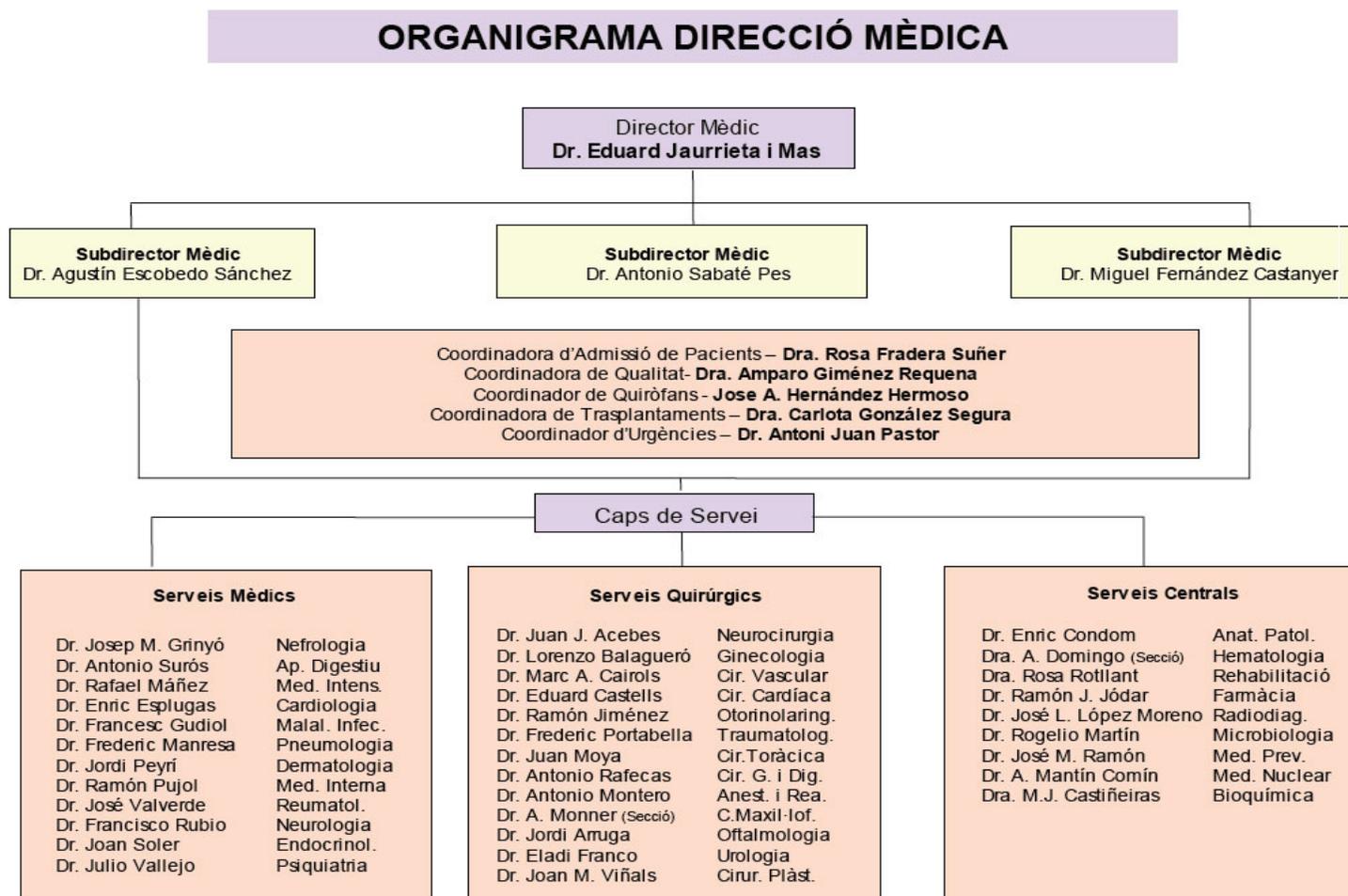
Organigrama de las especialidades de la "Xarxa Altahia"



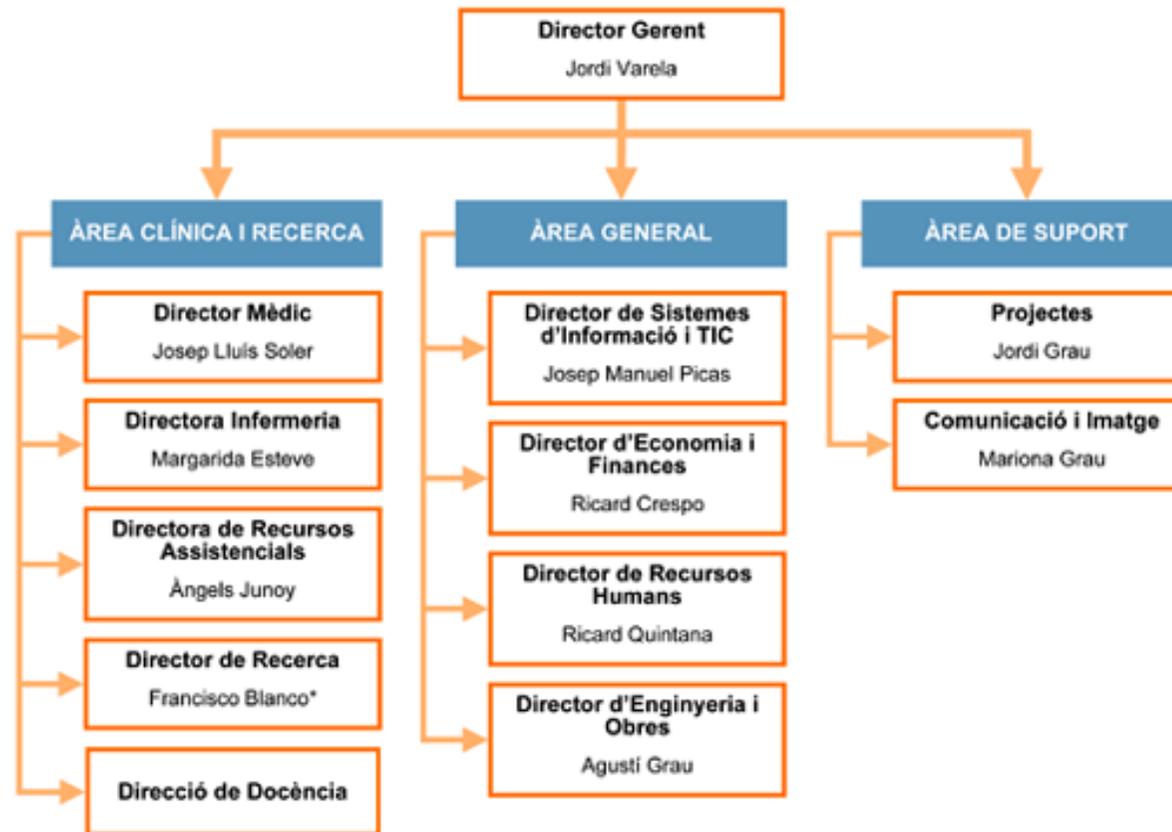
Organigrama de la Gerencia del Hospital Bellvitge (2006)



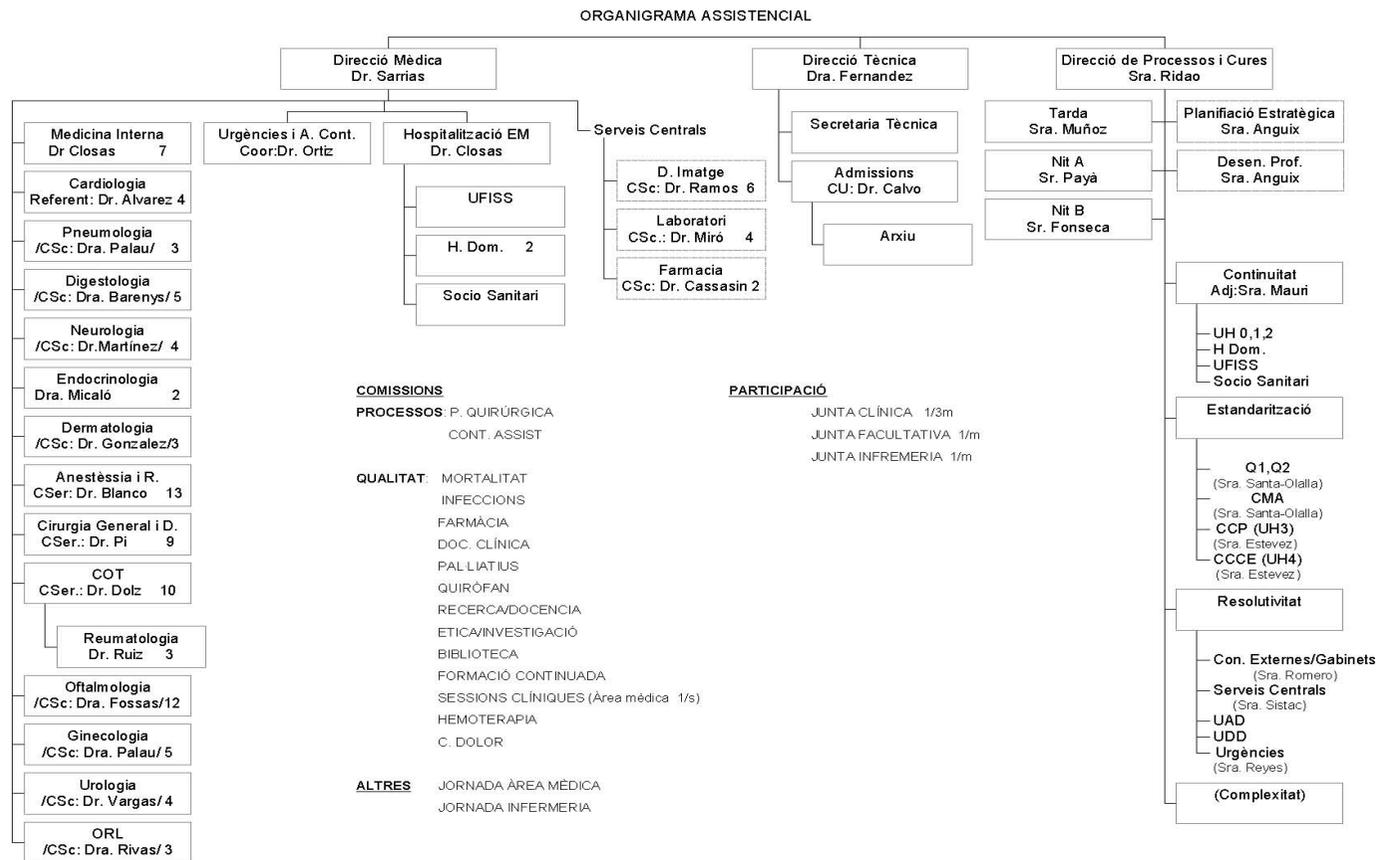
Organigrama de la Gerencia del Hospital Bellvitge (2006)



Organigrama general Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (2005)



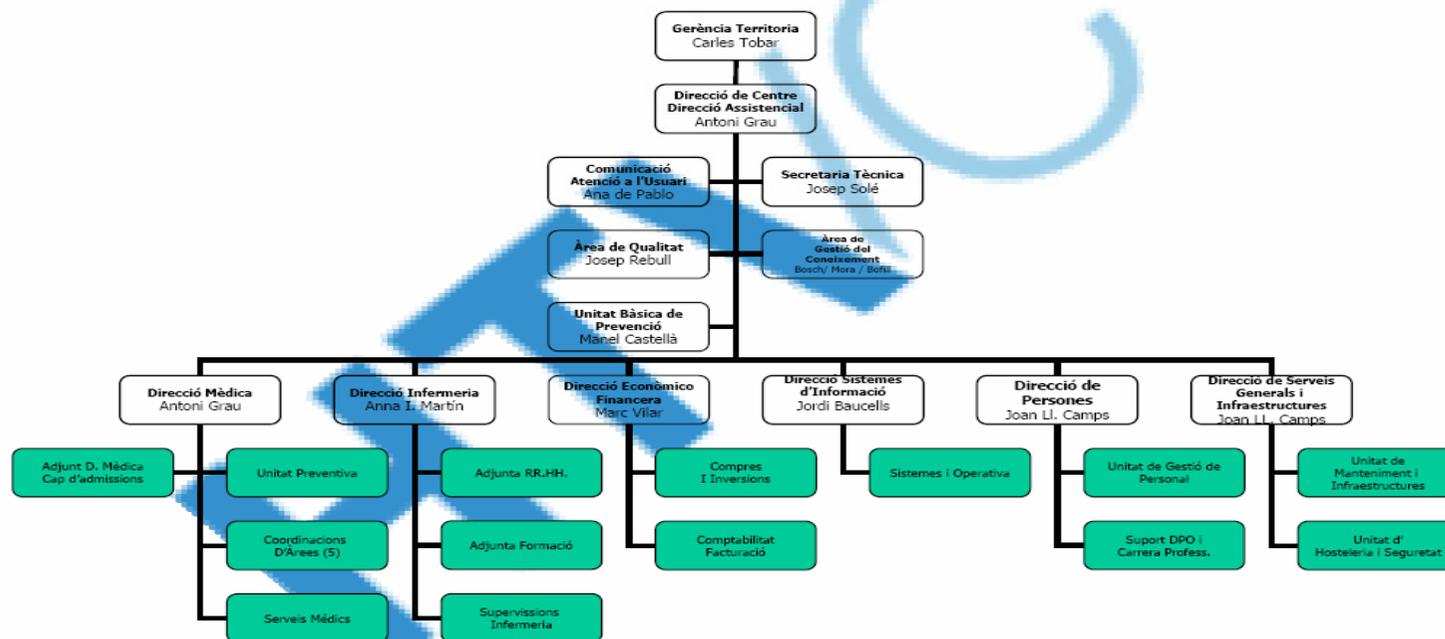
Organigrama Asistencial Hospital Viladecans



/EN FUNCIONS/

Organigrama Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

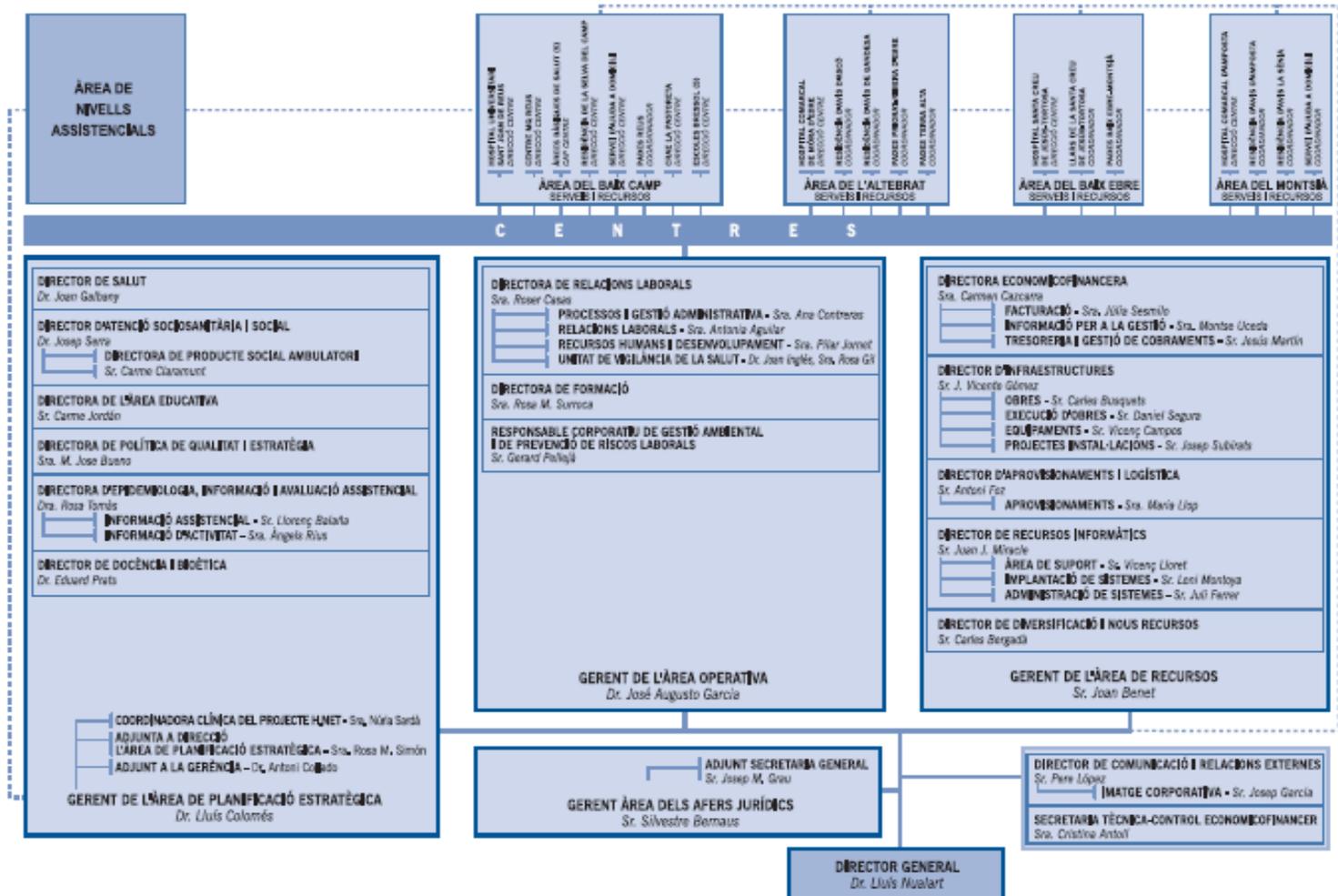
Organigrama Direccions Hospital (actualitzat febrer 2007)



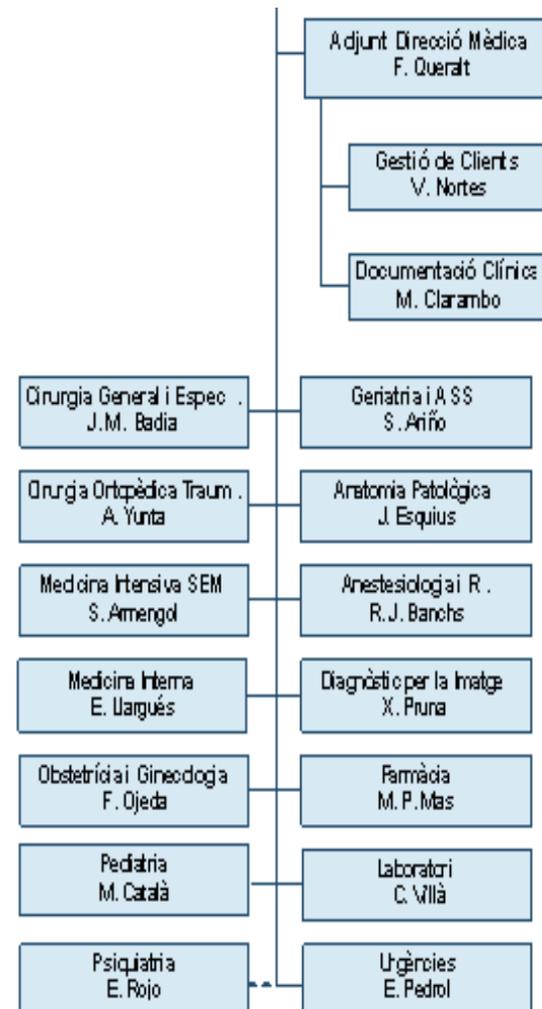
Organigrama del Hospital Universitario Sant Joan de Reus



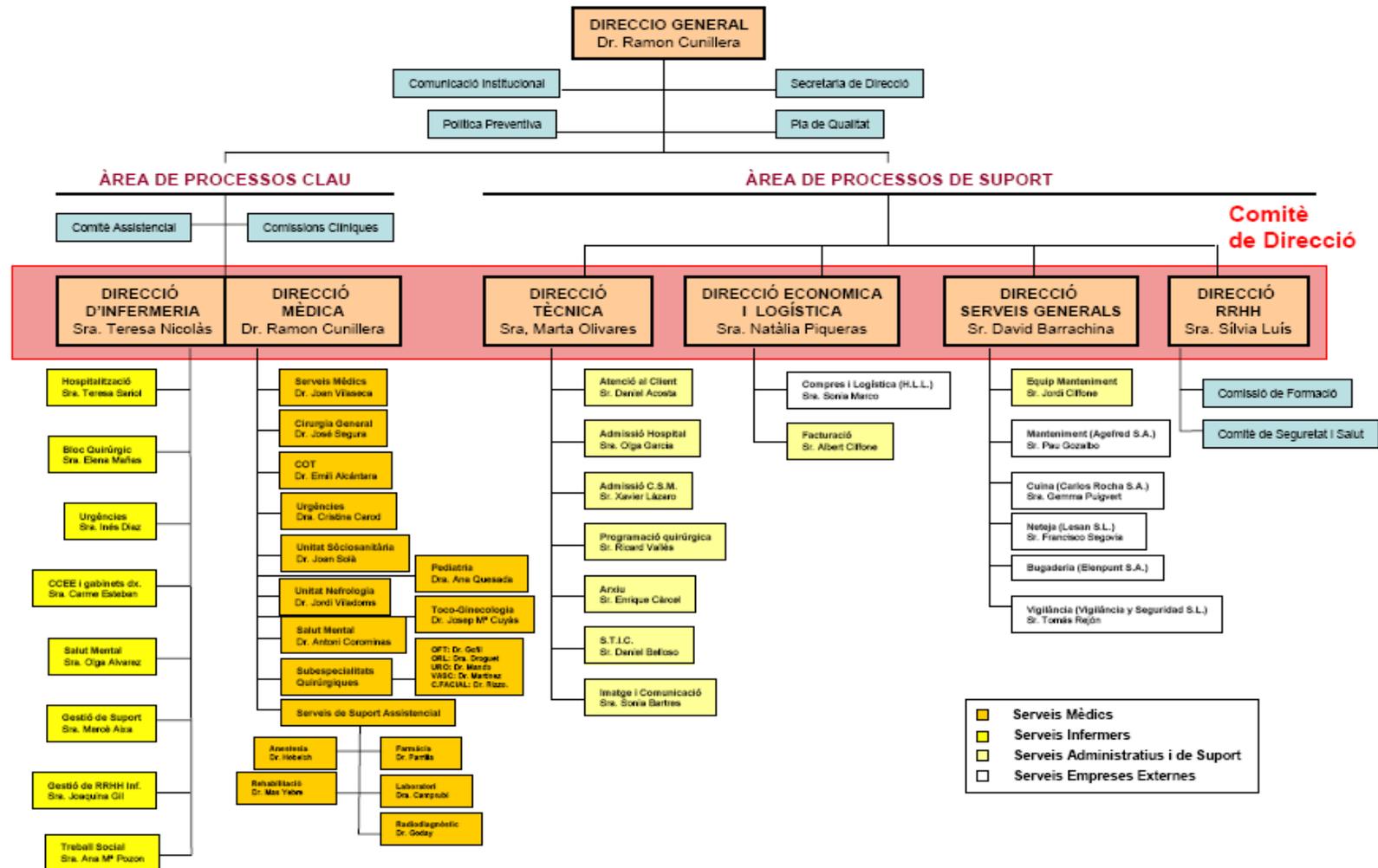
Organigrama Grupo Sagessa



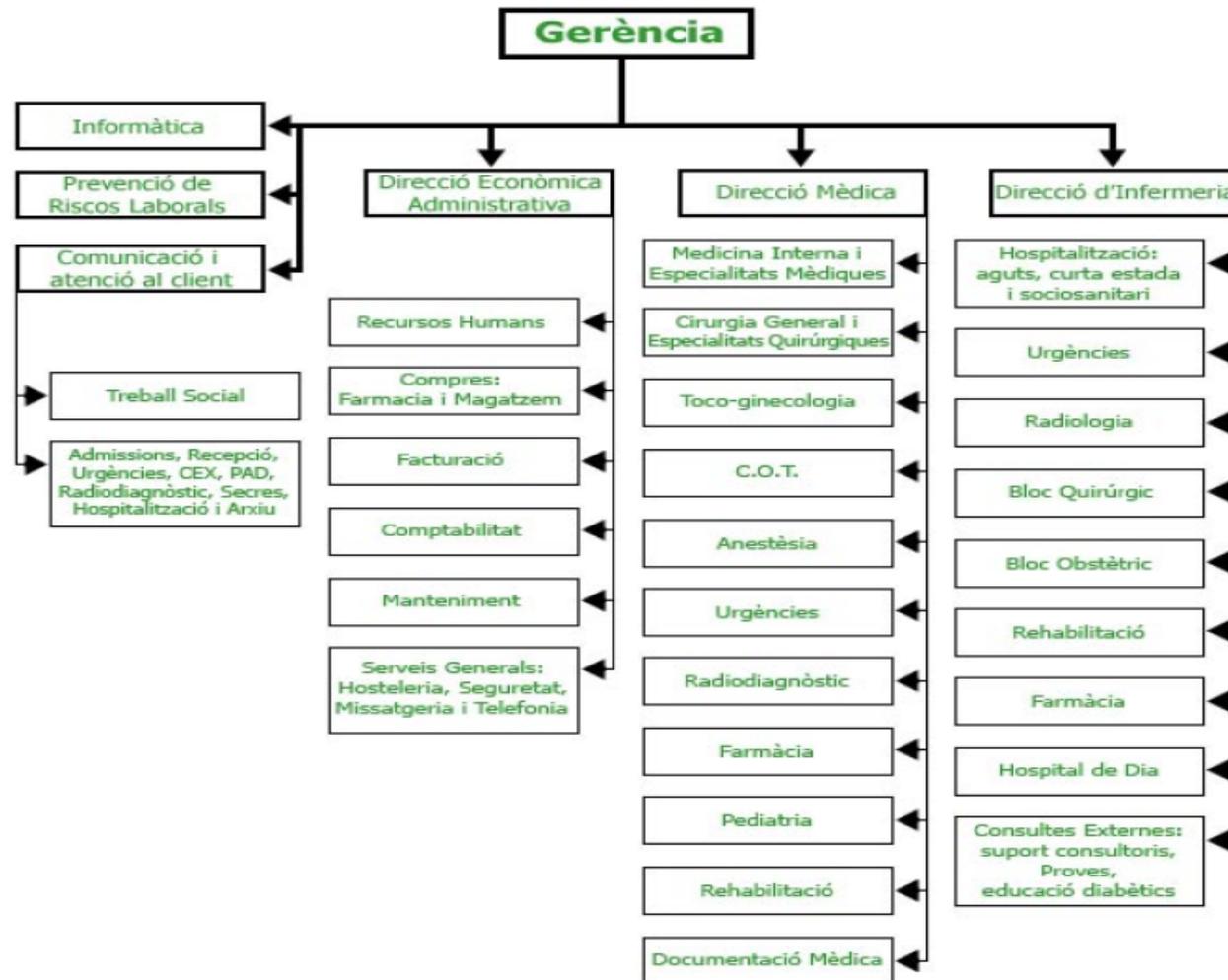
Organigrama Direcció Médica Hospital Granollers



Organigrama Hospital Mollet

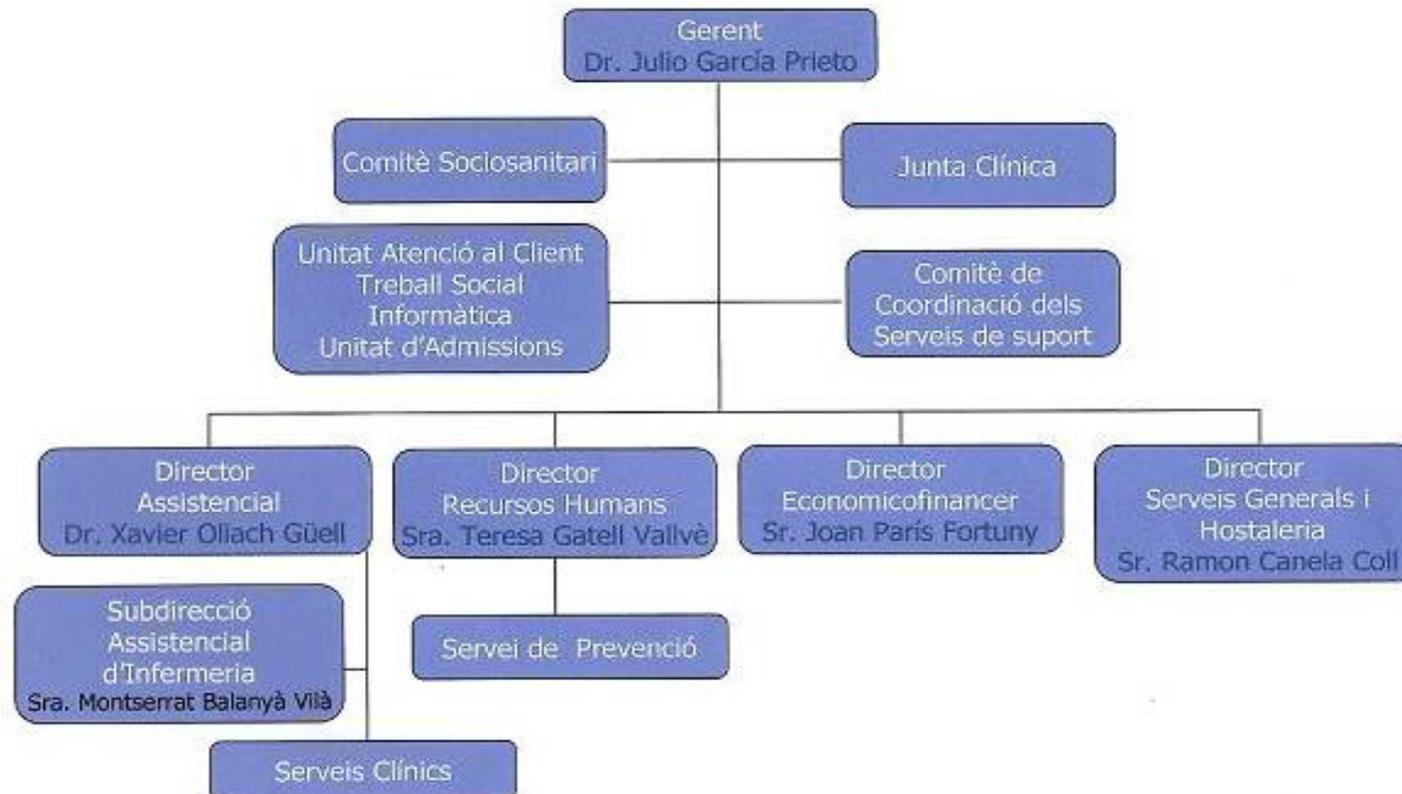


Organigrama Hospital Comarcal de l'Alt Penedès

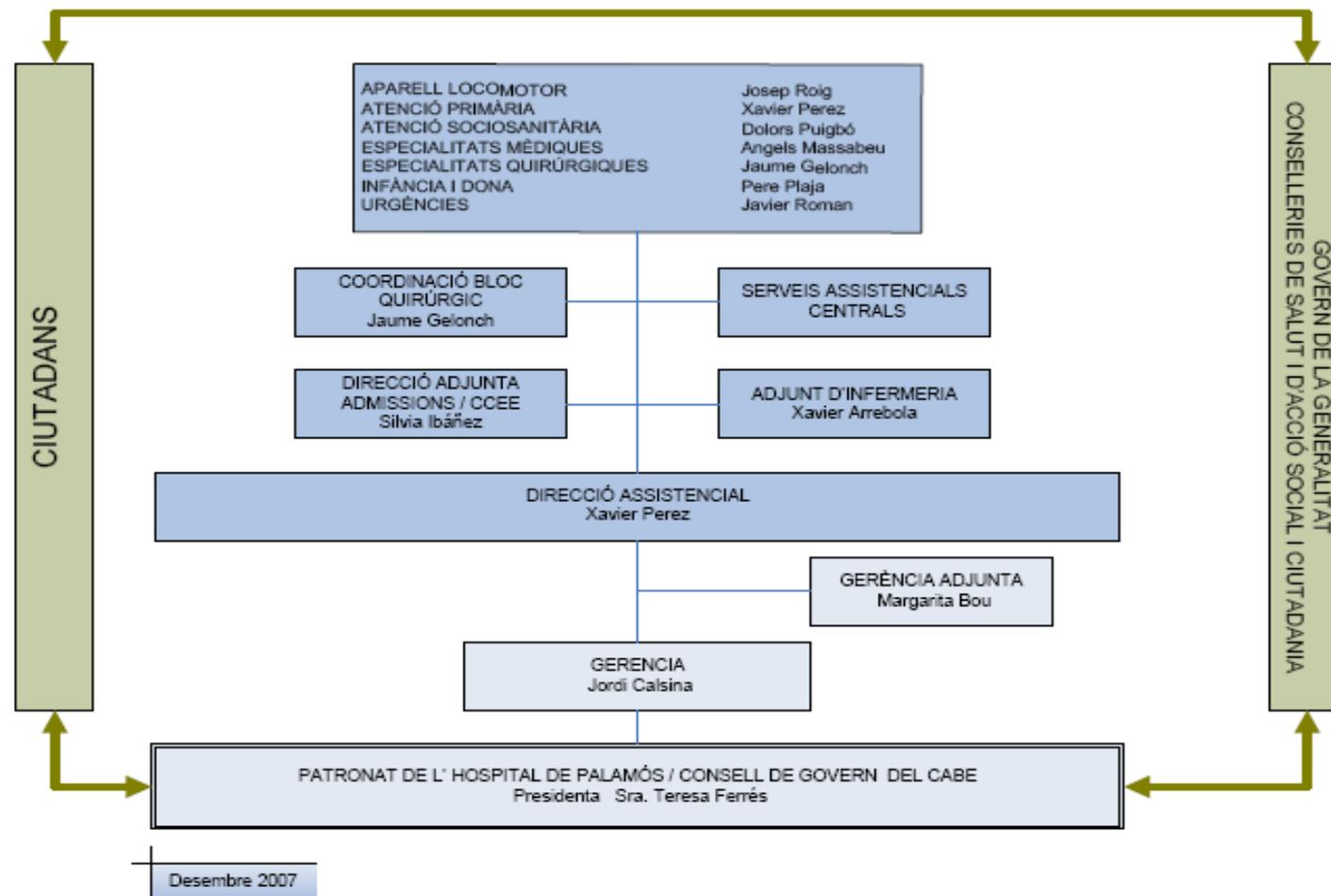


Organigrama Hospital Pius Valls

Organigrama General



Organigrama Asistencial Hospital Palamós



ANEXO II

ANEXO DEL CAPÍTULO 8

DÍPTICO DE LA JORNADA "MUJERES EN SANIDAD"

