

LORENA SALETTI CUESTA  
ANA DELGADO SÁNCHEZ

DISCURSO DE LAS MÉDICAS SOBRE  
EL DESARROLLO PROFESIONAL.  
MIRADAS PROPIAS

GRANADA  
2015

**Directora:** Ana M<sup>a</sup>. Muñoz-Muñoz.

**Consejo Editorial:** Carmen Calero Palacios, M<sup>a</sup>. Eugenia Fernández Fraile,  
M<sup>a</sup>. Dolores Mirón Pérez, Dolores Sánchez.

**Consejo Asesor:**

Pilar Ballarín Domingo (Universidad de Granada).  
Ester Barberá Heredia (Universidad de Valencia).  
Margarita M.<sup>a</sup> Birriel Salcedo (Universidad de Granada).  
M.<sup>a</sup> Ángeles Calero Fernández (Universidad de Lleida).  
Carmen Calvo Poyato (Universidad de Córdoba).  
Neus Campillo Iborra (Universidad de Valencia).  
M.<sup>a</sup> Ángeles Durán Heras (C.S.I.C.).  
Pilar Folguera Crespo (Universidad Autónoma de Madrid).  
M.<sup>a</sup> Dolores García Ramón (Universidad Autónoma de Barcelona).  
Elena Gascón Vera (Wellesley College).  
Carmen Gregorio Gil (Universidad de Granada).  
Cándida Martínez López (Universidad de Granada).  
Laure Ortiz (Université de Toulouse-le-Mirail).  
Teresa Ortiz Gómez (Universidad de Granada).  
Carme Riera (Universidad Autónoma de Barcelona).  
Cristina Segura Graiño (Universidad Complutense de Madrid).  
Carmen Simón Palmer (C.S.I.C.).  
Teresa del Valle Murga (Universidad del País Vasco).

---

Este libro ha contado para su publicación con una ayuda del programa de fortalecimiento de I+D+i de la Junta de Andalucía / Fondo Europeo de Desarrollo Regional y del grupo de investigación PAIDI HUM603-Estudios de las Mujeres.

---

© LORENA SALETTI CUESTA Y ANA DELGADO SÁNCHEZ

© UNIVERSIDAD DE GRANADA.

© DISCURSO DE LAS MÉDICAS SOBRE EL DESARROLLO  
PROFESIONAL. MIRADAS PROPIAS.

ISBN: 978-84-338-5778-1. Depósito legal: GR./594-2015.

Edita: Editorial Universidad de Granada

Campus Universitario de Cartuja. Granada.

Preimpresión: Taller de Diseño Gráfico y Publicaciones, S.L. Granada.

Diseño de portada: José María Medina Alvea.

Imprime: Gráficas La Madraza. Albolote. Granada.

*Printed in Spain*

*Impreso en España*

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las ayudas concedidas para la investigación del Fondo de Investigación Sanitaria, los Fondos FEDER de la Unión Europea y las ayudas concedidas para la publicación de este libro del programa de fortalecimiento de I+D+i de la Junta de Andalucía / Fondo Europeo de Desarrollo Regional y del grupo de investigación PAIDI HUM603-Estudios de las Mujeres. También a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a nuestras compañeras del grupo de investigación PAIDI HUM603 del Instituto Universitario de Investigación de Estudios de las Mujeres y de Género de la Universidad de Granada por su apoyo. Muy especialmente destacamos el apoyo inestimable de Teresa Ortiz Gómez, quien codirigió la tesis doctoral en la que se basa este libro, agradecemos su trabajo, confianza y generosidad. Muchas gracias a las médicas y a los médicos de familia de Andalucía por su inestimable colaboración. Por último, nuestro agradecimiento a la editorial Feminae de la Universidad de Granada por publicar este trabajo y contribuir a la difusión del conocimiento feminista.

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es resultado de la línea de investigación sobre práctica asistencial, carrera y desarrollo profesional de las médicas y médicos de atención primaria, desarrollado por un equipo liderado por Ana Delgado y varias de cuyas integrantes pertenecen al grupo de investigación PAIDI HUM603 Estudios de las mujeres de la Universidad de Granada. Al equipo se incorporó Lorena Saletti como técnica de investigación en los últimos años, y durante el periodo 2008-2010, en que realizamos el estudio motivo de esta publicación, que fue presentado por Lorena Saletti como tesis doctoral dirigida por Ana Delgado y Teresa Ortiz, en el programa de doctorado “Salud, Antropología e Historia” de la Universidad de Granada.

Consideramos la realización de este estudio como un proceso en el que aparecen relacionados numerosos temas e interrogantes, siendo, además, una oportunidad excelente para reflexionar sobre este tema de estudio desde nuestro posicionamiento subjetivo, social a la vez que político y teórico feminista, pudiendo así aportar a la generación de un conocimiento comprometido, contextualizado y situado que contribuya a la transformación de la sociedad.

La investigación existente sobre el desarrollo de la carrera profesional de las médicas aborda diversas y complejas temáticas entrecruzadas desde múltiples enfoques feministas y áreas de conocimiento, y explica diversos mecanismos y consecuencias de las desigualdades de género en la profesión médica. Sin embargo, no existen estudios al respecto realizados en el ámbito español, y son pocos los que abordan la especialidad de Medicina de Familia.

Por ello nos planteamos como objetivo general de la investigación analizar, desde una perspectiva feminista, los discursos sobre el desa-

rollo profesional en Medicina de Familia. Nos interesaba en primer lugar describir y comparar los relatos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos de familia que trabajaban en atención primaria en Andalucía. Y, posteriormente, profundizar en el análisis de los discursos de las médicas de familia utilizando los aportes del punto de vista feminista y el concepto de género, y prestando atención a la diversidad de dichos discursos, sus diferencias, similitudes y a la capacidad de agencia.

Sabiendo que el feminismo es plural e interdisciplinar escogimos una serie de conceptos teóricos que nos permitieron analizar el tema de estudio, fueron: el género, las relaciones de poder y el reconocimiento de autoridad. Por otra parte, los conceptos de éxito y logro profesional, de atribuciones causales y de trayectorias profesionales también nos resultaron fundamentales para estudiar los discursos sobre el desarrollo profesional en Medicina de Familia.

Para alcanzar los objetivos propuestos realizamos grupos de discusión con médicas y médicos de familia que estaban trabajando la atención primaria del Sistema Sanitario Público en Andalucía. El análisis de los grupos se realizó en distintos niveles para alcanzar los objetivos del estudio. De esta forma, el análisis descriptivo y de contenido se hizo en la totalidad de los grupos para estudiar las similitudes y diferencias en los relatos de médicas y médicos de familia. Sin embargo, el análisis crítico del discurso se realizó sólo con los grupos de médicas, con el fin de profundizar en las prácticas y percepciones de las médicas de familia e indagar sobre su diversidad y su capacidad de agencia frente a las desigualdades de género en la profesión.

## 1.1. CONTEXTO SANITARIO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ESPAÑA

En España se está produciendo, de forma simultánea, un aumento del número de médicas de familia junto con un retroceso de los principios y prácticas que impulsó en sus orígenes la reforma de la atención primaria.

El aumento del número de mujeres en la profesión médica es una tendencia generalizada en la mayor parte del mundo. En España, las médicas pasaron del 1% en 1955 al 42% en 2005 (Ortiz 2007). En 2011, el 46,4% y el 40,2% de personas colegiadas en medicina eran mujeres en España y Andalucía respectivamente (Instituto Nacional de Estadística 2011). Esta proporción es aún más elevada en los países que conformaban

la ex Unión Soviética, cuyo porcentaje de médicas es superior al 55%, otros países europeos y algunos de África, Latinoamérica y Oceanía. Los porcentajes más bajos de médicas, menos del 25%, se encuentran en Asia y parte de África (Elston 2009: 39-41).

La Medicina de Familia no es ajena a este fenómeno y se feminiza más que otras especialidades. En España la tasa de feminización de la especialidad es del 49% (Barber y González López-Valcárcel 2009: 29) y, en Andalucía, del 45% (Servicio Andaluz de Salud 2008). Proporciones similares alcanza en diferentes países (Elston 2009: 70). Parece que la mayor preferencia de las médicas por esta especialidad se explica porque la misma conlleva una relación cercana y directa con la comunidad, está orientada a las personas, y permite cierta flexibilidad en la organización del trabajo asistencial (Levitt et al. 2008: 5; Elston 2009: 44-6).

A pesar de la creciente feminización de la medicina, las médicas no desarrollan su profesión en condiciones de igualdad en España (Observatorio de Salud de la Mujer 2009: 43-48), y su acceso a puestos de responsabilidad en las estructuras directivas del Sistema Sanitario público español es aún limitado (Arrizabalaga y Valls-Llobet 2005; Delgado y Saletti 2010). En 2011 las mujeres constituían el 58% de la plantilla del Servicio Andaluz de Salud pero solo ocupaban el 40% de los cargos de responsabilidad (Servicio Andaluz de Salud 2012); algo similar se observa en los centros sanitarios de Cataluña en 2006 (Rohlf's et al. 2007: 30-31).

También se producen desigualdades de género en las sociedades científicas (Colomer Revuelta y Peiró Pérez 2002; Ortiz, Birriel Salcedo y Ortega del Olmo 2004; Miqueo et al. 2011: 46-48), los comités científicos de revistas (Miqueo et al. 2011: 38-46), la producción investigadora (Schiaffino, García y Fernández 2001; Ortiz, Birriel Salcedo y Ortega del Olmo 2004; Observatorio de Salud de la Mujer 2009: 32-37), o el desarrollo de determinadas actividades profesionales (Arrizabalaga y Valls-Llobet 2005; Delgado et al. 2011b). Todo lo mencionado anteriormente confirma que persisten los obstáculos y dificultades para que las médicas desarrollen su carrera profesional en condiciones de igualdad, permaneciendo discriminadas en la profesión.

El desigual avance del desarrollo profesional de las médicas se debe analizar como resultado de la construcción social de género que funciona a nivel subjetivo, simbólico y estructural (Harding 1996). El impacto de estereotipos de género, prácticas discriminatorias, acoso, segregación y la cultura organizacional dominante han sido identificados como mecanis-

mos que actúan en perjuicio del desarrollo profesional de las médicas en diversos países (Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Riska 2001: 144-145; Levitt et al. 2008: 123; Observatorio de Salud de la Mujer 2009: 5-6). En toda carrera profesional influyen, además de los factores objetivos y estructurales, las experiencias, deseos, barreras e interpretaciones subjetivas de las y los profesionales frente al propio desarrollo profesional (De Cheveigné 2009). Es decir, que la carrera profesional dependerá también de cómo una persona, en función de sus opciones y socialización de género, planifica sus acciones, se desempeña y progresa en los roles vocacionales elegidos (Agut y Martin 2007). El conocimiento de los elementos que coexisten en ambos planos, externo e interno, facilitará la comprensión de las desigualdades de género observadas en el desarrollo profesional y mejorará el conocimiento de las características diferenciales que sigue la carrera profesional en médicas y médicos de familia en Andalucía. Además, proporcionará las bases para diseñar intervenciones y políticas dirigidas a eliminar las desigualdades mencionadas.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, creada en 1978, es una de las más recientes en España. Apareció en un período de apertura política y social, como respuesta a las críticas de la atención ambulatoria del franquismo y como propuesta coherente con los postulados de la Conferencia de Alma-Ata celebrada en 1978. El perfil del médico o médica de familia se define como: “El de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud” (Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y Ministerio de Sanidad y Consumo 2005: 6), y, desde sus inicios, la especialidad se ha caracterizado por el trabajo en equipo, la dedicación profesional a tiempo completo, la prevención, la participación ciudadana y la calidad científico-técnica (Fajardo 2007: 411).

Durante la democracia, diversos hitos legislativos, como la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978, la reforma de atención primaria de salud de 1984 (Real Decreto 137/1984) y la promulgación de la ley general de sanidad de 1986 (Ley 14/1986) contribuyeron a la implantación de la atención primaria en el sistema sanitario público con las características señaladas.

En Andalucía la Ley 2/1998 de 14 de junio de Salud estructuró los servicios de atención primaria en distritos sanitarios, estructuras organizativas para la planificación, la gestión y el apoyo a la prestación de los servicios de atención primaria. Cada distrito de atención primaria integra demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. La zona básica de salud es el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Con posterioridad, el Decreto 197/2007, reguló la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, estableciendo las unidades de gestión clínica como ámbito asistencial al que se adscriben los y las profesionales de una zona básica de salud para desempeñar su actividad asistencial. La creación de las unidades de gestión clínica pretendió innovar en los centros de atención primaria impulsando la agrupación funcional de profesionales y la integración de sus actividades.

La Dirección Gerencia de cada distrito sanitario establece acuerdos de gestión con la dirección de cada una de las unidades de gestión clínica. El acuerdo de gestión clínica es el documento en el que se fija el marco de gestión, los métodos y los recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo, este acuerdo recoge los objetivos asistenciales, docentes e investigadores de la unidad. Igualmente, especifica la metodología de asignación de los incentivos de la unidad de gestión clínica y de los profesionales a ella adscritos, en función del grado de cumplimiento de los objetivos. A su vez, la Dirección Gerencia del distrito de atención primaria acuerda con el Servicio Andaluz de Salud un contrato programa en el que se trazan las líneas de acción prioritarias de la Consejería de Salud y donde se definen los objetivos, los medios, las estrategias y los indicadores de resultados que permiten la evaluación ulterior.

En 2007, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía implantó el programa de acreditación de competencias profesionales estableciendo categorías profesionales con diversos incentivos y retribuciones salariales; este programa se concibió como instrumento estratégico para impulsar el desarrollo profesional definido como un aspecto básico para la modernización y mejora continua del Sistema Sanitario (BOJA 18/2007; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 2010). El proceso de la acreditación supone la recopilación y aportación de pruebas procedentes de la actividad profesional en los ámbitos asistencial, docente e investigador, y una fase de evaluación externa que se realiza teniendo en cuenta el

correspondiente mapa de competencias y los estándares definidos por el órgano acreditador, quien reconoce de forma expresa y pública las competencias y logros alcanzados por los y las profesionales.

Desde la reforma de la atención primaria en 1984, las autoridades y gestores sanitarios han promovido una serie de profundos cambios en los servicios sanitarios, conectados con transformaciones en ámbitos más globales, que han respondido a nuevos requerimientos sociales y a ciertos intereses hegemónicos. Estos cambios, recogidos en las normas legales anteriormente citadas, han supuesto la importación gradual al campo sanitario del modelo de gestión empresarial, han primado valores como la eficiencia frente a la equidad, han puesto el énfasis en la tecnología frente a la relación paciente-profesional y han restado importancia a la atención integral en la que se basó la reforma de atención primaria y la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Irigoyen 1996). Asimismo, se ha destacado la pérdida de legitimidad y de autonomía de la profesión médica como una consecuencia de la reestructuración de los servicios sanitarios, en parte, gracias a la preeminencia de la industria biosanitaria. Además, la creación de procesos de estratificación en la profesión, como son los mecanismos de acreditación y evaluación, fomentan la competencia entre profesionales y el individualismo (Irigoyen 2011).

## 1.2. LOS ESTUDIOS FEMINISTAS SOBRE EL DESARROLLO PROFESIONAL DE LAS MÉDICAS

El interés por el sistema de género como categoría fundamental en la estratificación de las profesiones, y el análisis de la presencia y la influencia de las mujeres en la profesión médica surgen a finales de 1970 (Riska y Wegar 1993; Witz 1995: 39-40; Riska 2011). Las aproximaciones feministas al estudio de la profesión médica resaltan la importancia del género como categoría de análisis desde dos enfoques principales. El primero está centrado en explicar las desigualdades de género en la profesión médica, mientras que el segundo estudia la contribución de las mujeres en la medicina especialmente en relación a la práctica asistencial. Estos dos enfoques representan el desplazamiento en el foco de análisis feminista, que se inicia con la denuncia y el análisis de la exclusión, discriminación y subordinación de las mujeres, y se amplía hacia una reflexión sobre la importancia del trabajo de las mujeres, analizando su experiencia y subjetividad e interrogándose por la forma de construir

una nueva conceptualización sobre su desarrollo profesional (Borderías y Carrasco 1994: 77).

La mayor parte de la literatura ha estudiado el impacto de las barreras y las dificultades a las que deben enfrentarse las profesionales en su desarrollo profesional y, en menor medida, los aspectos que podrían actuar de forma positiva (Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Agut y Martín 2007; Riska 2011; Barral et al. 2012). Es decir, los estudios sobre la carrera profesional de las mujeres, particularmente de las médicas, han estado orientados al análisis de las desigualdades de género y conforman lo que hemos denominado como el primer enfoque.

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

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

Como resultado de su lucha, durante el siglo XIX muchas mujeres europeas y norteamericanas conquistaron las aulas universitarias y el derecho a ejercer la práctica médica (Ortiz 1985; Cabré y Ortiz 2001: 18; Riska 2001: 5; More, Fee y Parry 2009). El ingreso de las mujeres

en la profesión médica también fue impulsado por el movimiento feminista de la época, cuyos objetivos estaban principalmente orientados a la incorporación de las mujeres a la vida pública a través del sufragio y de la educación (Morantz-Sánchez 2000: 351).

Sabemos que en España la plena admisión de las mujeres en la universidad estuvo vedada hasta 1910 (Flecha 1996; Magallón Portolés 1998: 81). Sin embargo, en 1872, María Dolores Maseras fue la primera mujer en matricularse en la Facultad de Medicina de Barcelona, posteriormente y hasta 1881, se matricularon nueve más (Montero 2009: 37). Estas mujeres aprovecharon las grietas de la legislación de la época, que no prohibían expresamente el ingreso a las universidades, y realizaron lo que Consuelo Flecha (1996: 97-99) denomina política de hechos consumados.

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

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

Las dificultades de las médicas pioneras estribaron en la interacción de dos obstáculos históricos: el cuidado de la familia, socialmente la primera y principal obligación de las mujeres; y la ideología profesional, construida sobre la experiencia y los valores masculinos, que demanda disponibilidad absoluta y sobrevalora las características de individualismo, competencia, objetividad y agresividad (Morantz-Sánchez 2000:

360). Ambos obstáculos fueron reforzados por la rápida industrialización del siglo XIX y a ellos se enfrentaron las médicas pioneras, quienes no solo demostraron que podían ser buenas profesionales, sino también que podían encontrar soluciones para compaginar su vida profesional y familiar (Morantz-Sánchez 1989). Los cambios no han sido fáciles y, diversos estudios, algunos de corte biográfico, revelan los enfrentamientos y las estrategias utilizadas para resolver la dicotomía de ser-médica y ser-mujer característica del siglo XIX y la primera mitad del XX (More 1999, p 182-215; Morantz-Sánchez 2000: 90-143; Rodrigo 2002; Delgado, Távora y Ortiz 2003).

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

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

Las teorías de la socialización de género explican cómo se adquieren roles y valores que determinan las diferencias de género en diversos aspectos de la carrera profesional, como por ejemplo la preferencia en la elección de la especialidad médica o las diferencias en la práctica asistencial (Phillips e Imhoff 1997; Riska 2011). Para Virginia Valian (1999: 2-3) la socialización de género tiene un papel central en delinear la carrera profesional de mujeres y hombres. En el caso de las mujeres, el rol de género asignado se fundamenta en los cuidados y la esfera

relacional, lo cual afecta a sus percepciones, expectativas y evaluación de logro, y dificulta su desarrollo profesional. Por el contrario, el rol de proveedor y los valores de autonomía y poder asignados a los varones son características que favorecen el desarrollo profesional de los mismos.

Los estudios sobre la segregación horizontal en medicina, es decir, la distribución desigual de mujeres y hombres en determinadas especialidades médicas, destacan que esta diferencia es consistente con los roles adquiridos en la socialización de género, roles que promueven una jerarquía de intereses y valores que explicaría la diferencia en las expectativas y elecciones de mujeres y hombres en su carrera profesional (Neittaanmaki et al. 1999; Konrad et al. 2000; Wigfield y Eccles 2002; Mayorova et al. 2005). Para las médicas, los roles de cuidado explicarían la feminización de determinadas especialidades, como por ejemplo la medicina de familia o la pediatría (Pozzio 2012). Destaca, en el caso de médicas, la influencia de valores personales, familiares y sociales más congruentes con los roles de género, la cercanía al domicilio habitual y la posibilidad que ofrecen ciertas especialidades para el trato asistencial directo con las personas y la comunidad. Se observa un predominio de médicas en especialidades con menor salario y prestigio, que conllevan mayor interacción con pacientes y condiciones de trabajo con mayores facilidades para compaginar con tareas domésticas y/o de cuidado, esto ocurre en especialidades generalistas como la pediatría, la psiquiatría y la medicina de familia. Por el contrario, las médicas están menos representadas en todas las cirugías y en otras áreas médicas más instrumentalizadas (Buddeberg-Fischer et al. 2003; Barber Pérez y González López-Valcarcel 2009: 29.; Levitt et al. 2008: 5; Elston 2009: 42-46). Sin embargo, en las elecciones de los médicos, es mayor la importancia otorgada a los ingresos económicos, a la posibilidad de ejercicio privado (Eco Salud y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria 2013) y a la creencia de que la medicina es una profesión con prestigio y con altas oportunidades para el propio desarrollo (Levitt et al. 2008: 5).

Numerosos estudios analizan los efectos negativos de la socialización diferencial en el desarrollo profesional de las mujeres en virtud de su construcción subjetiva. Destacan la falta de habilidades y recursos para negociar y competir (Kaufmann 2007; Coria 2008), la restricción de aspiraciones profesionales (Phillips e Imhoff 1997; Valian 1999: 103-6) y de liderazgo (López Zafra, García Retamero y Egly 2009), la menor actitud hacia el reconocimiento (Buckley et al. 2000), la baja autoestima (Valian 1999: 152-4), la baja auto-eficacia (Agut y Martín 2007), las

diferencias en los modelos de elección profesionales (Wigfield y Eccles 2002) y la mayor auto-exigencia (Delgado, Távora y Ortiz 2003), entre otros aspectos.

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

Se ha destacado la importancia del entorno de socialización primaria en la carrera profesional de las médicas. Factores como el nivel educativo de los progenitores, su ocupación y la importancia otorgada a la educación, parecen influir en la carrera profesional, especialmente, en el caso de las médicas (Paicheler 2001: 182; Delgado et al. 2009).

Las explicaciones basadas en las teorías de socialización son cuestionadas por algunas autoras por considerar que su análisis sobre la situación de las mujeres en las profesiones es reduccionista por excluir el papel de la organización y de los modelos androcéntricos vigentes de carrera profesional (Borderías y Carrasco 1994: 49-50; Witz 1995: 2-3; Riska 2001: 22-23), y por no incorporar elementos como la influencia de los procesos sociales e históricos en la construcción de las profesiones (Pozzio 2012). Por último, otras críticas subrayan que el análisis del género presente en estas explicaciones considera al género como un rasgo individual y personal que, además, se presupone estable a lo largo de la vida de las personas y en los distintos contextos sociales (Risman y Davis 2013).

La segunda línea explicativa de las desigualdades de género enfatiza, por el contrario, la importancia de los factores estructurales, señalando que los diferentes obstáculos estructurales interaccionan para generar desventajas acumulativas en el desarrollo profesional de las médicas (Bickel 2000; Coletti, Mulholland y Sonnad 2000). En los últimos años, los tres obstáculos más estudiados en relación a las médicas son la dis-

criminación, las responsabilidades domésticas y familiares, y la rigidez en las estructuras profesionales (Reed y Buddeberg-Fischer 2001).

Sabemos que la discriminación hacia las mujeres puede ser directa o indirecta. La ley de igualdad (BOE 3/2007) considera discriminación directa el trato menos favorable hacia una persona, en situación comparable a otra, por razón de su sexo. La discriminación indirecta es definida como la situación en la que una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pone a personas de un sexo en desventaja. A la discriminación por ser mujer se suman otros ejes de desigualdad que incrementan las desventajas profesionales de médicas lesbianas, con escasos recursos económicos, o de etnias o razas diferentes a la blanca (Levitt et al. 2008: 11-12). Por todo esto se alerta de la importancia de vigilar que el aumento de mujeres en las profesiones sanitarias no enmascare los problemas de discriminación que actúan dificultando el desarrollo profesional.

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

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

Ciertos estudios coinciden en señalar que quienes deciden en los procesos de selección y contratación, en su mayoría hombres, tienden a elegir postulantes con características similares a las propias, y que la distribución de cargos, y en definitiva del poder, se realiza en un círculo cerrado de redes masculinas (Valcárcel 1994: 125; Tesch 1995; Coletti,

Mulholland y Sonnad 2000; ETAN 2001: 21; Reed y Buddeberg-Fischer 2001; García de León 2002: 226-228; Van Den Brink y Benschop 2012). Este fenómeno utilizado por el patriarcado y denominado como “pacto entre hombres”, “círculo de amigos” (ETAN 2001: 21, Amorós 2005: 113-4) o “*old boy's club*” (García de León 2002: 226-228; Levitt et al. 2008: 123; Buddeberg-Fischer et al. 2010) representa un mecanismo de distribución de poder entre varones que podría explicar los obstáculos para que las mujeres ocupen puestos de responsabilidad.

En las últimas décadas el esfuerzo por mostrar y explicar la segregación vertical de las mujeres ha sido un eje fundamental de investigación. Existen datos que muestran cómo persiste la desventaja de las médicas en el acceso a los niveles superiores a pesar de que se feminizan todas las categorías de la jerarquía profesional (Nonnemaket 2000; Levinson y Lurie 2004). En el caso de España, las médicas ocupan menos puestos de prestigio y poder (Arrizabalaga y Valls-Llobet 2005; Rohlf et al. 2007: 30-31; Servicio Andaluz de Salud 2008; Delgado y Saletti 2010; Santamaría et al. 2009), ejerciendo en jornadas reducidas y con menores ingresos (Gill de Albornoz y Chorén Rodríguez 2010: 53-58). Además, tienen menores posibilidades para la investigación (Observatorio de Salud de la Mujer 2009: 25-37, Delgado et al. 2011b) y están infrarrepresentadas en el mundo académico (Colomer y Peiró 2002, Ortiz, Birriel Salcedo y Ortega del Olmo 2004). La edad, la antigüedad profesional o las responsabilidades familiares no explican la segregación de las médicas en la ocupación de cargos directivos (Kvaerner, Aasland y Botten 1999; Rohlf et al. 2007: 30-31; Delgado et al. 2011b). En otros países y contextos sanitarios también se constata la existencia de segregación vertical (Kvaerner, Aasland y Botten 1999; Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Wright et al. 2003; Weil y Mattis 2001; Lantz 2008; Elston 2009: 109- 123; Zhuge et al. 2011, Bevan y Learmonth 2013).

El patriarcado se fundamenta en la sumisión de las mujeres a través del control de su sexualidad y de su acceso a los medios de producción, además, el sistema de producción capitalista limita la participación de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado, y esta posición subordinada en el mercado laboral refuerza su dependencia económica en el ámbito familiar y privado. Esto significa que los intereses interdependientes de patriarcado y capitalismo establecen las condiciones de empleo de las mujeres y su consecuente subordinación en el ámbito familiar y privado (Hartmann 1979: 255-294; Witz 1995: 11-38). El feminismo ha denunciado que la división sexual del trabajo, que asigna

a las mujeres el cuidado del hogar y de las personas dependientes, es otro obstáculo estructural que afecta a las decisiones profesionales de las médicas y a las interrupciones en su carrera profesional (Pringle 1998: 12-13; Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Verlander 2004; Levitt et al. 2008: 125; Elston 2009: 83-84).

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

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

También se ha señalado la importancia de las parejas en el desarrollo profesional de las médicas. Un alto porcentaje de estas tiene un cónyuge con estudios superiores, muchos de ellos médicos (Paicheler 2001: 183-4; Delgado et al. 2009, Dolado Lobregad y Felgueroso Fernández 2010: 215). El papel de la ocupación de la pareja no es homogéneo, en algunos casos las médicas en pareja con otro médico tienen mayor especialización médica (Gjerberg 2003), mejor ajuste ocupacional (Dolado Lobregad y Felgueroso Fernández 2010: 231) y perciben mayor apoyo

para su desarrollo profesional (Sobecks et al. 1999; Schrager, Kolan y Dottl 2007). Por el contrario, en otros casos, las médicas ganan menos dinero, dedican menos tiempo a actividades profesionales (Woodward 2005), tienen mayor carga familiar y doméstica (Tesch et al. 1993; Sobecks et al. 1999) y perciben mayores obstáculos para alcanzar sus objetivos profesionales (Sobecks et al. 1999).

Como se ha mencionado, otro obstáculo estructural es la rigidez en las estructuras profesionales relacionado con la distribución del poder en virtud del pacto entre hombres. El androcentrismo, presente en el diseño y la aplicación de los modelos de desarrollo profesional, permite ejercer y preservar el dominio masculino en la profesión médica; la propia organización encarna el sistema de género suponiendo que ésta impregna el proceso, las prácticas, las imágenes, las ideologías y la distribución del poder, con la finalidad de beneficiar a los hombres (Risman y Davis 2013). De esta forma, se construye una cultura profesional androcéntrica basada en la competitividad y el éxito, caracterizada con rasgos atribuidos a los varones, que exige largas jornadas de trabajo y dedicación exclusiva a la carrera (Markus 1990; Reed y Buddeberg-Fischer 2001).

En los últimos años, gran parte de las investigaciones sobre el tema utilizan modelos integradores para analizar la interacción de los aspectos subjetivos, propios de cada persona en un contexto determinado, con los elementos estructurales, externos a los individuos. Estos modelos integradores permiten explicar aspectos que no se comprendían en los planteamientos más tradicionales, y explican que la subordinación profesional de las médicas se debe a la actuación interrelacionada de múltiples obstáculos. El sistema de género es analizado como una estructura social que opera a nivel individual, interaccional e institucional (Harding 1996: 47-51; Scott 1990; Risman y Davis 2013).

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

Actualmente se incorporan términos o metáforas alternativas al techo de cristal alegando que este supone una visión estática y unidimensional que dificulta el análisis de los mecanismos presentes en los diferentes momentos del desarrollo profesional (Pozzio 2012). En su lugar, se propone laberinto de cristal, que transmite la idea de múltiples obstáculos que interactúan en diferentes momentos de las trayectorias profesionales (Eagly y Carli 2007). También se propone la figura de fronteras de cristal para representar una nueva barrera derivada de la mayor deslocalización de los lugares de trabajo, característica del siglo XXI, y que se añade al techo de cristal para obligar a las mujeres a elegir entre su familia o su desarrollo profesional en un nuevo entorno (Burin 2008). En definitiva, los avances teóricos en el estudio de las desigualdades de género revelan la importancia de realizar análisis complejos que permitan desvelar el funcionamiento del sistema de género, ampliar su conocimiento y diseñar acciones para su deconstrucción.

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

En este sentido, existen investigaciones que analizan lo específico que aportan las médicas a la profesión. Esta línea constituye lo que anteriormente hemos denominado como segundo enfoque en el estudio feminista de las profesiones médicas. Son trabajos interdisciplinarios que reflexionan sobre el valor del trabajo de las médicas, su conocimiento y su subjetividad. Resaltan la capacidad de agencia de las médicas de todos los tiempos en la construcción de un estilo de práctica propio y de una identidad profesional común (Pringle 1998; Hipatia 2004; Ortiz 2005; More, Fee y Parry 2009). Señalan que las médicas tienen valores

y expectativas diferentes respecto a su desarrollo profesional y analizan las identidades subjetivas, las formas en que las sanitarias viven y definen su trabajo profesional y sus formas de entender y ejercer la profesión. Esta línea de investigación ha destacado la diversidad de identidades y prácticas de las sanitarias en diversos espacios y épocas y ha contribuido a desvelar cómo las médicas han transformado y subvertido los mandatos de género, (Ortiz 2006: 205).

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

A partir de la década de los 90 la historiografía analiza nuevos aspectos de la práctica médica y sanitaria de las mujeres y también las relaciones de género dentro de la profesión y entre profesiones sanitarias. Entre los temas estudiados destacan la autoría femenina en textos médicos del pasado, el aporte de las médicas en la construcción de nuevos modelos de práctica y de identidad profesional, y la defensa por la igualdad de oportunidades profesionales (Ortiz 2006: 184). El feminismo de la diferencia sexual y la epistemología del punto de vista feminista están implícitos en la mayoría de estos estudios (Ortiz 2006: 185).

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

Otra importante línea de investigación estudia los cambios en la asistencia que incorporan las médicas, sugiriendo que la feminización de la profesión podría ofrecer la oportunidad de incluir y promover en la medicina valores y habilidades socialmente vinculados a las mujeres. Se trataría de extender una práctica médica cuyas características de escucha, información, y atención psicosocial concuerdan con aspectos más presentes en el estilo de práctica de las médicas (Delgado et al. 2001; Roter, Hall y Aoki 2002; Roter y Hall 2004; Levinson y Lurie 2004; Kilminster et al. 2007; Levitt et al. 2008: 174-180). Este estilo de práctica se basa en el paradigma biopsicosocial y está orientado a las y los pacientes y a su vivencia de la enfermedad (*illness*), en oposición a una práctica de orientación biologicista cuyo objeto es la enfermedad (*disease*). Por ejemplo, ante un paciente que presenta diabetes la práctica de las médicas indagaría preferentemente en las preocupaciones, apoyos y/o recursos para enfrentar el problema, etc. Mientras que la práctica de los médicos se centraría primordialmente en los resultados de la analítica y el cumplimiento del tratamiento. Además, resultados de diversos estudios indican que en atención primaria, los y las pacientes esperan recibir una atención que incluya los aspectos psicosociales (Little et al 2001), sobre todo para problemas de salud de las esferas socioemocionales (Delgado et al 2008), asimismo expresan preferencia por una médica para ser atendidos por este tipo de problemas (Delgado et al. 2011a).

En definitiva, la feminización de la medicina podría suponer notables cambios, especialmente en tres áreas: la relación asistencial con pacientes, la gestión de la atención sanitaria, y la profesión médica en sí misma cuyos efectos podrían observarse en el estatus social que goza la medicina (Levinson y Lurie 2004). Para que estos cambios puedan producirse se ha señalado la importancia de crear espacios propios, de mujeres<sup>1</sup>, en donde el intercambio de experiencias y opiniones permita el apoyo mutuo, repensar la profesión y crear pensamientos e instrumentos propios para transgredir el orden patriarcal (ETAN 2001: 28-29; Alemany 2011: 46).

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

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

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

Se ha señalado que uno de los efectos de la mayor presencia de médicas es la creación de nuevos patrones de trabajo y de formación profesional, junto con la implantación de políticas públicas para favorecer el equilibrio entre las responsabilidades familiares y laborales (McMurray et al. 2002; Levinson y Lurie 2004; Allen 2005). Sin embargo, muchas de estas políticas entienden la conciliación como una alternativa individual de las mujeres, quienes son empujadas a optar por fórmulas de reducción de jornada entre las que se destaca el trabajo a tiempo parcial (Delgado y Saletti 2011). Según la Organización Internacional del Trabajo (2009: 79), la experiencia demuestra que las políticas públicas conciliatorias de secuencia, que alternan los tiempos laboral y familiar, juegan en contra de la igualdad, ya que son mayoritariamente las mujeres las que se acogen a ellas. La apuesta por la igualdad real debe basarse, por un lado, en medidas derivativas, que desplazan tareas del ámbito privado al público y, sobre todo, en medidas educativas y cambios en el mercado laboral que actúen sobre la construcción de género.

La crítica feminista a la ideología de la cultura del trabajo, derivada de la experiencia y de los valores masculinos, es una de las contribuciones más importantes al estudio de la profesión médica; argumenta que ciertos valores de hombres y mujeres son diferentes, y que la profesión se beneficiaría si incorporase los valores de las mujeres (Moranzt-Sánchez 2000: 358). Esta afirmación suscita debate y ha recibido críticas fundamentalmente por esencializar los rasgos y habilidades de las médicas y por considerar la existencia de dos sexos con características fijas y determinadas. Por ello se advierte que las intervenciones dirigidas a reconocer y valorar las diferencias podrían reforzar los estereotipos respecto a la feminidad (Ely y Meyerson 2000). Al no cuestionar el esencialismo, las conclusiones de estos estudios podrían ser utilizadas para justificar y reforzar la posición desigual de las médicas dentro de la profesión, por ejemplo, en la segregación por especialidades (Pringle 1998: 97-101; Kilminster et al. 2007). El análisis de la identidad profesional ha girado sobre el binarismo masculino-femenino dejando de lado la capacidad de agencia de las personas que se mueven por diferentes posiciones identitarias (Binns y Kerfoot 2011). Por ello, se propone rechazar las generalizaciones que puede implicar el término “mujer” y analizar las subjetividades de las médicas desde enfoques postmodernos que tengan en cuenta las experiencias personales y las diferencias de las mujeres en plural (Le Frevre 2001).

Los escasos estudios realizados en el ámbito médico con enfoques postmodernos destacan las múltiples identidades de las médicas (Harrison 2000), y analizan la interacción del género con otros ejes de desigualdad, tales como la raza o la clase social, señalando las consecuencias en la menor satisfacción con la carrera (Corbie-Smith, Frank y Nickens 2000) y las dificultades para ocupar puestos de liderazgo (Sánchez-Hucles y Davis 2010). En este sentido, Patricia García Guevara (2009) se pregunta cómo entender la multiplicidad que nos atraviesa sin tener la obligación de ser iguales y con el derecho al reconocimiento de nuestras particularidades. Para la autora, el nuevo reto en el estudio de las profesionales es la identificación de las múltiples diferencias, comprender desde donde habla cada una, y reconocer las diferentes identidades que nos conforman. Evitando la excesiva relativización y la escasa interconexión entre las múltiples subjetividades que suponen las posturas postmodernas (López Guerrero 2006). Desde este posicionamiento teórico Margaret Harrison (2000) estudia a las médicas mexicanas y concluye que sus múltiples identidades están moldeadas por las estructuras de los servicios de

salud, las características personales, y las elecciones y oportunidades de desarrollo profesional. Todo ello configura múltiples identidades y experiencias cuya interacción provoca diversas tensiones que afectan fundamentalmente a la vida familiar y profesional de las médicas.

Podemos concluir que el desarrollo empírico y teórico de los estudios sobre las desigualdades de género en medicina reflejan el cambio que se ha ido produciendo al aplicar el análisis del género. En primer lugar, las investigaciones se centraron en explicar las desigualdades de género en la profesión médica entendiendo al género como un factor individual y estable, considerándolo, posteriormente, como una estructura social que actúa de forma interrelacionada en distintos niveles. El segundo enfoque, a diferencia del anterior, aporta otros elementos conceptuales como la identidad y la experiencia situada, para comprender el desarrollo profesional de las médicas. Además, recoge una gran diversidad en las experiencias de las médicas junto a la existencia de patrones comunes vinculados con su posición subordinada en el sistema de género, y resalta la capacidad de agencia de las médicas para introducir cambios en la profesión. Ambas perspectivas nos resultaron de utilidad para analizar los discursos sobre el desarrollo profesional en Medicina de Familia desde una perspectiva feminista.