

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Departamento de Enfermería



TESIS DOCTORAL

**LIDERAZGO, PRESENCIA Y DISCURSOS DE LAS ENFERMERAS
EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ**

Memoria para optar al grado de Doctora presentada por

M^a Soledad Vázquez Santiago

Bajo la dirección de la Doctora y el Doctor

Eugenia Gil García

(Departamento de Enfermería)

Javier Gil Flores

(Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación)

Sevilla, 2017

Doña Eugenia Gil García, Doctora por la Universidad de Granada, Profesora Contratada Doctora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

Certifica:

Que la memoria de tesis doctoral titulada **“Liderazgo, presencia y discursos de las enfermeras en el sistema sanitario público andaluz”** presentada por Doña M^a Soledad Vázquez Santiago, ha sido realizada bajo su dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el correspondiente tribunal.

Sevilla, 15 de mayo de 2017

Fdo.: Dra. Eugenia Gil García

Don Javier Gil Flores, Doctor por la Universidad de Sevilla, Catedrático de Universidad adscrito al Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Sevilla.

Certifica:

Que la memoria de tesis doctoral titulada **“Liderazgo, presencia y discursos de las enfermeras en el sistema sanitario público andaluz”** presentada por Dña. M^a Soledad Vázquez Santiago ha sido realizada bajo su dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el correspondiente tribunal.

Sevilla, 15 de mayo de 2017

Fdo.: Dr. Javier Gil Flores

A mi amado hermano Pepe, in memoriam

AGRADECIMIENTOS

A Eugenia Gil y Javier Gil, directora y director de esta tesis que me brindaron su tiempo y su conocimiento, y lo más importante, aún en los momentos más duros pensaron que lo conseguiría.

En segundo lugar, al PICUIDA como institución por la colaboración prestada y el inquebrantable liderazgo enfermero que ejercen, pero también a Nieves Lafuente, Maribel Casado y Susana Rodríguez que en lo profesional y personal dan lo mejor de sí mismas, poniéndolo al servicio de la profesión. En particular le agradezco a Susana, con la que además de compartir perspectiva profesional, me une una gran complicidad personal y ha sido tan generosa conmigo y con mi proyecto. A la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud y la Dirección General de Profesionales por su colaboración.

A la Biblioteca de Ciencias de la Salud, en especial a Begoña y M^a Ángeles, por su infinita paciencia y por enseñarme que el rigor, el desarrollo científico y el afecto aunados hacen buen maridaje. A Víctor Moya, de Ciencias de la Educación, por su inesperada e inestimable contribución.

Y por supuesto, a todos los directivos y directivas de Enfermería de Andalucía que respondieron a mi llamada, que con tanta amabilidad y parte de su tiempo han hecho posible este trabajo, regalándonos su experiencia y opiniones acumuladas en tantos años de ejercicio y dedicación a la Enfermería y a la institución pública. Valga desde aquí mi reconocimiento personal por esa dura labor que ejercen y por el trato que todos y todas me dispensaron.

A Manuel Rebollo por su impagable ayuda en la edición; a José Ríos por sus mapas; a Esperanza Blanco por su apoyo y a mi sobrina Marina por su dibujo.

A mi padre y mi madre, por hacer de la formación de sus cinco hijos un propósito de vida. Sin ese anhelo que persiguieron con ahínco hoy no estaría aquí.

A mi hija, por lo que aprendemos juntas. Y por recogerme siempre, en los peores momentos. A Kinito que quiso ayudarme pero no supo cómo hacerlo.

También quiero dedicarlo a esas grandes profesionales que me alumbraron el camino, y que representan mi inspiración para seguir adelante y amar esta encomiable y minusvalorada profesión. Son muchas, casi todas, pero quiero mencionar especialmente a mis compañeras Lupe y Carmen García, Mila, Nati, Tere y Magdalena de mis tiempos de enfermera en la UCI. De mis años más fructíferos y amables en la docencia, a Esperanza Valderrama y Concha García. Y quiero aludir explícitamente a Concha García González, la enfermera con el criterio enfermero más sólido y la militante más férrea e indestructible que he conocido en mis veintitantos años de ejercicio profesional. Quién ha pasado por su aula, no ha quedado indiferente y seguro que es una profesional responsable y competente allá donde realice su labor. Y en relación a la investigación enfermera, destacar el impulso y la dedicación que Eugenia Gil está imprimiendo al Departamento de Enfermería desde que llegó y que la visión e impecable gestión de Ana María Porcel está consolidando. Gracias a todas por la parte que me toca. Además tengo la gran suerte de gozar de sus afectos, todo un lujo, en lo vital y en lo profesional.

A las personas que en el camino creyeron en mí y me prestaron su apoyo y amistad. A todas las mujeres que nos han precedido y que han ido abriendo las avenidas de la libertad y la igualdad para las que hemos venido detrás. Y a todas las mujeres que vendrán, para que tengan el derecho y la oportunidad de llegar tan lejos como les permita su talento.

Gracias, sin todos y todas, no sería lo que soy.

ÍNDICES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
Capítulo I: MARCO TEÓRICO	11
1. Liderazgo: Conceptos, Teorías y Modelos.....	11
1.1. Conceptos de liderazgo.....	11
1.2. Teorías de liderazgo	16
1.3. Motivaciones e incentivos	29
2. Gobernanza y Liderazgo en el Sistema Sanitario Público Andaluz	33
2.1. Características del Sistema Sanitario Público de Andalucía	33
2.2. Modelo de Gestión Clínica	37
2.3. Competencias profesionales, sistema de acreditación y carrera profesional.....	42
2.4. Formación para las competencias profesionales en el Sistema Andaluz de Salud	50
2.5. Liderazgo y competencias directivas para los profesionales de Enfermería del SSPA.....	55
3. Género y liderazgo en la organización sanitaria	60
3.1. El Techo de Cristal en la profesión de Enfermería.....	60
3.2. El género como factor de desigualdad laboral y de oportunidades.....	72
Capítulo II: OBJETIVOS DEL ESTUDIO	85
Capítulo III: METODOLOGÍA.....	89
1. Diseño.....	89
2. Participantes	89
3. Aspectos Éticos.....	94
4. Recogida de información.	94
5. Análisis de la Información	106
Capítulo IV: RESULTADOS	117
1. Las enfermeras en los cargos directivos del Servicio Andaluz de Salud	117
2. El procedimiento de acceso de los profesionales de Enfermería a la función directiva en el Sistema Andaluz de Salud	123
2.1. Incorporación a la función directiva: La designación para el cargo.....	123
2.2. Las competencias para el puesto. La formación en Gestión	136
3. La “vocación” hacia la Enfermería como elemento para el liderazgo	152
3.1. La vocación de las mujeres	153
3.2. La vocación de los hombres.....	160
4. La carrera directiva: motivaciones y trayectorias en hombres y mujeres	167
4.1. Trayectorias de las mujeres	167
4.2. Trayectorias de los hombres.....	174
5. La Gobernanza de Enfermería en el Modelo de Gestión Clínica	182

6.	El techo de cristal para el liderazgo en Enfermería: barreras, facilitadores y políticas de igualdad en el SSPA	197
6.1.	Trabas Estructurales y de Profesión.....	198
6.2.	Trabas de Género: La Identidad Profesional y el Rol Familiar	216
6.3.	Trabas Socio-Políticas: Condiciones y Políticas de Igualdad en la Empresa Sanitaria Pública	239
7.	Los discursos de Género: De los "Hombres de Harrelson" SWAT a las "Mary Wollstonecraft"	255
Capítulo V:	DISCUSIÓN	271
	Prospectiva	294
Capítulo VI:	CONCLUSIONES.....	299
RESUMEN		305
BIBLIOGRAFÍA.....		309
ANEXOS		341
1.	ANEXO I: Petición de datos de plantilla de enfermeras a la dirección general de profesionales del SAS.	341
2.	ANEXO II. Carta de apoyo de la directora del PICUIDA	343
3.	ANEXO III. Compromiso de confidencialidad	344

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Entidades adscritas a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En verde las de carácter asistencial. Adaptado de la Página web oficial de la Consejería de Salud: http://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/consejeria.html	35
Gráfico 2: Competencias Profesionales de las Enfermeras/os . SSPA.....	45
Gráfico 3: Tomado del Ministerio de Educación, C. y D. Datos y cifras del sistema universitario español. Curso 2015/2016 (p. 6).....	74
Gráfico 4: Tomado de S.G. de Coordinación y Seguimiento Universitario. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.....	76
Gráfico 5: Distribución de profesiones por sexo en España. Informe Salud y Género 2006. Observatorio de Salud de la Mujer,2008.	76
Gráfico 6: Personal del SAS por categoría profesional Tomado de Análisis del personal del SAS. En C. de H. y A. Pública (Ed.), Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto. 2017 Gráfico 4.3.2.3. (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, p. 238).....	78
Gráfico 7: Fuente: Informe Salud y Género 2007-08.....	80
Gráfico 8: Tomado de Análisis del personal del SAS. En C. de H. y A. Pública (Ed.), Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto.2017 Gráfico 4.3.2.4. pág. 239(Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, p. 239).....	80
Gráfico 9: Tomado de Análisis del personal del SAS. En C. de H. y A. Pública (Ed.), <i>Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto.2017</i> . pág. 240(Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, p. 240).....	81
Gráfico 10: Distribución de Profesionales de Enfermería del SAS por Género y Área Sanitaria. Datos facilitados por la Dirección General de Profesionales del SAS (diciembre 2016). Elaboración propia. (AGS: Área Gestión Sanitaria; AP: Atención Primaria y ESP: Atención Hospitalaria)	119

Gráfico 11: Distribución de Profesionales de Enfermería del SAS por Género y Provincia. Datos facilitados por la Dirección General de profesionales del SAS (diciembre 2016). Elaboración propia.....	120
Gráfico 12: Relación entre enfermeras asistenciales y enfermeras en puestos directivos SAS 2016. Datos facilitados por la Dirección General de profesionales y la Estrategia de Cuidados de Andalucía del SAS. (diciembre 2016). Elaboración propia.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Principales definiciones sobre liderazgo (Yukl, 2008a). Tabla tomada de (Unda, 2013, p. 29).....	15
Tabla 2:	Principales corrientes de investigación sobre el liderazgo. Adaptada de (Unda, 2013, p. 32) con aportaciones tomadas de (Lupano & Castro, 2013).....	17
Tabla 3:	Dimensiones del modelo transformacional de Bass y Avolio en (Molero Alonso et al., 2010).....	28
Tabla 4:	Estructura del Manual de Competencias. Guía del Usuario para la Certificación de Competencias Profesionales (A. calidad sanitaria Andalucía, 2016, p. 8).....	46
Tabla 5:	SITUACIÓN DE PROCESOS DE CERTIFICACIÓN: Número de profesionales por fase de acreditación y nivel según mapa de competencias a fecha 01/01/2017.....	50
Tabla 6:	Objetivos Plan Directivos del SSPA.....	57
Tabla 7:	Perfiles de los participantes en el estudio. Elaboración Propia.	93
Tabla 8:	Programación para la realización de las entrevistas.	100
Tabla 9:	Matriz definitiva de categorías con las definiciones. Elaboración Propia.	110
Tabla 10:	Resultados de frecuencia de los temas abordados por las/los entrevistadas/os	111
Tabla 11:	Procedimiento de acceso por sexo	135
Tabla 12:	Procedimiento de acceso por área sanitaria.....	136
Tabla 13:	Herramienta de síntesis del apartado que incluye los elementos comunes y diferenciadores que se han encontrado en relación a la formación que relatan hombres y mujeres del estudio.....	148
Tabla 14:	Formación acreditada por los hombres	149
Tabla 15:	Formación acreditada por las mujeres.....	152
Tabla 16:	Matriz contextual comparativa de las carreras directivas y el enfoque de sus trayectorias profesionales de dos participantes en el estudio (H y M).	182

ABREVIATURAS

ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
AGS	Áreas de Gestión Sanitaria
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
CRP	Complemento de Rendimiento Profesional
CGE	Colegio General de Enfermería
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
EBAP	Enfermera/o base atención primaria
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
EPES	Empresa Pública Emergencias Sanitarias
FAISEN	Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
JA	Junta de Andalucía
LDDQ	Leader Behavior Description Questionnaire
MI	Motivación Intrínseca
ME	Motivación Extrínseca
MGC	Modelo de Gestión por Competencias
OCDE	Organización para la cooperación y desarrollo económico
PICUIDA	Plan Integral de Cuidados de Andalucía
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SBD	Supevisory Behavior Description
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
SWAT	Special Weapons and Tactics: armas y tácticas especiales
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
UGC	Unidad/es de Gestión Clínica

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Aún recuerdo cómo me impactó uno de los primeros días que trabajé como enfermera novel, en el turno de noche de la unidad coronaria. Mis compañeros varones rodeaban la mesa de control donde estaban los monitores con los registros electrocardiográficos de los pacientes ingresados y, en torno a ella, a las 6 de la madrugada, realizaban una especie de sesión clínica de las alteraciones electrocardiográficas, que no de los/las pacientes, con unos niveles encomiables de conocimiento en Cardiología. Ávida por aprender me sumé, pero no entendía que ninguna enfermera lo hiciera también. Ellas andaban ocupadas en las habitaciones, pues a esa misma hora estaba programada la higiene general y otra serie de cuidados directos con los y las pacientes. De la misma manera, como práctica rutinaria de las enfermeras, sobre las 7 de la mañana las veía informar y tranquilizar a las familias que buscaban unas palabras de aliento, congregándose en la puerta de la unidad, intervención que ellas realizaban casi con exclusividad. En la unidad de cuidados intensivos (UCI) a la que me trasladaron enseguida, seguía observando ese trabajo diferencial que los enfermeros y enfermeras del servicio practicaban, más notorio si cabe en el turno de noche en el que realicé sustituciones durante 3 años. Yo misma, a veces, recliné a algunos de ellos por no ocuparse del confort del paciente o de la familia, a pesar que en lo técnico, eran excelentes profesionales. Aunque obviamente, había excepciones.

También viví cómo los que compartían ese turno prosperaban poco a poco a cargos intermedios primero y algunos hasta directivos poco tiempo después, donde permanecieron muchos años. Mientras tanto las enfermeras de esa misma UCI, como hadas madrinas investidas de conocimiento y expertez, miraban y cuidaban a esos tantos y tantas pacientes que pasaban por sus manos, como si de su familia se tratara. Irreductibles, encomiables, sabias, expertas y generosas profesionales que me estimulaban y enseñaban en una ambiente de

amor, compañerismo y buen hacer. Ese clima motivador que incitaba a prestar cuidados excelentes, a la vez que nos cuidábamos entre nosotras, no lo he vuelto a sentir desde que dejé la unidad. También allí tuve supervisoras que permanecían gran parte de su jornada en la unidad gestionando cuidados (supe luego que esto se llamaba así) y supervisores que imponían medidas, que luego "vendían" en la institución como objetivos alcanzados y por los que obtenían buena productividad; aunque eran los enfermeros y enfermeras de la unidad quienes trabajaban generosamente fuera de su jornada, sin obtener más beneficio que la propia satisfacción.

Después como docente, conocí a Concha García y todo me encajó. Ya supe lo que debía hacer, a quién me quería parecer, qué camino tenía que transitar y hasta todo lo que tenía que estudiar e incorporar; a lo que ella me ayudó generosamente. Ahí pensé que era cuestión de capacitación.

Acabé en la gestión universitaria y puse todo el empeño para reconvertir un obsoleto departamento de enfermeras, en el que estaba muy presente un pasado funcional y subalterno de la profesión, plasmado en el diseño de la formación y el funcionamiento de la organización, en otro bien situado, y así poder encarar la renovación metodológica y el reto de la investigación que los nuevos estudios de Grado pregonaban y donde todo el profesorado tuviera su lugar, los mejores medios y a la vez se sintiera estimulado. Quedé satisfecha con la aportación realizada, aunque tuve que soportar bromas de compañeros que anteponían un posible atractivo como mujer al reconocimiento de la institución a una acción planificada y ejecutada con resultado positivo. Pero me fallaba la pieza fundamental para encontrar la justificación para tanta desventaja y falta de reconocimiento al trabajo de las mujeres, era la perspectiva de género. Lo entendí tras cursar un máster específico, con lecturas, reflexiones y también con debates y proyectos que Eugenia Gil propició con su incorporación al departamento. Así supe que mi posicionamiento y línea de trabajo estaban en ese camino.

Por tanto he abordado este proyecto con gran ilusión y desafío, ya que una de las principales discriminaciones que encuentran las mujeres, y por tanto las enfermeras, en el ámbito laboral es la escasa representación y las dificultades que han de superar para promocionar a los puestos de dirección y poder en las organizaciones sanitarias. La realidad directiva en todo el mundo, en diferente medida, es que las mujeres, tras años de lucha por la igualdad y para alcanzar puestos de alta dirección y tras múltiples políticas y aproximaciones para mejorar dicha situación por diferentes gobiernos, siguen estando infrarrepresentadas en puestos de liderazgo. Esta desigualdad se maximiza, si cabe, en el caso de profesiones feminizadas, como la que nos ocupa. Si bien hay multitud de medidas legales para reducir desigualdades y recomendaciones y normas para mejorar esta situación, la realidad es que sigue habiendo barreras, sociales y psicológicas, que impiden a las mujeres acceder a dichos puestos, fenómeno conocido como *'techo de cristal'*. Estos obstáculos pueden ser internos o externos, según sean fruto de una cultura organizacional estereotipada, de las propias limitaciones que las prescripciones del rol nos impone, -como el factor de autolimitación que se da en las mujeres-, pero también por la ausencia o insuficiente implantación de las políticas públicas que ayuden a combatirlo. Esta es una situación que en el contexto de la Enfermería se reproduce no solo en la organización sanitaria andaluza, también en la nacional, en las sociedades científicas, sindicatos y colegios profesionales.

La presente tesis doctoral se propone analizar desde una perspectiva feminista la presencia de las enfermeras en el organigrama directivo del Servicio Sanitario Público de Andalucía y determinar a través de los discursos de directivos y directivas de Enfermería, su percepción sobre la existencia de barreras estructurales, sociales y psicológicas que tienen que ver con la pervivencia de los estereotipos de género, y frenan su desarrollo personal y profesional en una organización con igualdad formal, pero intrínsecamente patriarcal.

Para ello, y partiendo de la consideración de que el liderazgo es una herramienta imprescindible en el proceso de avance y consolidación del trabajo y la representatividad de las enfermeras, abordaré su significado y las distintas corrientes teóricas que lo desarrollan desde diferentes campos de la ciencia y su influencia en las organizaciones. La importancia de las características del contexto sanitario y la interacción de diversos ejes de jerarquización social y económica que el influjo de las políticas neoliberales imprime en el nuevo modelo de gobernanza sanitaria, constituyen la primera parte del marco teórico de esta tesis. La perspectiva de género que aporta el análisis crítico y contextualiza la experiencia de los profesionales y una realidad más objetiva de la organización sanitaria lo completan.

En el capítulo 2 expongo la metodología utilizada y los objetivos planteados en este trabajo. Para conocer la presencia de las enfermeras y su ubicación en la escala de alta dirección del Servicio Sanitario Público de Andalucía, recabé los datos específicos de plantilla desagregada por sexo a la Dirección General de Profesionales y a la Estrategia de Cuidados del Servicio Andaluz de Salud. A su directora presenté el proyecto solicitando colaboración y mecenazgo para contactar y facilitar el encuentro con los y las directivas, lo que resultó estratégico. He utilizado metodología cualitativa basada en las entrevistas en profundidad, considerando a las personas de las que obtenemos los relatos como sujetos sociales activos, lo que facilita su interpretación y la búsqueda de alternativas. Asimismo se describe el procedimiento de análisis que se realizará en distintos niveles, según los objetivos del estudio.

En el capítulo 3 trato de dar respuesta a los objetivos planteados. Primero; exponiendo un análisis desagregado por sexos de los datos de presencia y representatividad obtenidos, por provincias y por área sanitaria; segundo, el análisis de contenido de las entrevistas realizadas primero y el análisis del discurso después, intentan desvelar qué elementos están influyendo en el

liderazgo de Enfermería y qué efecto diferencial se observa desde una perspectiva de género. En relación a la carrera directiva, la motivación hacia los estudios, la formación competencial y el perfil profesional que van modulando dan como resultado una desventaja de las mujeres en relación a los hombres, que las sitúa en condiciones desiguales para ser designadas. La arbitrariedad en los procesos de selección y el propio factor de limitación que ellas ejercen contribuyen en gran medida a su infrarrepresentación. Además se obtienen resultados que visibilizan otros componentes clásicos en los estudios sobre el *'techo de cristal'* en las organizaciones, como la fuerte restricción que supone para las mujeres el rol familiar, algo que no afecta en la misma manera a los hombres, o el uso del tiempo y el reparto de los espacios. Pero la barrera que se ha rebelado con más crudeza ha sido la propia institución sanitaria que, articulada sobre una clave *"andromédica"*, sesga la dignidad y representación del colectivo, pero más de las mujeres, y que se agudiza con la creación de las unidades de gestión clínica (UGC), mayoritariamente dirigidas por médicos. Este sistema gerencial se patrocina como innovador e integrador de las unidades, los profesionales y sus actividades mediante la fijación de objetivos y dos formas contractuales complementarias, ambas ligadas al cobro de incentivos monetarios externos. Una los acuerdos de gestión que suscriben la UGC y la Dirección Gerencia del centro sanitario y la otra un contrato programa que el SAS establece con las Direcciones Gerencia de los centros o áreas sanitarias, donde se definen los objetivos, medios, estrategias e indicadores de resultados según las líneas estratégicas de la organización, y por los que las gerencias llegan a percibir cantidades sustanciosas, que han ocasionado efectos nocivos en la motivación del colectivo y en la autonomía sus directivos.

En el capítulo 4 se discuten los resultados, entre los que destacan el efecto de la cultura organizacional *"andromédica"* y el sistema gerencial adoptado en el SSPA que está favoreciendo un conjunto de situaciones que convierte el *techo de cristal* que soportan las enfermeras en uno *de cemento*, por

más capacitación y resultados en salud que obtengan. Por otro lado, el efecto de los estereotipos se revela como una potente influencia en las trayectorias diferenciales, tanto profesionales como directivas, y sitúa a las mujeres en desventaja con los hombres para el acceso a cargos de gestión. Por último, se trata de constatar de qué manera, como administración pública sanitaria y principal empleadora de las enfermeras, que presume de imparcial y transparente defendiendo y aplicando los principios de igualdad, mérito y competencia, aborda el fenómeno del *techo de cristal*, qué estrategias de acción planifica y constatar de primera mano, a través de la experiencia de los y las protagonistas cómo penetra en el sistema y determinar, si los hubiere, los efectos neutralizadores que esté produciendo. Espero con este trabajo poder contribuir a la generación de un conocimiento comprometido, contextualizado y situado que colabore en la transformación de las organizaciones sanitarias.

Capítulo I: MARCO TEÓRICO

Capítulo I: MARCO TEÓRICO

Abordamos en este apartado los diversos aspectos relacionados con el marco teórico en el que incardinamos nuestra investigación, presentando, en primer lugar, el contexto teórico-conceptual; explicitando el sentido que para nosotros tienen los términos que usamos, en función de cómo han venido siendo utilizados por las diversas disciplinas y autores/as que tratan esta temática y que se encuentran universalmente reconocidos en nuestro ámbito científico.

1. Liderazgo: Conceptos, Teorías y Modelos

A pesar de que el liderazgo es un fenómeno universal (Stogdill & Bass, 1981), no existe univocidad del concepto ni tampoco una teoría general que estudie el fenómeno, ya que en los últimos 60 años se han ido complejizando las teorías que lo analizan. Es un fenómeno que comparte aspectos de la psicología, la política, la sociología y la teoría de las organizaciones y que está presente en todas las culturas, en todas las organizaciones y en todos los tiempos históricos (Lupano & Castro, 2013; Harris, 2005).

1.1. Conceptos de liderazgo

El liderazgo es un componente crucial en el proceso de avance y consolidación del trabajo enfermero, principalmente cuando el contexto promueve y requiere cambios para adaptarse a una sociedad dinámica y compleja como la actual (Galvao, Trevizan, Sawada & De la Coleta, 1998). En este apartado realizaremos un recorrido por la literatura para señalar lo que, a mi parecer, son los conceptos y modelos más adecuados para analizar y entender el liderazgo de las enfermeras en el contexto organizacional sanitario. Esta es, por lo tanto, una perspectiva más entre otras y se basa en el precepto de que toda

investigación requiere un cimiento conceptual, teórico y metodológico, no necesariamente indiscutible pero sí concordante y válido (Botero, 2003).

Para estudiar este fenómeno y después de indagar, trabajar con lecturas y relecturas de numerosos artículos, tesis doctorales y libros realizados desde diferentes campos y perspectivas, como la administración, la psicología social, la sociología, teorías como las del desarrollo organizacional y la psicodinámica, coincido con Stogdill, en señalar que “existen casi tantas definiciones de liderazgo como personas que han tratado de definir dicho concepto” (Stogdill, 1974, p.63). Precisamente esta diversidad, como afirmaba Yukl, acabó poniendo en duda su calidad y validez, ya que desde las diferentes perspectivas, los resultados de algunos estudios se contradecían entre sí (Lupano & Castro, 2013).

Así pues, no existe una definición ni una aceptación mayoritaria sobre qué es y qué implica el liderazgo (Molero, Recio & Cuadrado, 2010). A lo largo de este capítulo y a través de un sintético recopilatorio general, intentaremos extraer su significado desde las corrientes teóricas más destacadas, para luego poner el foco en las características, el ejercicio y las consecuencias del liderazgo ejercido en la organización sanitaria en general y la andaluza en particular.

Según la Real Academia Española (Diccionario Real Academia Española, 2014), Liderazgo es: “1.m.: liderato / 2.m. “Situación de superioridad en que se halla una empresa, un producto o un sector económico dentro de su ámbito”. Para Bernard M. Bass (Stogdill & Bass, 1981) : “El origen del término no aparece hasta la primera mitad del siglo diecinueve en escritos sobre influencia política y control del parlamento británico”(p.31).

Actualmente, existe un consenso en el hecho de que el liderazgo es un intento de influencia personal, dirigido a través de un proceso de comunicación, con el fin de alcanzar una serie de metas u objetivos comunes. Las nuevas corrientes incluyen aspectos como el proceso de influencia, el impacto en la eficacia organizativa y la motivación de los equipos. Es decir, utilizan un enfoque relacional para definir la relación de un líder con sus colaboradores (Unda, 2013,

p. 29). Donde éstas difieren es en cómo los líderes motivan a sus seguidores, y en quién tiene voz y voto para diseñar los objetivos del grupo o de la organización. Esto nos lleva a pensar que el liderazgo es algo propio de los líderes y que otras personas no poseen, cualidades especiales que Weber llamó el carisma (Kalberg & Cohen, 2008).

En esta línea argumental, el concepto de influencia es clave en la definición de liderazgo. Considerándola, según la perspectiva de Pascual (1987), como la capacidad de producir en los otros ciertos efectos y de conseguir que se muevan en la dirección adecuada (Cuadrado & Molero, 2002). En este sentido, hay que reparar en las características del contexto sanitario y en la relación jerárquica, tanto formal como simbólica, que se establece entre las profesiones sanitarias y que están presentes en la conformación y funcionamiento de los equipos sanitarios. Así me parece interesante el planteamiento que, desde la Psicología social, hace Zaleznik (1991), quien define la influencia como el resultado de una relación entre individuos revestidos de poderes desiguales (Van Wart, 2010). Es más, según el autor no es necesario que haya una figura de poder para que se produzca la influencia, ya que también puede darse por lo que denomina "identificación". Según la base explicativa que proporciona la Psicología, este mecanismo actúa incorporando las ideas, las creencias y los valores de la persona agente, a las actitudes mentales de la que es influida. Es a través de esas actitudes cuando se perpetúa la influencia que aquélla ejerce sobre ésta (Castro, 2006). Esta cuestión es especialmente relevante en el caso de la Enfermería ya que, en el imaginario sanitario y social, siguen considerándola como una profesión subalterna. Es por ello importante que los y las líderes no reproduzcan los roles de sumisión tradicionales y se coloquen en una posición de liderazgo ético, asumiendo con responsabilidad el intento de influir (Unda, 2013, p. 30).

En este contexto toma especial relevancia lo que entendemos por autoridad moral. Para Max Weber la autoridad puede provenir de varias vías: la

que nace de la tradición (dentro de las organizaciones), la dictada por el marco jurídico o la autoridad del experto (que entraña el puesto y las funciones según el organigrama empresarial) y la del efecto carismático (Kalberg & Cohen, 2008). Al igual que Maquiavelo, reconoce al líder como fuente de influencia en los demás, -a lo que llama carisma-, pero distingue, dentro de esta influencia, las que derivan de la persona del líder y las que residen en el contexto social y de la organización en que éste opera. Weber enfatiza que, a pesar de que el líder posea 'el don' personal del carisma, depende de la capacidad de los demás, aquellos sometidos a su autoridad, para reconocerlo como líder. Por tanto, su contribución más importante fue que los tres supuestos sobre la autoridad no residen solamente en el líder, sino en la estructura social de la que también forman parte los seguidores (Ball, 2014).

Resumiendo, en las principales ideas expresadas hasta ahora en relación al liderazgo, encontramos que se ejerce sobre un grupo para generar cambios y donde se produce una distribución desigual de poder entre sus miembros; es un proceso de influencia, que para Pascual (1987) es "diferencial", es decir, "un algo más" que hace que unos sean líderes y otros no, pero también una cuestión de valores, ideales e intercambios emocionales, pues como señala Weber, no hay liderazgo sin autoridad moral (Kalberg & Cohen, 2008).

Nos parece necesario remarcar la importancia de deslindar el proceso de liderazgo del de *management*, ya que desde el campo de la teoría organizacional, a Drucker (1989) no le interesa cómo debe de ser el líder -en el sentido de *manager* empresarial- desde el punto de vista psicológico, ni siquiera moral, solo lo que tiene que hacer y conseguir: prácticas y tareas para lograr buenos resultados sostenidos en el tiempo (Chávarri, 2001). Yukl (2008a) afirma que los gerentes ponen el acento en el orden, la eficiencia y la estabilidad, y los líderes en conductas flexibles y de adaptación y en la innovación. Mientras que desde lo gerencial se instruye a las personas y los equipos para que realicen la tarea de forma satisfactoria y adecuada, desde la visión del liderazgo se las hace

participar en la toma de decisiones, además de tener en cuenta sus necesidades (Yukl, 2008a). Lo cierto es que muchos han subrayado la diferencia entre liderar y dirigir, afirmando que las organizaciones actuales necesitan líderes y no administradores. Volviendo al concepto de liderazgo, este autor, desde un enfoque actualizado nos ofrece un compendio de las principales definiciones de liderazgo y sus autores (tabla 1).

Definición	Autores
El liderazgo es el comportamiento de un individuo... que dirige las actividades de un grupo hacia una meta común.	HEMPHILL Y COONS, 1957: 7
El liderazgo es el aumento de la influencia por encima del cumplimiento mecánico de las directrices habituales de la organización.	KATZ Y KAHN, 1978: 528
El liderazgo se ejerce cuando las personas... movilizan... recursos institucionales, políticos y psicológicos, entre otros, para despertar, captar y satisfacer las motivaciones de sus seguidores.	BURNS, 1978: 18
El liderazgo se realiza en el proceso mediante el cual uno o más individuos consiguen delimitar o definir la realidad de otros.	SMIRCHCH Y MORGAN, 1982: 258
El liderazgo es el proceso de influir sobre las actividades de un grupo organizado hacia la consecución de sus metas	RAUCH Y BEHLING, 1984: 46
El liderazgo se refiere a la articulación de las visiones, la incorporación de los valores y la creación de un entorno en el que se consiguen cosas.	RICHARDS Y ENGLE, 1986: 206
El liderazgo es el proceso de insuflar un propósito (una dirección con sentido) al esfuerzo colectivo y de generar un esfuerzo voluntario para la consecución de un objetivo.	JACOBS Y JAQUES, 1990: 281
El liderazgo es la capacidad de trascender una cultura... para iniciar procesos de cambio evolutivo más adaptativos.	SCHEIN, 1992: 2
El liderazgo es el proceso de hacer comprensibles las actividades de los individuos para ayudarlos a comprender y comprometerse.	DRATH Y PALUS, 1994: 4
El liderazgo es la capacidad del individuo de influir sobre otros, motivarlos y facilitar su contribución a la eficacia y el éxito de la organización.	HOUSE et al., 1999: 184

Tabla 1: Principales definiciones sobre liderazgo (Yukl, 2008a). Tabla tomada de (Unda, 2013, p. 29)

Aunque, en palabras de Yukl (2008), no podríamos decantarnos por ninguna (Yukl, 2008a). Compartimos su posición y la de otros muchos teóricos que distinguen claramente la posición de líder de la de aquel que ocupa un cargo en la jerarquía de una organización cualquiera, ya que el status inherente

a un cargo no necesariamente convierte a su ocupante en líder (Botero, 2003).

Sin embargo, por el clima organizacional y las características y posición de la profesión de enfermería en el sistema sanitario, hemos considerado que los y las profesionales que ocupan los puestos directivos, son las únicas persona que tienen la capacidad y pueden incidir en el modo de mover la organización, ya que en la actualidad, las bases no tienen esa atribución. Y para mí, el liderazgo tiene un componente personal, ya, que en parte, es un fenómeno situacional que produce o ayuda la convergencia de una organización hacia un propósito, sin perjuicio de que esta convergencia esté impulsada también por otros procedimientos que actúan sobre la organización. La persona líder tira y arrastra, mientras que los otros procedimientos empujan (Botero, 2003). Por tanto, de alguna manera en esta investigación, se conjugan los dos aspectos. Me interesa descifrar, dónde se pone el acento en función del género: si en lo más puramente gerencial, o en los del auténtico liderazgo.

1.2. Teorías de liderazgo

Para intentar aproximarme al crisol de teorías desde la que se ha estudiado el tema, en este apartado, llevo a cabo una revisión de las diversas investigaciones que desde las perspectivas positivista, conductual, y contingencial existen sobre el fenómeno del liderazgo, con el fin de establecer las contribuciones y debilidades que cada una de ellas ha aportado a este elemento y justificar el posicionamiento teórico del que partimos. Para ayudarnos en su comprensión, la tabla 2 nos muestra el trabajo de Durand (1997) en el que se exponen las principales corrientes de investigación sobre el liderazgo (Unda, 2013, p. 32).

Período	Teoría o enfoque	Contenido
Hasta 1920-50 Resurgimiento en los 90	<i>Teoría de los rasgos (dentro teorías del Gran hombre)</i>	- El liderazgo es asociado a cualidades personales.
Desde 1940-50 hasta últimos 60	<i>Teoría del comportamiento</i>	- El liderazgo es asociado a conductas y estilos. (Iniciación a la estructura y Consideración)
Últimos 60 Hasta hoy	<i>Teoría de Contingencia</i>	- El liderazgo es afectado por el contexto y la situación.
Últimos 60 hasta el presente	<i>Teorías del poder y la influencia</i>	- El liderazgo es asociado con el uso del poder.
Desde 1970 hasta el presente	<i>Teorías culturales y simbólicas</i>	- El liderazgo es el manejo del sentido y significado.
Desde 1980 hasta la actualidad	<i>Teorías cognitivas</i>	- El liderazgo es una atribución social.

Tabla 2: Principales corrientes de investigación sobre el liderazgo. Adaptada de (Unda, 2013, p. 32) con aportaciones tomadas de (Lupano & Castro, 2013)

Las teorías revisadas por Unda (2013) y que comparten otros trabajos (Van Wart, 2010) la podemos encuadrar en 4 perspectivas:

- Liderazgo centrado en los rasgos de la personalidad del líder
- Liderazgo centrado en los estilos de comportamiento
- Liderazgo en relación al contexto y la situación
- Liderazgo transformacional

Liderazgo centrado en los rasgos de personalidad

Después del modelo de liderazgo carismático de Weber, las industrias y el gobierno patrocinaban a investigadores para buscar la "esencia" del liderazgo. La mayoría de los autores que desarrollan este modelo son norteamericanos, entre ellos Taylor, Michels y Nelson. Su interés se centraba en conocer las características individuales de la persona que ejerce el rol de líder.

Estas investigaciones son fruto de las sociedades individualistas de los países industriales desarrollados (Smith & Peterson, 1990). Son teorías que se articulan en la década de los treinta y cuarenta, y quizás influenciadas por el auge y rápido desarrollo en los procedimientos de evaluación psicométrica, el liderazgo es definido a partir del conjunto de rasgos físicos, del carácter y la personalidad del líder (Van Wart, 2010).

Esta posición, claramente individualista y restrictiva, enfatiza la visión estructural y funcional de las organizaciones, una ética utilitaria y materialista y una perspectiva de gestión orientada al funcionamiento organizativo, estableciendo así unas relaciones de jerarquías y de dominio entre líder y subalterno. En este periodo, y desde el enfoque de la teoría de los rasgos, proliferaron multitud de estudios y de revisiones, de entre ellas mencionar las 104 que Stodgill realizó en 1948. Su estudio concluye: “Una persona no llega a ser líder por mera posesión de alguna combinación de cualidades, deben estar en relevante relación con las características, actividades, y metas de los seguidores”(Smith & Peterson, 1990,p.53).

Otro autor destacado que realizó revisiones de este tipo fue Thomas Mann (Chávarri, 2005), que examinó 75 estudios en 1959; concluyendo que las variables de personalidad dan cuenta de una pequeña parte de la varianza en la conducta del liderazgo, abonando el camino a la idea de que situaciones diferentes, requieren diferentes tipos de liderazgo (principio básico del liderazgo situacional). A pesar de ello, psicólogos industriales interesados en la selección de personal continuaron con la línea de investigación clásica, donde el centro de atención era la eficacia directiva más que el liderazgo emergente. Los investigadores extendieron la lista de cualidades, incluyendo destrezas administrativas, técnicas y aspectos específicos de motivación, relevantes a los requerimientos de un rol administrativo. En 1974, de nuevo Stogdill revisó 163 estudios de rasgos, realizados entre 1949 y 1970, sugiriendo las siguientes cualidades que caracterizan a un líder con éxito:

“El líder exitoso se caracteriza por un fuerte sentido de responsabilidad y compromiso con la finalización de la tarea, vigor y persistencia en alcanzar metas, (...) y originalidad en solucionar problemas, capacidad para ejercitar iniciativa en situaciones sociales, auto confianza y sentido de identidad personal, capacidad de aceptar las consecuencias de sus decisiones y actos, preparado para absorber la presión interpersonal, capacidad para tolerar frustración y retrasos, habilidad para influenciar el comportamiento de otras personas, y capacidad para estructurar un sistema de interacción social a su disposición” (Stogdill & Bass, 1981).

Estudios posteriores, como el de Coronel (2002), han demostrado que no existen pruebas científicas que posibiliten una teoría de liderazgo basada en rasgos de la personalidad (Chamorro, 2005). Esta ausencia de validación de la teoría de los rasgos condujo a otras investigaciones, destacándose la aproximación conductual.

Liderazgo centrado en los rasgos de comportamiento

Por los años 1950, por la enorme variedad de resultados que se obtenían desde el enfoque de rasgos, la investigación se centró en el comportamiento directivo. La clave que se busca al seleccionar a los futuros directivos, eran los comportamientos que habían de ser objeto de enseñanza y aprendizaje en los cursos de formación de directivos.

Desde esta perspectiva, el liderazgo se define, no por las características personales, sino por la conducta (Botero, 2003). Las acciones individualistas son realizadas por aquél que ostenta la autoridad y se centran en la toma de decisiones y el cumplimiento de las metas; asimismo, se empieza a reconocer el papel de las demandas de la situación.

Un estudio clásico de este tipo que tuvo un gran impacto en

Norteamérica, después de la II Guerra Mundial, es el realizado por los investigadores Lewin, Lippit y White en 1939 (Smith & Peterson, 1990,p.62). Estos investigadores entrenaron a adultos para orientar a clubes de chicos de 10 años para actuar acorde con tres estilos de liderazgo: autocrático, democrático y *laissez – faire*. El propósito del experimento consistía en explorar estos tres estilos en una tarea concreta: completar tareas específicas y divertirse. Los resultados de este estudio experimental han permitido establecer:

Que los líderes autocráticos centran su poder en sí mismos, y dominan el proceso de toma de decisiones hasta el punto de imponer su punto de vista personal sobre el del grupo. Estos grupos se caracterizan porque el éxito o el fracaso están relacionados con la eficacia del líder. Por otra parte, los líderes que exhiben un estilo democrático comparten su poder y responsabilidad con los miembros del grupo. Las decisiones se toman por consenso o acuerdo de grupo. El líder democrático establece fuertes y abiertas líneas de comunicación de tal forma que todos los miembros del grupo puedan participar plenamente de las actividades. En contraste, el estilo *laissez – faire* no es en realidad una evidencia de liderazgo. Ni la formalidad ni la informalidad respaldan la responsabilidad del liderazgo, y el apoyo a menudo se tambalea cuando es forzado a tomar decisiones (Gómez, 2009).

Lo que no es tan conocido, es que el estudio se replicó posteriormente en 1985 proporcionando diferentes resultados (Bass & Bass, 2008).

La mayor parte de las investigaciones posteriores, entre los años cincuenta y sesenta optaron por analizar los estilos de liderazgo en adultos que ya ocupaban un cargo, para obtener medidas objetivas y válidas de la conducta del líder, utilizando cuestionarios sobre las percepciones, que pasaban tanto al líder como a los seguidores. En este periodo destacan dos escuelas: la de la Universidad de Ohio y la de la Universidad de Michigan.

Desde la Escuela de la Universidad de Ohio (Stogdill & Bass, 1981) se

llegó a la conclusión que el estilo de liderazgo se podría describir mejor como una variable de dos dimensiones que definieron como “Consideración” e “Iniciación a la Estructura” (Rivera, 2011). La Consideración es descrita como el grado en el que el supervisor muestra interés, comprensión, cordialidad y simpatía por los sentimientos y las opiniones de sus subordinados y el grado en que toma en cuenta sus necesidades y bienestar y está dispuesto a explicar sus actos. La Iniciación a la Estructura implica comportamientos que se relacionan con la asignación de papeles y tareas dentro del grupo, la programación de las asignaciones de trabajo, definición de las metas, establecimiento de procedimientos y normas de trabajo y evaluación del trabajo de los subordinados (Bass & Bass, 2008).

Desde la Universidad de Michigan los estudios de liderazgo lo realizan investigadores del Survey Research Center. Se interesan por localizar en los grupos características que parecían estar asociadas entre sí, con el objetivo de establecer las diferencias de conductas que existen entre los líderes más y menos eficaces. Teniendo como referencia estos estudios en 1961 Likert realiza algunas investigaciones que tienen como objeto de estudio a directores de alta producción y directores de baja producción. Los resultados sugirieron dos tipos de directores y muestran que los líderes centrados en los empleados obtienen mejores resultados que los centrados en la tarea (Kajatt, 2006).

House y Aditya (Smith & Peterson, 1990,p.65) señalan que las principales limitaciones del enfoque conductual radica en que estuvo basado en observaciones a individuos que trabajaban en niveles inferiores de la organización más que en líderes de altas responsabilidades. Por otra parte, esta escuela fue claramente inductiva y carente de una orientación teórica, y parte de suponer que existían comportamientos universales que caracterizaban a los líderes exitosos. Su más clara aportación puede ser el haber descubierto unos principios que son aplicables sin tener en cuenta las diferentes situaciones en las que la ejercitan.

Por último, señalar que algunos de los descubrimientos del enfoque conductual fueron posibles gracias a la utilización de determinados instrumentos de medición (*Leader Behavior Description Questionnaire - LDDQ -*; *Supervisory Behavior Description - SBD -*). Otra aportación destacable en esta teoría fue la Tesis Robert Blake y Jane Mouton, en la que desarrollan la rejilla gerencial, que permite estimar el interés por la afiliación y/o la producción de los directivos en las organizaciones (Lupano & Castro, 2013). La crítica a este enfoque es que en vez de centrarse en las conductas que utilizan los líderes para ser efectivos, los estudios giraron alrededor de las conductas individuales (Yukl, 2008b).

Liderazgo en relación al contexto y la situación.

A pesar del cuestionable éxito del enfoque conductual, las investigaciones posteriores estuvieron muy influidas por los estudios precedentes y siguieron analizando el liderazgo en función de patrones de comportamiento del líder o de los estilos de actuación hacia un grupo determinado. La variante la introducen al considerar que cualquier estilo de liderazgo era contingente¹ al ambiente en que se desenvolvía el líder, es decir, considerando el matiz del vocablo contingencia, en el sentido de algo incierto o eventual, que puede suceder o no.

Las diversas teorías que se establecen desde este enfoque, se basan en la idea de que diferentes patrones de conductas pueden ser efectivos en diferentes situaciones pero que una misma conducta no es óptima para todas ellas. Entre ellas, destacamos la visión contingente que está dirigida, por encima de todo, hacia la recomendación de diseños organizacionales más apropiados a

¹ De entre las definiciones que la Real Academia de la Lengua hace del vocablo, nos referimos a: "Grupo, conjunto de personas o cosas que se distingue entre otros por su mayor aportación o colaboración en alguna circunstancia".

situaciones específicas (Dicenta, 2001; Ganga, 2013).

Aisladamente, los investigadores Burns y Stalker en 1961 y Lawrence y Lorsch en 1967, trataron de determinar si las empresas eficaces seguían los postulados de la teoría clásica como la división del trabajo, el control, la jerarquía etc. Los resultados, sorprendentemente, condujeron a una nueva concepción de administración: no hay una única y mejor forma de organizar, todo depende de las características de la organización (Smith & Peterson, 1990,p.96).

La teoría de contingencia enfatiza en que no hay nada absoluto en la teoría administrativa o en las organizaciones, todo es relativo, todo depende. Así las técnicas administrativas apropiadas para el logro de los objetivos de la organización tienen una relación funcional con las características de cada organización y esa relación es del tipo “si-entonces” en lugar de causa-efecto.

Por tanto, esta teoría supone un paso adelante en la teoría sistémica de la administración al considerar a las organizaciones como sistemas abiertos, que están en continua interacción con el entorno, pues su marco permite identificar de manera específica las variables internas y externas que tienen impacto sobre las acciones administrativas y el desempeño organizacional. Su capacidad para ofrecer a los administradores líneas de acción específica ha favorecido que su aceptación y utilización sea hoy amplísima (Serrano & Portalanza, 2014).

La visión contingencial de la administración pone en evidencia que las fronteras entre diversas teorías y escuelas se hacen cada vez más inciertas y permeables, con un creciente y pujante intercambio de ideas y de conceptos y establece que todos los elementos organizacionales pueden utilizarse, pero deben ser aplicados en cada empresa en función de las contingencias que se den en ella, es decir, en función de cómo sean los factores que afectan a una determinada organización (Gómez, 2009).

Para operativizar el análisis de la adecuación de los elementos

administrativos en una organización proponen, como factores a contemplar en ese análisis, la tecnología, el ambiente y las características organizacionales, considerando como variables independientes el ambiente y la tecnología, mientras que las características organizacionales son consideradas variables dependientes.

Dentro de la teoría del liderazgo por contingencia, el paradigma del liderazgo situacional encuentra sus orígenes a comienzos de 1951 en las formulaciones de Fred Fiedler (Gómez, 2009). Este autor propone un modelo contingencial de liderazgo sobre la base de la relación entre el rendimiento organizacional y las actitudes del líder. De acuerdo con esta teoría, el desempeño de los grupos eficaces depende de una vinculación idónea entre el estilo de interacción del líder con sus seguidores y el grado en que la situación le posibilita al líder ejercer control e influencia. A partir de esta premisa, Fiedler y sus colaboradores plantean una hipótesis según la cual el tipo adecuado de conducta del líder depende de lo favorable o desfavorable de la situación del grupo, y que tal circunstancia está condicionada por tres dimensiones:

- Las relaciones líder-miembros: Es un elemento importante la calidad de las relaciones entre el líder y los miembros del grupo y el grado de confianza, confiabilidad y respeto que le procesan a su líder.
- La estructura de la tarea: alude al grado en que la tarea se programa, asigna y explica al subordinado con el fin de que éste lleve a cabo su trabajo en el marco de procedimientos claramente establecidos y también hace referencia al nivel de claridad a la hora de proponer metas, objetivos, funciones y responsabilidades por medio de la especificación de métodos.
- Poder del puesto o posición: grado en que el puesto o posición le permite al líder influir en sus seguidores para que éstos aúnen sus esfuerzos a los de él en la consecución de las metas grupales. Esta

influencia deriva de la posición jerárquica y supone autoridad para contratar, disciplinar, recompensar, castigar, promover o degradar y proponer incrementos salariales (Botero, 2003).

Basándose en el modelo de Fiedler, Hersey y Blanchard (1972), formulan la teoría del liderazgo situacional que pone el énfasis en las características de los seguidores y de las circunstancias, más que en las cualidades del líder. Así, en función de la situación que se plantee y del tipo y capacidad para el desarrollo de la encomienda que puedan llevar a cabo sus empleados, el líder actuará con un estilo u otro (Serrano & Portalanza, 2014).

Este planteamiento ha tenido mucho éxito en las organizaciones empresariales que miden básicamente resultados economicistas basados en la eficacia y la eficiencia, pero en el caso de las organizaciones de salud plantea un cuestionamiento ético importante, pues es un tipo de organización, como más adelante describiré, que no puede basar sus valores en la productividad (Celma, 2007, pp. 79-80).

Liderazgo Transformacional

Dentro de los nuevos modelos de liderazgo, uno de los más estudiados y desarrollados es el liderazgo transformacional. Su precursor, Bernard M. Bass plantea que los intereses de las organizaciones y sus miembros necesitan integrarse (Bass, 2007). Desde esta perspectiva se plantea que son posibles cambios en el nivel de necesidades de los individuos y que esto incrementa aceleradamente el esfuerzo y desempeño de los seguidores. Ellos pueden involucrar cambios en actitudes, creencias, valores y necesidades. Por tanto, a diferencia del transaccional, centrado en un intercambio de necesidades psíquicas y materiales por servicios contratados con el subordinado, el líder transformacional intenta influenciar y elevar al subordinado desde un nivel bajo de necesidades a uno mayor, de acuerdo a la jerarquía de necesidades de

Maslow (Castro, 2006; Gómez, 2009).

Los líderes transformacionales tienen un objetivo central: motivar a sus seguidores. Despiertan la conciencia de éstos acerca de la importancia y del valor de unos resultados determinados y del modo de alcanzarlos, consiguen que superen sus propios intereses inmediatos en beneficio de la misión de la organización, elevan los niveles de confianza y amplían sus necesidades.

Este puede ser el motivo por el que funciona tan bien en campos como la salud o la educación. Además, las investigaciones recientes demuestran que las líderes mujeres son más transformacionales que los homónimos varones, (Bass, 2007; Eagly, 2013) por ello quizás proliferan los estudios sobre este tipo de liderazgo en Enfermería, dado que es una profesión altamente feminizada. Por citar algunos (Delgado, Martínez, & Reche, 2007; García & Santa-Bárbara, 2009; Reuvers, Van Engen, Vinkenbunrg & Wilson-Evered, 2008; Martínez de Acosta, 2011; Guerrero-Núñez & Cid-Henríquez, 2015).

Otro podría ser el que señala, aunque desde el campo de la dirección, Pes i Puig (1993) al destacar que el modelo de liderazgo transformacional recupera el papel del líder en la formulación de políticas y que esto es fundamental en las actuales circunstancias de entornos más dinámicos que obligan al directivo a adquirir mayor protagonismo como agente de cambio, (Chávarri, 2005). En la compleja situación que vive la organización sanitaria actualmente este tipo de liderazgo emerge aún con más fuerza si cabe (Manning, 2016).

Yukl (1994) identifica los siguientes comportamientos típicos de estos líderes: a) articulan una clara y atractiva visión relevante a las necesidades y valores de los seguidores, b) la comunicación de su visión se ve facilitada por las acciones del líder como el uso de apelativos emocionales, símbolos, metáforas y rituales, c) los componentes intelectuales de la visión son importantes para influenciar y persuadir a los seguidores sobre la factibilidad de la estrategia para

lograr la visión. El mismo autor sostiene que los comportamientos que exhibe el líder transformacional son similares a los encontrados en el enfoque conductual (Molero et al., 2010).

El líder transformacional delega importantes niveles de responsabilidad y autoridad, elimina restricciones burocráticas innecesarias, provee de entrenamiento personal a sus seguidores, fomenta la participación en la toma de decisiones, fomenta el compartir abiertamente las ideas, preocupaciones e información relevante, promueve la cooperación y trabajo en equipo. Resulta inmediata la relación de liderazgo transformacional y los conceptos de la dirección participativa, tal y como señala Veciana (1999): “la consideración individual y el estímulo intelectual están implícitos en el modelo de dirección participativa” (Thieme, 2006).

Bass y Avolio (1994) analizan la contribución del liderazgo transformacional para mejorar el desempeño de la organización, a través de un mejor uso de sus recursos humanos, (Mendoza & Ortiz, 2006). Es así como Kuhnert (1994) conecta el liderazgo transformacional con el proceso de delegación, con la idea de construir una estrategia para elevar el potencial tanto del líder como de los seguidores, (Chamorro, 2005). Yammarino (1994) profundiza el tema del liderazgo indirecto y señala que el liderazgo transformacional no es sólo directo y hacia abajo, sino que también puede ser observado indirectamente en las organizaciones, desde abajo hacia arriba, y horizontalmente; identificando tres aspectos claves de este liderazgo indirecto: cultura, comunicación y “*empowerment*”, (Thieme, 2006).

Otros autores inciden en señalar que este tipo de líderes fomentan y obtienen mejores resultados en la investigación e innovación en las grandes empresas, lo plantean como un modelo de toma de decisiones en equipos y organizaciones y sugieren los procesos a seguir por el líder, seguidores y equipos para mejorar el proceso de toma de decisiones (Cruz-Ortiz, Salanova,

&Martínez,2013).

A modo de síntesis, la tabla 3 ofrece las principales características de ambos estilos.

ESTILO O DIMENSIÓN DE LIDERAZGO	DESCRIPCIÓN
Liderazgo transformacional Influencia idealizada (atributo y comportamiento) Motivación por inspiración Estimulación intelectual Consideración individualizada	Los líderes son vistos con respeto, son modelos de confianza, se puede contar con ellos, y demuestran altos estándares éticos y morales. Los comportamientos de los líderes motivan e inspiran seguidores, se exalta el espíritu de equipo, tanto los líderes como los seguidores demuestran entusiasmo y optimismo creando una positiva visión del futuro. Los líderes estimulan y fomentan la innovación, la creatividad, y cuestionan antiguos supuestos. Da la bienvenida a nuevas ideas y no debiera tener miedo a errores o ir contra la corriente. Pone especial atención en las necesidades y diferencias de cada individuo. Escucha efectivamente, desarrolla el potencial e interactúa de forma personalizada con sus seguidores.
Liderazgo Transaccional Recompensa contingente Dirección por excepción (activo) Dirección por excepción (pasivo)	Líderes y seguidores se ponen de acuerdo sobre lo que el seguidor requiere hacer para ser recompensado o evitar castigo. Líder controla activamente errores o cualquier desviación de los estándares o de las normas. El líder pasivamente espera hasta que un problema emerja y entonces reacciona.
No liderazgo Laissez-faire	No transaccional, decisiones no son tomadas, se ignoran las responsabilidades de liderazgo.

Tabla 3: Dimensiones del modelo transformacional de Bass y Avolio en (Molero Alonso et al., 2010)

En definitiva, la diferencia estriba en que el liderazgo transaccional implica un contrato implícito entre líderes y seguidores que establece un intercambio (el líder otorga recompensas como dinero, prestigio, etc.) y los seguidores corresponden con la aceptación y sometimiento. El líder transformacional, en cambio, eleva las aspiraciones de sus seguidores, las funde con las suyas propias y les estimula y motiva a través de procesos emocionales

positivos entre los líderes y sus grupos. Crea ambientes laborales saludables, que a su vez propician la eficacia de las organizaciones (Mendoza & Ortiz, 2006; March-Cerdà, Danet & García-Romera, 2015). La mayoría de las investigaciones lo considera efectivo en todas las situaciones y culturas, aunque especialmente en ambientes inestables (César & Estrada, 2015).

1.3. Motivaciones e incentivos

El liderazgo, como hemos podido comprobar, es un constructo complejo por lo que necesitamos especificar el contexto en el que ocurre e identificar las diferentes variables vinculadas (Lupano & Castro, 2013).

La investigación que vamos a desarrollar se llevará a cabo en el contexto de una organización de entidad pública cuyo fin es prestar servicios de salud a la población, en el que inciden y deben confluir sectores como el científico, político, socioeconómico, estructural y ético. Es una organización jerárquica y que dada su titularidad y financiación pública está sometida tanto a evaluación interna como externa.

Las normas y valores son un componente importante de la vida de la organización sanitaria. Toma como base un sistema de reglas formales, que incluye configuraciones culturales informales compartidas, signos y esquemas cognitivos asumidos como verdaderos que suponen protocolos, rutinas y procesos que sostienen y garantizan su reproducción (Fernández & Buendía, 2014). Por ello, las teorías sobre la motivación, como teorías explicativas de la acción humana, cumplen un lugar central en la propuesta de trabajo que planteamos. Para los psicólogos y sociólogos, las recompensas y los castigos son a menudo contraproducentes; porque socavan estas normas, estos valores, en definitiva, la "motivación intrínseca". Por tanto, la comprensión de la motivación es muy relevante en el modelo antropológico que subyace a los distintos paradigmas económicos y son numerosos los estudios que la incluyen como un factor determinante en el estudio de la eficiencia de las organizaciones y de la

satisfacción de los trabajadores (Guillén, 2013, p. 23). En el caso que nos ocupa, se trata además de instituciones públicas no vinculadas al ánimo de lucro o al beneficio mercantil.

La crisis del Estado de Bienestar se ha reflejado en la tendencia a la contención del gasto público, en especial en salud, propiciando la implantación paulatina en el sistema público de salud, de un modelo de gestión gerencial² que da primacía a los resultados, articulados sobre estímulos externos, de los que daré más detalles en el siguiente capítulo. Así, a través de los objetivos del contrato programa en el Modelo de Gestión Clínica³ se ha propiciado el uso de -incentivos positivos monetarios e incentivos negativos de castigo-, que a la larga, pueden producir efectos indeseables y negativos en las motivaciones del personal sanitario. Esta cuestión está influyendo en el ejercicio del liderazgo en salud y en los resultados que se persiguen y generando un clima organizacional estrechamente ligado a la gestión de los incentivos. Cuando en los ámbitos de la educación y la salud, en principio con una fuerte motivación intrínseca o vocacional, el manejo de las motivaciones intrínsecas es más efectivo y eficiente, y resultan más económicas y estables. Esta cuestión ha sido ampliamente estudiada por el premio Nobel de Economía Jean Tirole.

Por tanto, utilizaremos este enfoque teórico propuesto por Bénabou y Tirole (2003) para detectar las posibles distorsiones sobre las motivaciones intrínsecas provocadas por el uso de estímulos extrínsecos (Bénabou & Tirole, 2003).

Para las organizaciones sanitarias como la que nos ocupa, Tirole y Bénabou (Bénabou & Tirole, 2003) describen una teoría del comportamiento de

² En este sentido, el liderazgo va muy unido al concepto de administración, entendido como en diseño y establecimiento de procedimientos socio-técnicos, cuyo objeto son los recursos materiales y económicos, y al de *management*, o gobierno de las personas, el cual se ocupa de las formas en que se “guía, dirige, estructura y desarrolla una organización” (Fernández Rubalcaba & Buendía, 2014).

³ En el apartado de Gobernanza Clínica se explicarán ampliamente estos conceptos.

las motivaciones contradictoria con la teoría de la motivación formulada por el paradigma neoclásico en la que distinguen las motivaciones extrínsecas e intrínsecas. Las motivaciones extrínsecas son aquellas que por medio de estímulos como el dinero u otros, un actor que llamamos “principal” (jefe, gerente, líder) motiva la conducta del actor receptor (empleado, profesional, en nuestro caso, las enfermeras) que llamamos “agente”. Por el contrario, en las motivaciones intrínsecas los estímulos son autónomos⁴, y la motivación del principal está enmarcada en la satisfacción, el deber y la empatía. En este caso, partimos de un concepto de liderazgo, que al darse en un contexto igualitario y cooperativo, actúa de regulador y estimulador de las motivaciones intrínsecas en su grupo o institución. Así ha funcionado históricamente la institución sanitaria, hasta que la lógica gerencial se ha implantado en el interior de los sistemas públicos de salud.

Es en este contexto donde tiene cabida el trabajo de Tirole y Bénabou, que contradicen las dos tesis del paradigma neoclásico propio del modelo gerencial (Bénabou & Tirole, 2003). Estas dos tesis son:

- a) Las motivaciones intrínsecas y extrínsecas son siempre aditivas ($MI + ME > ME \vee MI$), es decir, si se dan juntas se potencian y funcionan como estímulos pero si no van juntas, funcionan de forma independiente una con respecto a la otra, actúan de forma disyuntiva.
- b) Los estímulos dirigidos a las motivaciones extrínsecas son los dominantes en la conducta de los actores económicos. $ME > MI$. Esta tesis viene a decir que los complementos salariales, o estímulos externos similares, prevalecen como elemento motivador sobre la motivación intrínseca.

Pero, ¿por qué las MI y ME no son siempre aditivas? Según Tirole, los incentivos son un sistema de señales (información) que estimulan a las

⁴ Entendiendo como tales, la vocación de servicio social desde los valores humanistas y de solidaridad social, desposeída de connotaciones no laicas.

motivaciones. Los estímulos dirigidos a las motivaciones extrínsecas- el dinero, por ejemplo-, pueden lesionar o bloquear a los estímulos internos debido al tipo de información que aportan a los actores y que ocasionan en el actor una reacción estratégica con respecto a estos estímulos, en detrimento de la motivación intrínseca que no es nada estratégica (Celhay, Gertler, Giovagnoli, & Vermeersch, 2015). Por tanto, los estímulos externos originan efectos perversos en las conductas de los agentes que son especialmente relevantes a medio y a largo plazo. $MI+ME < MI \vee ME$.

Y, ¿por qué las ME no son siempre dominantes sobre las MI? Las evidencias empíricas experimentales citadas por Tirole extraídas de la Psicología Social muestran que en muchas actividades las MI son dominantes sobre las ME. $MI > ME$ (Bénabou & Tirole, 2003).

En contextos de actividades como la salud o la educación, muy vocacionales, las motivaciones intrínsecas son muy fuertes y autónomas y pueden resultar bloqueadas por las extrínsecas. En este sentido, al tratarse de un servicio público muy sensible, desarrollado mayoritariamente por mujeres, actúa como elemento impulsor, dado que está contrastado que las mujeres en general, desarrollan un ejercicio profesional más empático, y las enfermeras en particular- como se intentará demostrar en este trabajo-, se manejan más con la motivación intrínseca que los varones (Cuadrado, 2003; Eagly, 2013).

Por otro lado, la refutación de Tirole a las tesis (a) y (b) de la motivación y los estímulos neoclásica es al carácter necesario, incondicionado y universal de las mismas y no presupone, sino todo lo contrario, que niegue que en determinados supuestos (actividades y condiciones) tales tesis puedan ser ciertas (Bénabou & Tirole, 2003).

El nuevo modelo gerencial que se aplica en el Sistema Andaluz de Salud para la motivación de los agentes, está utilizando estímulos externos y, por tanto, basándose en un principio central de la economía, que es que los

individuos responden a los incentivos, o sea, sostenido sobre las dos tesis de la teoría de la motivación neoclásica que el trabajo de Tirole viene a refutar.

Por tanto, partimos de la refutación de Tirole a la economía exclusiva de los incentivos económicos que se olvida de la motivación intrínseca y la aplicamos al ámbito de la sanidad pública.

Este marco teórico, que incluye los distintos elementos que pueden conformar el liderazgo en las organizaciones en general y en el contexto de la organización sanitaria andaluza, nos permitiría comprender algunos discursos de los agentes profesionales, y quizás encontrar elementos explicativos para la situación del colectivo enfermero que describen -tales como el absentismo, la falta de motivación, la pasividad- y que podrían entonces justificarse como efectos no deseables de la aplicación de incentivos-. La perspectiva que las teorías de las organizaciones y la teoría de la motivación de Tirole nos aporta, abre interrogantes sobre situaciones y cuestiones que observamos en la sanidad andaluza y que se revelan en los resultados de esta investigación, que pudieran poner en cuestión el Modelo de Gestión por Competencias y/o su aplicación.

2. Gobernanza y Liderazgo en el Sistema Sanitario Público Andaluz

En este apartado desarrollaré las funciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y del Sistema Andaluz de Salud (SAS) y explicaremos brevemente el modelo y organigrama de gestión vigentes en esta institución.

2.1. Características del Sistema Sanitario Público de Andalucía

En 1984 culmina el traspaso de las funciones y servicios en materia sanitaria desde el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a la Junta de Andalucía (Real Decreto 400/1984, de 22 febrero). Dentro de estas

competencias, surge en 1986 el Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS) (Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud)⁵ como el organismo proveedor directo y órgano gestor de los servicios sanitarios, actualmente incluido en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante SSPA) (Ley 2/1998 de salud de Andalucía, Título VII) que integra el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las administraciones sanitarias públicas de la comunidad autónoma andaluza o vinculadas a las mismas. Desde entonces se ha ido creando el marco normativo y de organismos que complementan esta función, todos ellos dependientes de la Consejería de Salud, como órgano de la administración de la Junta de Andalucía responsable de las directrices de la política de salud y de la alta dirección sanitaria (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía; Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía; art. 55.1 y art. 55.2).

Dentro de estos organismos se distinguen los que prestan servicios instrumentales, como la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEN), Fundación lavante y por último, la Fundación Progreso y Salud.

Y, por otro lado, completando los servicios asistenciales, están la Empresa Pública Emergencias Sanitarias (EPES) y las cuatro Agencias Públicas Sanitarias (Costa del Sol, Hospital de Poniente, Hospital Alto Guadalquivir y Bajo Guadalquivir). Se detalla en el gráfico 1.

⁵ Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. Capítulo 1. Artículo 1º.1. Para la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud dependientes de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se crea el Servicio Andaluz de Salud, como Organismo Autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud y Consumo. (BOJA núm. 41, de 10 de mayo. BOE núm. 124, de 24 de mayo).

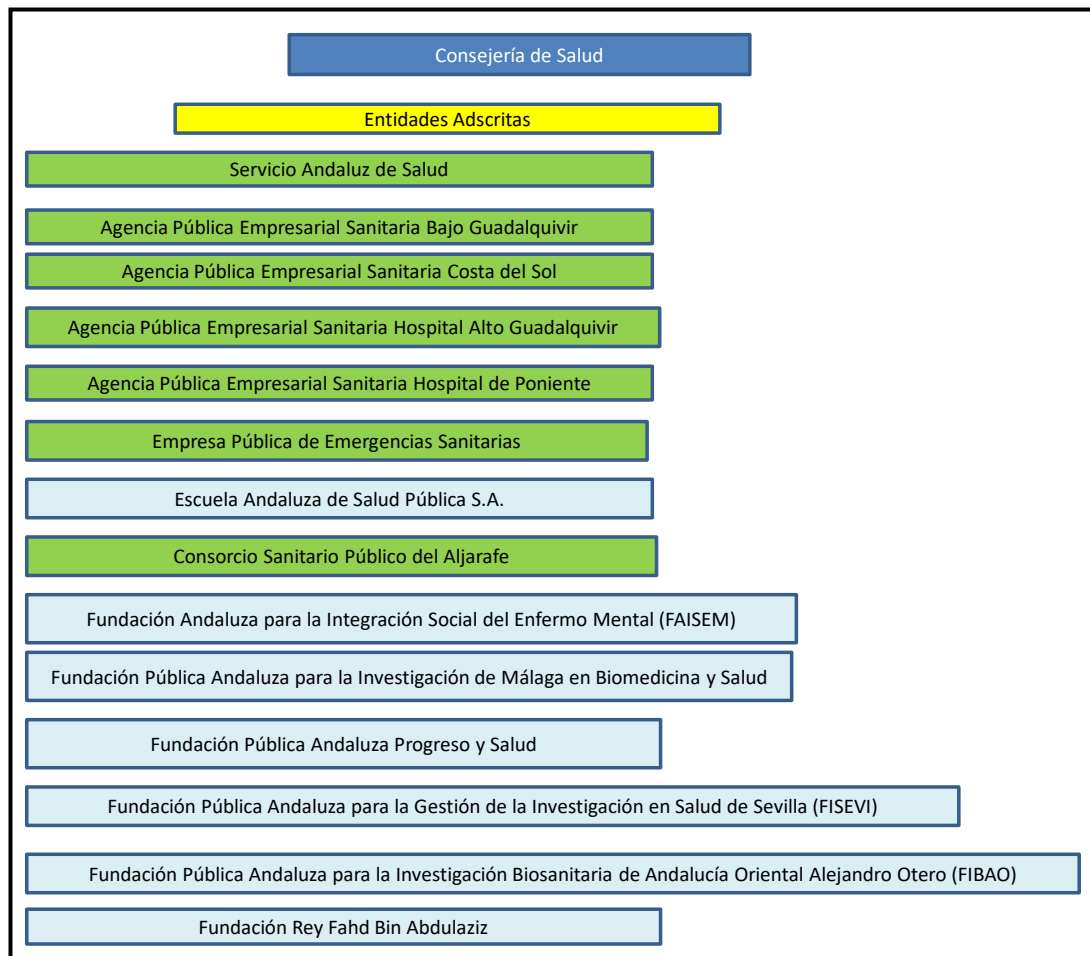


Gráfico 1: Entidades adscritas a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En verde las de carácter asistencial. Adaptado de la Página web oficial de la Consejería de Salud: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/consejeria.html>

El Servicio Andaluz de Salud es el órgano gestor y ejecutor de la asistencia sanitaria en Andalucía, cuenta con una plantilla de 93,366 profesionales, de los cuales el 68,6 % son mujeres y el 31,4 % hombres (Servicio Andaluz de Salud, Plantilla del Servicio Andaluz de Salud, 2015). A él se adscriben las Empresas Públicas mencionadas, sin perjuicio de su dependencia de la Consejería de Salud y encontrándose bajo la dirección de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

Sus funciones, enmarcadas en las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía, en particular, son las siguientes (Decreto

208/2015 de 14 de julio, por el se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud):

1. La gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
2. La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.
3. La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Para ello se organiza por niveles de atención sanitaria: En el primer nivel de atención, la atención primaria de salud (AP) que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos y organiza los servicios de atención primaria de salud en distritos de atención primaria.

La atención hospitalaria (AH) es el segundo nivel de atención y atiende a los pacientes que precisan de hospitalización, en una red conformada por 83 centros de atención especializada, 36 centros de especialidades de consultas externas y 47 hospitales públicos de gestión pública pura o mixta.

Las áreas de gestión sanitaria (AGS), nueve en toda la comunidad, gestionan de forma unitaria los niveles de atención primaria y hospitalaria, en una demarcación territorial específica, correspondiente a núcleos no urbanos o a ciudades medias.

Con estos datos, y por el tema que ocupa nuestro estudio, el liderazgo de las enfermeras y su representatividad en puestos de responsabilidad, nos lleva a centrarnos en esta institución, ya que absorbe a la mayoría de profesionales de enfermería que prestan sus servicios en el sistema sanitario público de nuestra comunidad, tal y como desgranamos en el apartado de resultados.

2.2. Modelo de Gestión Clínica

Desde la creación del Servicio Andaluz de Salud en 1986, se han producido importantes cambios en la sociedad española y andaluza. La plena integración de España en la Unión Europea y el proceso de convergencia económica y de cohesión social han conllevado un profundo debate que envuelve a los países europeos en torno a los sistemas de protección social y sus costes de financiación. En un mundo globalizado, los cambios demográficos y epidemiológicos, la aparición de nuevas enfermedades y los cambios en la prevalencia de otras, así como la introducción permanente de nuevas tecnologías médicas y de la información, han provocado el aumento de esperanza de vida y la cronicidad, lo que ha impactado sobre los patrones asistenciales establecidos y obligan a redireccionarlos (López-Casasnovas, 2014).

Con este escenario, las principales prioridades en la sanidad pública se concentran en modernizar los aparatos administrativos y asistenciales, para que actúen con mayor eficacia y eficiencia, y provoquen una mayor motivación e incentivación de sus profesionales. Por este motivo, la administración sanitaria, se ha visto obligada a revisar el enfoque clínico y su relación con los servicios comunitarios, dado que para atender estas grandes demandas de cuidados de alta intensidad presenta una dependencia excesiva de los hospitales. Todo ello desde la necesidad de integrar la experiencia personal de los usuarios, a los que colocan en el centro del sistema, según manifiesta.

También hay que volver la mirada a la innovación tecnológica, que hace posible otra manera de organización y establece otros niveles de cualificación profesional, que habrá que adaptar a los contextos. Es por ello preocupante, cómo afectará esto a la promoción de las mujeres, pues existen estudios que demuestran la brecha digital existente por la desafección tecnológica de las mujeres (Castaño, Martín & Martínez, 2011).

Y esto sin olvidar, por un lado, que los propios consumidores ejercen una presión importante, pues actualmente poseen más formación e información y

demandan respuestas más allá de las establecidas por las instituciones (Durán, 2016) y, por otro, la complejidad de las organizaciones sanitarias, su lógica gerencial y económica que intentan dar un resultado de coste-beneficio sostenible, en el difícil equilibrio con la calidad asistencial otorgada desde los sistemas sanitarios.

En definitiva, uno de los retos de la gestión de las organizaciones públicas en el siglo XXI es la confianza profesional en sus gestores, sobre todo en situaciones críticas como la actual, donde la gobernanza, el desempeño profesional y la rendición de cuentas a la sociedad obran especial protagonismo. En la adaptación a ese obligado rediseño gerencial, la administración sanitaria en Andalucía, con la intención de consolidar un sistema de salud que siguiera siendo público, diseñó el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud⁶ (Servicio Andaluz de Salud, 1999) y se optó por la Gestión Clínica (GC) como el paradigma de gestión que permitiría, según recoge el texto, recorrer un itinerario claro hacia la equidad, pasando previamente de la eficiencia económica a la eficiencia social (Servicio Andaluz de Salud, 2015).

La puesta en marcha del I Plan de Calidad (2000-2004) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía fue el punto de partida para la ejecución de este proyecto de gestión que es el que se sigue ejerciendo y entre sus objetivos estaba elaborar los mapas competenciales (Servicio Andaluz de Salud, 1999). En el II Plan de Calidad SSPA (2005-2008) (Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2004) se remarca esta visión que cristaliza con la confección y puesta en marcha del modelo de gestión por competencias del SSPA, junto con la gestión clínica y la gestión por procesos como las herramientas básicas para garantizar la gestión de la calidad (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2006).

⁶ Plan Estratégico del SAS. Una propuesta de gestión pública diferenciada.1999

Dentro de este amplio marco destaca, como solución relevante, el optar por el “Modelo de Gestión Clínica” (MGC), que se proyecta como la manera de ejercer una gestión compartida por todos los profesionales, para "conseguir un entorno en el que la relación clínica entre profesional y usuario permitiera mejorar la salud a través de actuaciones preventivas, diagnósticas y curativas” (Servicio Andaluz de Salud, 2015), que se abordan mediante los procesos asistenciales identificados como "claves" por los expertos sanitarios. De esta manera, buscando la eficiencia organizativa y económica, queda establecida como la función nuclear de los servicios sanitarios del SAS, la Gestión Clínica, definida como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los pacientes y está relacionada con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades gestión clínicas (en adelante UGC), que es la unidad clínico-organizativa desde donde se implementan y evalúan dichas acciones (Durán, 2016, p. 40).

Las UGC aportarían una gestión independiente y especializada dentro de las instituciones y del sistema, y su principal característica es el alto nivel de autonomía y responsabilidad que otorgan a sus profesionales (Martínez-Lara, 2013), orientándose al servicio del ciudadano, al cual tiene que incluir y seducir, en base a resultados y relaciones. En este sistema de gobierno clínico, las funciones de gobierno trascienden a las de gestión y deben asegurar la planificación, el sentido corporativo, los valores, la transparencia y la rendición de cuentas, con una organización territorial que incluso, puede dar participación a la población y las administraciones locales (Durán, 2016, p. 111).

En el desarrollo de esta línea, el SAS entre los años 2007 - 2014 implanta y configura el mapa de unidades de gestión clínica (UGC) con un 100 % de cobertura, cuya tipología abarca unidades de diferentes áreas de conocimiento, en cuatro configuraciones diferenciadas según niveles asistenciales: de atención

primaria, de atención hospitalaria, interniveles e intercentros (Servicio Andaluz de Salud, 2015).

Por tanto, la gestión clínica es el sistema de gobernanza que la Consejería de Salud eligió para articular la gestión sanitaria y en este momento es un sistema consolidado. Utiliza el concepto de "pago por calidad", que se basa en utilizar diferentes estrategias que intentan estimular la calidad asistencial remunerando a los proveedores de atención sanitaria, según sus resultados en el cumplimiento de objetivos de calidad o productividad predefinidos (Peiró & García-Altés, 2008). Es decir, utilizando estímulos externos monetarios, en contraposición a lo que la teoría de J. Tirole aconseja para este tipo de organizaciones (Celhay et al., 2015).

Este método, a nivel de gestión se implementa en la elaboración de los acuerdos de gestión cuatrienales para los centros, aunque con evaluación y revisión anual. El acuerdo de gestión 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, los gerentes los suscriben y obtienen incentivos importantes por su cumplimiento, y actúan como mecanismo regulador para la asignación del presupuesto de los centros. El acuerdo recoge los objetivos asistenciales, docentes e investigadores de la unidad e incluyen, en distinta proporción, objetivos a la eficiencia, a la consecución de resultados en salud generales y una pequeña parte de objetivos comunes dirigidos a los equipos y algunos individuales. Igualmente, especifica la metodología de asignación de los incentivos de la unidad y de los profesionales a ella adscritos, en función del grado del cumplimiento de los objetivos. De ahí que vayan ligados a complementos salariales variables, como el complemento de productividad, y el de rendimiento profesional por consecución de resultados (CRP). Al evaluarlos, si la UGC alcanza los objetivos hay un reparto interno de remanente entre los profesionales, pero de forma jerarquizada. Si no es así, el reparto se efectúa entre las distintas unidades del centro que sí lo han conseguido, con lo cual el

efecto se retroalimenta. A su vez pero a otro nivel, la dirección gerencia de los centros (de AP, AH y AGS) acuerda con el SAS un contrato-programa de confección y revisión anual, en donde se definen los objetivos, los medios, las estrategias y los indicadores de resultados, en el que se trazan las líneas de acción prioritarias del SAS. Así, en los contratos-programa se incluyen objetivos troncales para todos los centros y específicos en algunas UGC, que son responsabilidad de la alta dirección y van ligados a una productividad máxima que estipula la orden de retribución del SAS 2017 (Resolución 56/2017, del 22 de febrero, sobre retribuciones del personal de Centros e Instituciones Sanitarias).

Estos complementos, en la práctica, han generado mucha controversia y hay voces que se alzan a favor y en contra desde todos los sectores. No son infrecuentes las noticias en prensa y radio, sobre todo del sector médico. Entre otras cuestiones no económicas, se denuncia las altas retribuciones de incentivos que perciben gerentes y direcciones de UGC o los médicos por continuidad asistencial, que se concentran en determinadas especialidades o acciones (como disminuir las listas de espera quirúrgica).

La dirección gerencia del Servicio Andaluz de Salud atribuye una gran importancia a la necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de la gestión clínica. Para el trabajo que nos ocupa, estos aspectos son importantes de señalar, ya que los cargos directivos y sus objetivos están enmarcados en esta planificación.

Para el desarrollo del modelo, desde el año 2015 se viene trabajando en la incorporación de cinco aspectos fundamentales en su diferenciación y consolidación (Servicio Andaluz de Salud, 2015): “En criterios e indicadores para orientar el proceso de las unidades de gestión, en la definición de su sistema de gobierno clínico; en la incorporación de instrumentos corporativos que faciliten tanto la selección e implantación de objetivos de resultado en salud y/o clínicos normalizados, como la eliminación de la práctica clínica de lo que “no es correcto hacer”. Otra línea consiste en establecer objetivos estratégicos de resultado

clínico corporativos, un sistema corporativo de participación ciudadana, un sistema de evaluación normalizada de los anteriores, un presupuesto clínico de ingresos y gastos para estas unidades; por último, una orientación de la evaluación de los objetivos de resultado considerados estratégicos hacia la mejora. Todos ellos se han ido incorporando al modelo base del nuevo acuerdo de gestión clínica del año 2015 -y en los siguientes años-, de las unidades de gestión clínica con los centros del SAS, con el objeto de que dichos aspectos se vayan desarrollando, implantando y consolidando.

En palabras de la organización sanitaria, esta nueva forma de gobernanza baraja ciertos principios fundamentales, que afectan la función y perfil de sus cargos directivos. La autonomía y desarrollo de los profesionales es el más relevante, ya que el enfoque de la organización se dirige hacia los resultados en salud, propiciando que se contemplen nuevos mecanismos de rendición de cuentas, así como evaluar el impacto sobre los sistemas de información sanitaria y reestructuraciones en el estatus y roles de los recursos humanos. En la práctica, la aplicación gradual de este modelo empresarial al campo sanitario por parte de autoridades sanitarias y gestores, ha primado valores como la eficiencia frente a la equidad, y generado una pérdida de legitimidad y autonomía de los profesionales sanitarios y sus gestores específicos, mediante la creación de procesos de estratificación como son los mecanismos de acreditación y evaluación que fomentan la competencia y el individualismo (Saletti, 2013) y que se exponen a continuación.

2.3. Competencias profesionales, sistema de acreditación y carrera profesional

La acreditación de competencias ha supuesto que tanto la organización como los profesionales, hayan tenido que evolucionar y adaptarse a los cambios, estableciendo y acogiéndose a un sistema de acreditación y renovación de la

calidad de centros y unidades de gestión clínica y otro para las competencias profesionales, que según el SSPA actúan como garante y mecanismo regulador.

En este camino y para este cometido, los gobiernos central y autonómico han ido elaborando la normativa que ampara este nuevo paradigma. En su implementación, las teorías de la motivación y del *Management* comentadas con anterioridad, han influido mucho, al igual que el desarrollo de la sociedad del conocimiento.

Así el III Plan de Calidad del SSPA (2010-2014)⁷ Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2009a) desarrolla el plan de formación en competencias de los profesionales sanitarios y establece sus sistemas de certificación y la manera de implementarlo en un mecanismo de reconocimiento profesional, que va unido a una retribución de complemento salarial, y que constituye la carrera profesional.

Para entender mejor este proceso de acreditación se hace necesario esclarecer el concepto del que se parte. En este sentido, el concepto de competencia, (tal y como prevé la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) es definida como "la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean" (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2006).

⁷ Las líneas maestras en relación a los profesionales quedan recogidas en este plan:

- 1.1.-Potenciar el desarrollo de los profesionales, mediante la implantación efectiva del Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía, desarrollando planes individuales de formación en función de los objetivos de las Unidades Clínicas.
- 1.2.- Desplegar todas las potencialidades de la gestión por competencias, en el marco del modelo de gestión clínica, avanzando a un modelo de organización gestionado por los profesionales.
- 1.3.-Desarrollar y promover la adquisición de las competencias, necesarias de los profesionales sanitarios, que permitan avanzar en el liderazgo profesional como base del modelo de organización.
- 1.4.-Desarrollar de manera plena el modelo de carrera profesional, como reconocimiento del desarrollo profesional hacia la excelencia en todas las vertientes competenciales, en el ámbito de la asistencia, la promoción y protección de la salud, la docencia y la investigación.
- 1.5.-Garantizar que la acreditación profesional sea un valor en el desarrollo profesional, acorde a las necesidades de ciudadanos y el sistema.

Objetivo 1, (pag. 38) Líneas de Acción para los profesionales (pag 39): (C. D. J. de A. Salud, 2010)

Según consta en el plan, uno de los ejes de actuación serán los profesionales. En relación a éstos, explicita "el principal activo que tiene una organización como el Sistema Sanitario Público de Andalucía es su capital humano". La idea es mover el capital humano y emocional de los profesionales, que adquiriendo de forma autónoma mejor nivel competencial, se puedan comprometer a una mayor implicación con los objetivos de la organización. Según se explicita, de esta manera se les facilita que alcancen sus legítimas aspiraciones, mejorando su actuación profesional en un entorno laboral que describen como estimulante, saludable, confortable y sostenible. Utilizando palabras textuales,

"La consolidación progresiva del modelo de desarrollo profesional contribuye a afianzar un sistema sanitario excelente basado en la mejora continua de sus profesionales, mediante la gestión del conocimiento, la consolidación del modelo de acreditación profesional y el desarrollo de la carrera profesional, herramientas que van a aportar solidez al proceso y garantías a su desarrollo" (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2006).

Por tanto, la acreditación de competencias profesionales se convierte en un elemento clave para la evaluación de los profesionales del SSPA. Para ello se crea en el 2003 la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) como entidad certificadora del Sistema de Acreditación del SSPA - actualmente adscrita a la Fundación Progreso y Salud-. Su finalidad es garantizar la calidad y mejora de los servicios de salud y promover la mejora continua de sus profesionales, estableciendo un modelo -según ellos- sencillo de implantar, de mantener y de evaluar (Agencia de la Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía, 2017). En este sistema, el profesional es el gestor de su propio proceso de acreditación, al que se suscribe voluntariamente.

En la resolución de 25 de julio de 2006 de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, quedan definidos la diversidad de

puestos y funciones que se dan en la organización, así como los mapas de competencias.

Según este manual, las competencias estructurales⁸ que los profesionales de enfermería deben certificar aparecen en el gráfico 2.

<p>COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERA/O</p> <p>COMPETENCIAS NUCLEARES</p> <p>Oferta de servicios y conocimiento organizativo. Educación para la salud, consejo sanitario, estilos de vida y medidas de prevención. Metodología de calidad. Urgencias y emergencias para enfermos. Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador. Técnicas de soporte vital básico. Educación de la persona en el manejo de su enfermedad y promoción de su autocuidado. Visión continuada e integral de los procesos. Comunicación y entrevista clínica. Adecuada utilización de recursos disponibles. Personalización de los cuidados. Capacidad docente. Aplicación de técnicas básicas de investigación.</p> <p>COMPETENCIAS ESENCIALES O GENERALES</p> <p>Actitud de aprendizaje y mejora continua. Trabajo en equipo. Orientación a resultados. Orientación al ciudadano, respeto por los derechos de los pacientes.</p>

Gráfico 2: Competencias Profesionales de las Enfermeras/os⁹. SSPA

Tomando este manual de referencia, las distintas unidades clínicas pueden adaptarlo y elaborar uno específico, aunque todos deben compartir los mismos bloques: “El Ciudadano, Atención Sanitaria Integral, El Profesional, La Eficiencia, y los Resultados; los mismos Criterios: Orientación al ciudadano, Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria; Atención al Individuo y a la Familia”. La práctica totalidad de las competencias y de las buenas prácticas y muchas de las evidencias tienen carácter transversal. Es en el nivel de

⁸ Los manuales de competencias son los mismos para todo el SSPA y se desarrollan con la participación de un Comité Técnico Asesor formado por profesionales de la disciplina en cuestión.

⁹ ANEXO IX de la citada Resolución. (<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2006/154/32>).

las evidencias donde los manuales pueden incorporar algunas específicas y exclusivas del grupo profesional del que se trate. Así, el manual de una enfermera de hospitalización y de una de atención primaria, está estructurado en base a los mismos bloques, criterios, competencias y buenas prácticas y comparten algunas (bastantes) evidencias pero también disponen de otras específicas de cada ámbito. Puede apreciarse en la tabla 4.

Bloque I	El Ciudadano	1. Orientación al Ciudadano (satisfacción, participación y derechos)
Bloque II	La Atención Sanitaria Integral	2. Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria
		3. Atención al Individuo y a la Familia
		4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados
Bloque III	El/la Profesional	5. Trabajo en Equipo y Relaciones Interprofesionales
		6. Actitud de Progreso y Desarrollo Profesional
		7. Compromiso con la Docencia
		8. Compromiso con la Investigación
Bloque IV	La Eficiencia	9. Uso Eficiente de los Recursos
Bloque V	Los Resultados	10. Orientación a Resultados en el Desempeño Profesional

Tabla 4: Estructura del Manual de Competencias. Guía del Usuario para la Certificación de Competencias Profesionales (A. calidad sanitaria Andalucía, 2016, p. 8)

Este laborioso mecanismo genera un informe de certificación de competencias profesionales que la ACSA "certifica" y que debe formalizarse ante

la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento quien "acredita"; culminando así el proceso, con una vigencia de 5 años¹⁰.

La ACSA en estos momentos certifica estas competencias en 3 niveles:

1. Avanzado: Es el perfil básico y las evidencias que deben aportarse son fundamentalmente de índole clínico-asistencial.
2. Experto: Además de las anteriores, que funcionan en un continuum, se perfilan las más relacionadas con la gestión, ya que incluye pertenencia a comisiones clínicas, asesoras o junta de Enfermería.
3. Excelente: En este estadio gana más peso la investigación (proyectos financiados, publicaciones).

Nos ha llamado la atención que la perspectiva de género, hablando de competencias de los profesionales sanitarios, no esté incluida explícitamente. Tan sólo se hace referencia, y es en el nivel de las evidencias donde aparecen alguna cuestión relacionada, en dos: Estrategias establecidas para la detección y actuación ante casos de violencia infantil, de género o violencia a ancianos y/o personas dependientes, en función de su ámbito de actuación y la segunda, la realización de una actividad de formación continuada acreditada en los últimos 5 años de "Formación básica en el abordaje sanitario del maltrato contra las mujeres, entre otras más clínicas".

Quedan fuera aspectos esenciales como la transversalidad de género, el empoderamiento de las mujeres, la salud y el género, o la igualdad de oportunidades. Esto, a pesar de las continuas referencias a que la perspectiva de género está incorporada, en la mayoría de los planes y proyectos que edita la Consejería de Salud, tal y como se recoge en la Guía para facilitar la

¹⁰ La reacreditación a los cinco años —igual que el propio proceso— es voluntaria, no siendo precisa necesariamente, salvo que el profesional desee tener un certificado de acreditación en vigor.

Incorporación de la Perspectiva de Género en los Planes Integrales de Salud, editado por la Consejería de Salud en 2008:

“El empeño lanzado por el III Plan Andaluz de Salud, de considerar la perspectiva de género de manera transversal en todas las acciones dirigidas a mejorar la salud de la población, está recogiendo sus frutos. Y esta guía es uno de esos frutos. Creo que hemos dado un paso muy importante para lograr la reducción de las desigualdades en salud que, por razón de género, aún existen en nuestra Comunidad Autónoma. Durante la etapa de vigencia de este Plan Andaluz de Salud se han dado grandes pasos para visibilizarlas e identificarlas correctamente. También se ha avanzado en la incorporación de esta situación a la hora de planificar actuaciones” (Amo-Alfonso, 2008, p. 7).

Los profesionales acceden a un determinado nivel de carrera profesional en el Servicio Andaluz de Salud si superan con éxito el proceso de certificación de la ACSA, definido para cada nivel, donde además de acreditar las competencias planteadas mediante evidencias de su actividad asistencial, deben cumplir un baremo de méritos. En éste se incluyen aportaciones que ya han adjuntado para la acreditación, como participación en congresos, publicaciones científicas, actividad docente, y una determinada experiencia, expresada en años de permanencia en el nivel anterior al que acredita, tal como se explicita a continuación:

El Proceso de Ascenso por niveles sería el siguiente:

- 1) NIVEL I: Es el nivel que se ocupa en el momento en el que el profesional adquiere el nombramiento de titular. Habrá que permanecer un mínimo de 5 años antes de poder acceder al siguiente nivel.
- 2) NIVEL II: Permanencia de un mínimo de 5 años en el Nivel I. Superar proceso de Certificación Nivel II: Acreditación Avanzada de Competencias y Baremo de Méritos del Nivel II.

- 3) NIVEL III: Permanencia de un mínimo de 5 años en el Nivel II. Superar proceso de Certificación. Nivel III: Acreditación Experto de Competencias y Baremo de Méritos del Nivel III.
- 4) NIVEL IV: Permanencia de un mínimo de 5 años en el Nivel III. Superar proceso de Certificación. Nivel IV: Acreditación Excelente de Competencias y Baremo de Méritos del Nivel IV.
- 5) NIVEL V: Permanencia de un mínimo de 5 años en el Nivel IV. Superar proceso de Certificación Nivel V: Acreditación Excelente de Competencias y Baremo de Méritos del Nivel V.

El nivel de carrera profesional va ligado a un complemento salarial, aunque es una iniciativa que de momento el SAS no ha materializado.

A pesar de ello, el nivel de acreditación obtenida y el número de profesionales acreditados en cada UGC, puede estar recogido en el contrato-programa de éstas como un objetivo de la unidad, grupo profesional o individual, y por tanto, de conseguirse, llevaría aparejado un complemento de rendimiento profesional (CRP), que a todos los efectos, representa un incentivo económico y se paga por la productividad del profesional. En el caso de Enfermería, son los cargos intermedios, responsables de cuidados, los que alientan y propician que las enfermeras de su unidad suscriban el proceso, marcándolo como objetivo en los acuerdos de gestión, y del cual ellos o ellas serían responsables.

En términos generales, los datos de los profesionales acreditados se muestran en la tabla 5.

Mapa de competencias	Nuevo	Reacreditación	AVA	EXP	EXC	Total
Enf. Cuidados Críticos	38	9	1	1		40
Enf. Cuidados Infantiles	289	25	188	71	16	564
Enf. Diálisis y Trasplante Renal	11					11
Enf. Emergencias y Urgencias Extrahospitalarias	291	16	95	55	13	454
Enf. Hospitalaria	722					722
Enf. Hospitalaria: At. Ambulatoria	557	25	144	56	27	784
Enf. Hospitalaria: Bloque Quirúrgico	517	31	196	90	45	848
Enf. Hospitalaria: Hospitalización y Cuidados Especiales	1.751	94	926	361	110	3.148
Enf. Hospitalización	114	23	2	2		118
Enf. obstétrico-ginecológica	301	20	74	48	22	445
Enf. Práctica Avanzada en Gestión Casos	82	20	41	47	68	238
Enf. Primaria	1.323	65	264	183	117	1.887
Enf. Recursos Avanzados Cuidados Paliativos	14	1	9	8	3	34
Enf. Salud Mental	210	3	28	11	6	255
Enf. Trabajo	4		1	3		8
Enf. Urgencias Hospitalarias	64	27	5			69

Tabla 5: SITUACIÓN DE PROCESOS DE CERTIFICACIÓN: Número de profesionales por fase de acreditación y nivel según mapa de competencias a fecha 01/01/2017

En definitiva, parece obvio que las competencias profesionales y su acreditación son línea prioritaria en el SSPA. Esto va a suponer a los puestos directivos la responsabilidad del proceso en relación a las profesionales que dirigen, y en teoría, a las que ellos/ellas tengan que poseer y acreditar. Más adelante aclararemos esta cuestión.

2.4. Formación para las competencias profesionales en el Sistema Andaluz de Salud

La acreditación de competencias profesionales lleva aparejada un plan de formación, tanto del pregrado como en el postgrado. Se trata de impulsar el conocimiento y la investigación permanente, para alcanzar los más altos estándares de calidad en la asistencia sanitaria que se presta desde los servicios públicos.

En este sentido, los gobiernos central y autonómico han ido elaborando la normativa que materializa esta visión tal y como, paralelamente, ha sucedido en el ámbito académico con la regulación del sistema universitario español, que desembocó en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

En el mundo sanitario, la Ley 14/1986 General de Sanidad de 25 de abril subraya el papel de la formación en el ámbito del Sistema Sanitario Español y el compromiso de las administraciones sanitarias para que toda la estructura asistencial esté en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales.

Desde entonces, la organización sanitaria ha venido desarrollando una línea de mejora basada en el desarrollo de sus profesionales, tal y como señala el art. 42 de La ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: "La competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean".

Coherente con esta idea, dado que los profesionales sanitarios se forman en las universidades, los nuevos planes de estudio de las carreras sanitarias del llamado Plan Bolonia, se adecúan a esta filosofía y desarrollan su marco regulador. En el caso concreto del Título de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla, en el proceso de elaboración, se consultó a la empresa sanitaria pública como principal empleador, en relación a determinar e incluir en los currículums las competencias profesionales que los egresados deben adquirir en su formación universitaria, en el intento de aportar eficiencia al sistema.

Con anterioridad, la Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía, además de subrayar la disposición de la estructura asistencial del SSPA para la formación graduada, posgraduada y continuada de los profesionales sanitarios, señala el compromiso de la administración con la formación de los profesionales de la salud a fin de conseguir una mejor adecuación a las necesidades del sistema, y hace esa encomienda a la Consejería de Salud, que en el marco de sus propias competencias establece las directrices generales y de actuación y la

coordinación de los aspectos generales de la ordenación profesional, de la docencia e investigación sanitaria en Andalucía.

También el Sistema Sanitario Público Nacional, en base a conseguir la excelencia en la asistencia sanitaria que presta a los ciudadanos marca, en la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud la necesidad de la formación como herramienta necesaria para la cualificación de sus profesionales.

Con anterioridad, la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias define más concretamente la formación continuada como:

“El proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”.

En esa misma línea, el paradigma de aprendizaje para los estudios universitarios, en el marco del EEES, establece el aprendizaje a lo largo de la vida. Como podemos vislumbrar, aunque los planteamientos del sistema sanitario y universitario sean compartidos y pensando que las universidades forman a los profesionales que el sistema público de salud absorberá mayoritariamente y que están regulados los mecanismos formales que permiten la interconexión de los sistemas para asegurar una formación clínica de calidad, las universidades no siempre han sido el referente en la formación continuada de los profesionales.

En el caso concreto de Andalucía, tradicionalmente el principal proveedor de formación para la mejora de los profesionales se asienta en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y, en menor medida, en profesionales del

sistema o empresas de formación privadas, -contratadas desde los centros sanitarios- que ejecutan casi íntegramente sus planes formativos, quedando muy relegada la actuación de las universidades.

Al margen de la demostrada calidad de la institución y de los programas formativos que propone, en la práctica ha supuesto una brecha SAS -Universidad y una desconexión en la formación clínica, que en el pregrado es de sincronía obligada pero en el postgrado se han separado.

Tanto es así, que en la página web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y dentro del plan estratégico de formación integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía de 2009, en relación a los profesionales, se explicita: "Es fundamental el reconocimiento de la labor formativa como una de las funciones principales del profesional junto con la asistencial y la investigadora".

Y con el epígrafe "Participativo" viene a exponer: "Cuenta con los grandes proveedores de formación sanitaria de nuestra comunidad autónoma, a la sazón, el Servicio Andaluz de Salud, Empresas Públicas Sanitarias, la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Fundación lavante. Éstos deberán profundizar en la mejora de la organización de las actividades formativas, su eficacia y eficiencia, potenciando para ello la mutua colaboración en coherencia con este Plan"(Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2009b, p. 20).

En la página siguiente (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2009), se menciona que el marco tiene coherencia externa, ya que se alinea con el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (que es intrínseco a la universidad), y coherencia interna: "El Plan de Formación se identifica como uno de los procesos clave para la implantación del modelo de desarrollo profesional del SSPA basado en la gestión por competencias y en el desarrollo de la gestión del conocimiento en el sistema" (p.21).

En esta línea apostilla el III Plan de Calidad del SSPA (2010-2014) en el escenario de "Los Profesionales" -ya comentado anteriormente- : "Potenciar el desarrollo de los profesionales, mediante la implantación efectiva del Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía, desarrollando planes individuales de formación en función de los objetivos de las Unidades Clínicas" (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2009b, p. 21)

Es sorprendente, ya que ambas instituciones, la Universidad y el Servicio Andaluz de Salud, en el punto 3 del Manifiesto de Córdoba:

"Manifiestan su deseo de trabajar conjuntamente para alcanzar la máxima integración del sistema sanitario y educativo, una continuidad de las diferentes etapas formativas de pregrado, postgrado y formación continuada, facilitar la movilidad de los profesionales y los alumnos, crear las estructuras donde se optimicen los recursos de investigación y formativos, así como la transferencia de resultados, favorecer el desarrollo de la carrera profesional y un modelo integrado de información y documentación".

Y en el punto 5º del mismo manifiesto, ambas instituciones se comprometen en la elaboración de propuestas de desarrollo normativo que faciliten lo allí expresado (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2006, p. 93).

En la práctica no ha sido del todo así, ya que la Universidad, salvo excepciones, queda fuera y ajena a las enseñanzas de postgrado y formación continua de los profesionales. Sin embargo, forma y acredita los títulos de grado, que habilitan a los profesionales sanitarios para ejercer en el sistema público de salud, principal empleador. A partir de la inmersión en él, los profesionales en Andalucía, continúan con la formación y acreditación en estos otros organismos no universitarios, creados al efecto en el seno de la Consejería de Salud. Si bien, para este cometido, el convenio con las universidades públicas andaluzas para el

uso de la institución sanitaria pública para la docencia clínica y la investigación, debería regular más específicamente estos aspectos, ya que presenta muchos interrogantes, aún por resolver.

2.5. Liderazgo y competencias directivas para los profesionales de Enfermería del SSPA

Un componente crucial en este cambio de paradigma organizativo, según consta en el marco de la gestión clínica, es el órgano de dirección y su liderazgo, que desde la administración sanitaria pública, debe entenderse coherente con sus prioridades y, por tanto, definir y difundir sus líneas estratégicas y objetivos y someterlos a evaluación y publicación, incluyendo líneas de mejora.

Los equipos directivos, por tanto, deben estar integrados por profesionales expertos en gestión como con un componente de liderazgo clínico reconocido por sus subordinados/as y la institución. Así, la selección y el perfil del directivo serán acciones estratégicas en la orientación a resultados (Servicio Andaluz de Salud, 2015). En este trabajo nos hemos centrado en los puestos directivos asistenciales para enfermería, tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria y áreas de gestión sanitaria.

Pero veamos cómo está esta cuestión actualmente en el SSPA. La orden de la Consejería de Salud, de 5 de abril de 1990, estableció el régimen funcional de las plantillas de los centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud, clasificando los puestos de trabajo de la estructura funcional, en puestos directivos, cargos intermedios y puestos básicos. Esta clasificación ha quedado estable desde entonces, pero la concepción y capacitación de los puestos directivos en enfermería, como en todo el sistema sanitario, ha tenido que ir adaptándose al nuevo modelo gerencial.

Definido el modelo de gestión por competencias en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, emerge la necesidad de articular un Plan de Desarrollo de Directivos para los profesionales que ejercen estas funciones. Éste establece un marco global y multidimensional para el desarrollo de su nuevo rol, que actúe potenciando habilidades directivas y experimentando modernos métodos y técnicas de *management*, a través del ejercicio de sus responsabilidades de liderazgo y gestión de equipos (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2006, p. 59).

Ahora, el o la líder no puede limitarse al intercambio de recursos, ni a su aportación al grupo de manera unidireccional, ya que están obligados a presentar resultados y responder ante la organización y la sociedad de sus decisiones (Varela, Castells, Iniesta, & Cots, 2008). Se busca un liderazgo transformacional que produzca cambios en la cultura organizacional, moviendo los valores y actitudes de los profesionales hacia un mayor rendimiento y calidad del trabajo, aumentando la satisfacción de los trabajadores y usuarios (González-Sanz & Barquero-González, 2011).

Según encontramos en los distintos documentos del repositorio de la Consejería de Salud, parece que están articulados los mecanismos para desarrollar las competencias directivas, como cabría esperarse en este sistema de gobernanza clínica. Analizaremos en adelante los resultados e implantación que verdaderamente ha tenido y en la discusión de resultados de esta investigación, tendremos la oportunidad de comprobar cómo se ha desarrollado y qué opinan al respecto los cargos directivos que han sido entrevistados.

El modelo de gestión de competencias SSPA (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2006) establece que: "el objetivo global del Plan de Desarrollo de Directivos es potenciar y profesionalizar el papel de los Directivos, integrándolos en la cultura de la organización, a través de la implantación de un Sistema de Gestión y Desarrollo de las Competencias Directivas" (Junta de

Andalucía, Consejería de Salud, 2006, p. 59). Se trata de un modo de estructurar el desarrollo de las personas en la organización, formalizando e impulsando un cambio y una mejora en la relación directivo/colaborador. Ambos son los protagonistas de la aplicación de las conductas adecuadas, que se deben poner de manifiesto para conseguir los resultados esperados a nivel organizativo e individual, e imprimir una dinámica continua de desarrollo individual (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2006, p. 59). Para ello, define una serie de objetivos para "conseguir los directivos que el Sistema Público de Salud necesita para conseguir con éxito su misión", que aparecen en la tabla 6 ¹¹.

1	Conectar el Plan de Desarrollo de Directivos con el posicionamiento estratégico de la organización basado en la Gestión por Competencias
2	Definir el Perfil Competencial ideal tipo de los directivos de la organización
3	Evaluar las Competencias Individuales
4	Desarrollar Competencias Individuales mediante mecanismos que permitan capacitar a los directivos de la organización, abordando sus necesidades formativas, identificadas a partir del perfil competencial definido
5	Establecer planes de asesoramiento individual (counselling) que permitan el establecimiento de compromisos y objetivos individuales, y que permitan establecer planes de trabajo individuales para el desarrollo de las competencias directivas definidas en el perfil tipo
6	Mejorar la producción de conocimiento, así como su difusión y aplicación con el propósito de la mejora individual de los directivos y del conjunto de la organización
7	Contribuir a la identificación de aquellos profesionales con capacidad potencial de realizar adecuadamente funciones directivas
8	Aprovechar el conocimiento tácito existente en el sistema (conocimiento personal, ligado a un contexto específico, difícil de formalizar y de comunicar e integrado por elementos técnicos y elementos cognitivos), facilitando su conversión en conocimiento explícito (conocimiento susceptible de ser transmitido y sistematizado de forma que pueda ser entendido y utilizado por los demás).

Tabla 6: Objetivos Plan Directivos del SSPA

Al definir competencias gerenciales no sólo son determinantes los conocimientos y las habilidades para el puesto, implica además relacionarlo con las características personales que avalan la excelencia en el ejercicio profesional.

¹¹ Tomado del Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Sevilla]: Consejería de Salud, [2006]. pag.59-60

Este aspecto facilita la adecuación e incorporación de las personas para los puestos y visibilizan las necesidades de formación (Barquero-González, León, Pascual & Blasco, 2009).

Posteriormente, el Plan de Calidad del SSPA (2010-2014), establece una línea acción específica para los directivos y directivas del sistema sanitario, concretamente¹²: "Desarrollar las competencias de los directivos acordes con la nueva organización transversal sustentada en la gestión clínica, los valores de ciudadanía y el nuevo modelo de salud pública" Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2009a, p. 39). Por primera vez, se marcan las competencias para los cargos directivos del SSPA, claramente diferenciadas del resto de competencias profesionales, aunque luego, sorprendentemente, se regule y efectúe la elección de la persona para el cargo directivo por designación directa.

Esta cuestión queda recogida en la orden de la Consejería de Salud, de 17 de julio de 1992, que regula el sistema de provisión, nombramiento y cese de determinados órganos de dirección y centros de cargos, entre otros, cargos intermedios de hospitales y centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud. Así, en su artículo 2 da la potestad de nombramiento y cese, de todos los cargos directivos, a la dirección gerencia del SAS y el artículo 4 establece que el sistema de provisión se realizará por el sistema de libre designación mediante convocatoria pública.

En este sentido apostilla el Decreto 75/2007, de 13 de marzo de 2007, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Según explicita en su preámbulo, en el marco de los criterios generales de provisión establecidos en el artículo 29 de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre que

¹² objetivo 1.6, página 39. Plan de Calidad del SSPA (2010-14)

establece unos principios básicos que requerían un posterior desarrollo reglamentario. Señalamos en síntesis los puntos más importantes:

- La provisión de los puestos directivos de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud se realizará por el sistema de libre designación, previa convocatoria pública de carácter abierto y permanente¹³.
- Las personas candidatas consideradas idóneas para desempeñar puestos directivos en el Servicio Andaluz de Salud se inscribirán en un Registro que al efecto se crea en virtud de este Decreto¹⁴.
- Producida la vacante de dichas direcciones, propondrán a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, a solicitud de la misma y en el plazo de dos meses, a partir de la recepción de dicha solicitud, para su nombramiento una terna del Registro de personas candidatas¹⁵.

En la práctica, el registro de directivos, solo pide el requisito de la titulación de Enfermería y un currículum vitae, y está abierto permanentemente. La terna que la junta de enfermería presenta a la gerencia del centro hospitalario donde se produzca la vacante, puede ser rechazada por ésta y volver a confeccionarse, cuantas veces la gerencia del centro estime oportuno.

En conclusión, este procedimiento no parece coherente con la finalidad y desarrollo de la gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud, el tratamiento regulador y el desarrollo competencial previsto e implantado para los cargos directivos en Enfermería. De hecho, en el sistema de acreditación de competencias de la ACSA no están recogidas las competencias directivas y, por tanto, las personas mientras ocupen estos cargos no pueden acreditar esta labor gestora que realizan. Paralelamente, el sistema plantea la profesionalización de directivos y el proceso de acreditación como un valor y les pide a esos mismos

¹³ Artículo 2. Sistema de provisión

¹⁴ Artículo.5. Evaluación y registro de personas candidatas punto2

¹⁵ art. 6 Designación

directivos que lo fomenten en las unidades o centros que dirigen, pero a ellos mismos les niega la posibilidad de hacerlo, en esa tarea específica que ejercen.

3. Género y liderazgo en la organización sanitaria

En este apartado se revisará la situación que los profesionales y la profesión de enfermería mantienen en el sistema sanitario, utilizando el género como categoría de análisis y en comparación con otras categorías profesionales, tal y como señalan las aproximaciones feministas en relación a los estudios de las profesiones sanitarias.

3.1. El Techo de Cristal en la profesión de Enfermería

A pesar de los avances indudables de la última década y de que el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación están recogidos en todas las declaraciones de derechos y en las constituciones de los estados democráticos, según Grosser y Moon (2005), la asignación de roles estereotipados, a día de hoy, sigue ocasionando una posición socioeconómica discriminatoria para las mujeres y una situación asimétrica de poder respecto de los hombres, (Charlo & Torrado, 2012).

En España, la Ley de Igualdad del 2007 obliga a toda la sociedad, a entidades públicas y privadas, a desarrollar políticas que garanticen la igualdad real de derechos y obligaciones de hombres y mujeres. Aun así, las mujeres siguen estando poco representadas en los puestos de alta dirección de las empresas españolas, aunque obtengan más de la mitad de los títulos de nuestras universidades, con mejores expedientes académicos y representen cerca de la mitad del mercado laboral de alta cualificación (Price, 2014).

Las causas de esta situación están muy estudiadas. Como señalan las autoras Torns y Recio (2012), las diferencias biológicas desembocaron en la

división del trabajo en función del sexo. Éstas se agudizaron en la Revolución Industrial, donde se da relevancia a las actividades de producción que desarrollaban los hombres en el ámbito público, en detrimento de la actividad que venían ejerciendo las mujeres de reproducción y cuidado en la esfera doméstica (Carrancio, 2015). A pesar que desde esa época las mujeres se fueron incorporando a la vida laboral, los hombres no se han integrado de la misma manera al trabajo doméstico. Esto ha complicado más si cabe la vida de las mujeres, que sufren por tanto una doble jornada laboral y una dificultad añadida para su desarrollo profesional (Observatorio Salud de la Mujer, 2008). Hace ya tiempo que la teoría feminista puso de manifiesto la existencia de estas desigualdades en los mercados laborales (Torns & Recio, 2012) y constató que el principal obstáculo que lo explicaría es el rol de género asignado a las mujeres por la sociedad patriarcal (Saletti-Cuesta, 2013,p.22).

Y el incremento en los índices de actividad femenina, no ha conseguido eliminar la segregación de género dominante, ni reducir los obstáculos para su desarrollo profesional, sino que en la mayoría de los entornos organizacionales se ha pasado de la exclusión explícita del pasado a la actual segregación en la vida profesional (Saletti-Cuesta,2013,p.23) y, según Torns (1999), generando nuevas desigualdades (Pastor, Belzunegui, & Pontón, 2012) que se manifiestan doblemente en forma de segregación horizontal y segregación vertical de la ocupación laboral femenina Torns (2007), (Torns, 2011). Dentro de los modelos integradores que se vienen desarrollando en los últimos años, donde el sistema de género es analizado como una estructura social que impacta a nivel individual, interaccional e institucional (Risman & Davis, 2013), esta situación trata de explicarse desde la metáfora del *Techo de Cristal*, en referencia a las barreras visibles e invisibles que socavan la promoción profesional de las mujeres (Sarrió, Barberá, Ramos & Candela, 2002). Estos obstáculos pueden ser externos (estructura, cultura organizacional y estereotipos de género), internos (identidad de género, motivación, atribuciones, aspectos de personalidad) e interactivos,

que impiden a las mujeres seguir avanzando hasta ocupar los puestos más elevados en las jerarquías ocupacionales (Saletti-Cuesta, 2013,p.33), entre otras cosas, por la ausencia de políticas públicas para combatirlo (Carrancio, 2015). Aunque cabría especificar para el estudio que nos ocupa que esta situación a las que se enfrentan las enfermeras, en gran parte, es consecuencia de prejuicios actitudinales u organizativos, que impiden el avance vertical en las organizaciones de personas cualificadas (Powell & Butterfield, 1994, p.72).

Esta metáfora, que ha sido utilizada para explicar este fenómeno, parece que está cayendo en desuso (Eagly & Carli, 2002). Las razones para su reemplazo se relacionan con las nuevas cifras que circulan en el mercado internacional del trabajo y proponen la *Metáfora del Laberinto* para explicar la situación actual de las mujeres en relación al liderazgo (Lupano, 2011). Con ello, muestra que no existen barreras imposibles de atravesar hacia los puestos más altos y que, además, no son totalmente invisibles. Las mujeres no tienen denegado el acceso a los puestos jerárquicos sino que, a diferencia de los hombres, deben sortear mayor cantidad de obstáculos para poder llegar a ellos. Hay estudios que dan cuenta de que las promociones y ascensos dentro de las organizaciones son mucho más lentos para las mujeres que para los hombres, a pesar de que su formación y experiencia laboral sean similares(Montesó-Curto, 2014). Existen evidencias de la coexistencia de ambos conceptos. Así, en la sociedad del conocimiento y en un entorno empresarial competitivo, donde la ley del mercado impone la meritocracia y las mujeres despuntan en su formación académica respecto a sus congéneres masculinos (Banco Mundial & Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte, 2016), es sorprendente que se siga apreciando esta fuerte segregación que de ningún modo se correlaciona con la competencia y formación de las candidatas (Banco Mundial & Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte, 2016). Así lo señalan diversos trabajos del ámbito sanitario público en relación a las trayectorias profesionales de las médicas, en una profesión que a pesar de la feminización que registra, sigue rigiéndose por claves masculinas

(Pastor et al., 2012; Saletti-Cuesta,2013;Delgado & Ortiz-Gómez, 2014). Por tanto, aún las organizaciones, incluyendo las públicas, se alejan de este tipo de sistemas, permitiendo y promoviendo desigualdades en el acceso de hombres y mujeres con igual nivel formativo a las posiciones de mayor poder y responsabilidad. Ellas que están suficientemente preparadas, acceden al mercado laboral, -en Enfermería aparentemente en condiciones más igualitarias- y son muchas las que llegan a ser mandos intermedios, pero ahí se paran (Price, 2014).

A ello puede también contribuir la falta de presencia ejecutiva de las mujeres (Barberá, 2004) pues éstas suelen dedicar más tiempo a la gestión efectiva y se preocupan menos por el establecimiento de contactos claves para su promoción. Se produce así una nueva paradoja en las empresas, pues los directivos de más éxito en el sentido de ascenso, no son los más eficientes en el sentido de gestión (Kaufmann & Cuesta, 2007). Este hecho es muy común entre los profesionales de enfermería, y se observa en el nivel relacional de los profesionales hombres con los gerentes -hombres en su mayoría- y las profesionales mujeres, más centradas en los cuidados directos, y por tanto, en el ámbito relacional de los pacientes y familias (McMurry, 2011) . Para Valian (1999) y Pozzio (2012) la socialización de género tiene un papel central en esta cuestión. Así el rol de las mujeres se fundamenta en los cuidados y en la esfera relacional y en los hombres, el rol de proveedor y los valores de autonomía y poder asignados, modulan las expectativas y el desarrollo profesional de ambos, dando primacía a los hombres. De esta manera, los roles de cuidado para el caso de la sanitarias explicarían la feminización de los servicios y/o especialidades como matronas, especialidad de pediatría o los servicios de hospitalización que implican una asistencia directa con pacientes y familia. (Saletti-Cuesta, 2013,p.25). En el caso de los hombres, la importancia otorgada a los puestos de prestigio, de mayor remuneración y posibilidades de desarrollo (Levitt,Candib,Lent &Howard, 2008,p.5), les hace inclinarse hacia los servicios

más tecnificados, con mayor autonomía y a los puestos directivos, situaciones más acordes con las expectativas de su rol (López-Zafra, Garcia-Retamero & Eagly, 2009) y que de alguna manera los asemeja al referente masculino en sanidad, la figura del médico (Hernández, 2010).

Revisando la literatura, para encontrar las claves explicativas de la infrarrepresentatividad de las mujeres en cualquier contexto organizacional, aparecen los siguientes elementos explicativos:

Por un lado, la influencia del rol que las mujeres siguen ocupando en las familias, dado que aún se mantiene un gran sentido familista en nuestra tradición cultural (Torns, 2011), anclada aún en unas relaciones patriarcales muy naturalizadas (Carrasco & Bengoa, 2016). Este hecho, reforzado por la persistencia en el imaginario social del ideal de la maternidad, impone barreras a las mujeres que condicionan su acceso al mercado laboral, el puesto de trabajo al que pueden optar, la remuneración salarial y su capacidad de desarrollo y ascenso (Macarie & Moldovan, 2012). Por un lado, por la exclusión que las propias organizaciones masculinizadas ejercen sobre ellas, sobre todo en el nivel directivo, pero también en las condiciones laborales que le imponen. Por otro, su dedicación más exclusiva a las actividades de reproducción y cuidado y el uso del tiempo que impone, ponen de relieve las desigualdades sexo/género en relación al trabajo (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011, p. 63; Carrancio, 2015). En conjunto provocan una desigualdad salarial a favor de los hombres (Murillo & Simón, 2014; Sánchez, Trinidad, Recio & Torns, 2016, p. 26) .

Otro condicionante muy influyente se encuentra en los distintos niveles profesionales que ocupan las mujeres, así como su exclusión de determinadas profesiones, empresas u ocupaciones (Cuadrado & Molero, 2002). Este tipo de estudios han tomado más vigencia en los últimos años y podemos encontrarlos en relación a la poca representación de las mujeres directivas, sobre todo en las empresas tradicionalmente masculinizadas como las del sector de la

comunicación (Caro-González, García-Gordillo & Rodríguez-Rey, 2011; Bezunartea, García & Rodríguez, 2012; Carrancio, 2015), o en el sector de la construcción (Arenas, Calama & Núñez, 2015). Especialmente destacable, además del sector sanitario que trataremos aparte, es el sector educativo en todos sus niveles. Así he encontrado varias tesis y artículos con muchas coincidencias con el ámbito de salud, (Eguinoa, 2006; Chamorro, 2005; Sánchez-Moreno, López-Yáñez & Altopiedi, 2014). En el ámbito académico, Ana Guil y Consuelo Flecha ponen de manifiesto el *techo de cristal* en la gestión universitaria (Guil, 2007). Por tanto la academia no es una excepción a esa regla androcéntrica (Guil-Bozal & Flecha-García, 2015). Otros trabajos también abordan este problema del ámbito directivo académico (Sánchez-Moreno et al., 2016; Cuevas, García, & Leulmi, 2014), donde se da una desigualdad manifiesta.

Analizando la situación de las mujeres en relación a la igualdad de oportunidades para ascender y ocupar puestos de responsabilidad, se entremezclan la cultura organizacional, las políticas de selección y los estereotipos de género. En éste último elemento, desde distintas perspectivas, son aportaciones relevantes los trabajos de Alice Eagly, Esther López Zafra e Isabel Cuadrado, Ester Barberá y Maite Sarrió. La teoría de congruencia de rol de género, pone en evidencia la existencia del prejuicio hacia las mujeres líderes (Eagly & Karau, 2002). Las autoras concluyen que cuando las mujeres se comportan de manera masculina y trasgreden el componente prescriptivo de los estereotipos de género, reciben sanciones en forma de rechazo y desaprobación personal (Cuadrado, Navas & Molero, 2004). También las mujeres, en el entorno empresarial, muestran una restricción de aspiraciones y de liderazgo y son simbólicamente consideradas "discapacitadas" para ejercer el poder y situarse en los puestos más altos de la escala directiva (López-Zafra & García-Retamero, 2009). A esto suele añadirse la falta de habilidades y recursos para competir (Kaufmann, 2007) y determinados comportamientos corporativos que las aíslan y el control masculino en los procesos de selección, sobre todo en los del acceso

tutelado, situaciones no exclusivas del medio sanitario, como demuestra el estudio de (Arenas, Calama & Núñez, 2015) en el sector andaluz de la construcción.

La conclusión conjunta a la que llegan la mayoría de los estudios sobre el techo *de cristal* se refiere a las continuas dificultades que ellas tienen para compatibilizar el cargo directivo con la vida familiar, conformando la barrera más clara y evidente para las mujeres (Barberá Heredia, E., Ramos López, A., & Sarrió Catalá, M., 2000; Sarrió et al., 2002; Eagly, 2013). En este sentido, son manifiestas las asimetrías de género; ellas priorizan la vida familiar, lo que les supone una fuente de estrés y ralentiza o dificulta sus carreras profesionales, sobre todo en relación al cuidado de los hijos; ellos no suelen ejercer su corresponsabilidad, dado que las descargan en sus parejas, concibiendo lo doméstico como fuente de placer y distracción y obviando el sesgo intra-pareja (Vázquez-Santiago, 2010, p. 24-249; Rivera, 2011). En esta distribución de papeles sigue existiendo un gran consenso social y los roles siguen estando interiorizados. En el caso de las mujeres, el rol de madre sigue muy vinculado a su identidad de género. En este sentido, uno de los mayores predictores de éxito para las mujeres que optan por su desarrollo profesional de forma prioritaria, es elegir no tener hijos, o bien retardarlo o adelantarlo en función de las posibilidades de consolidación de sus carreras directivas (Sarrió et al., 2002; Castaño, Martín, Vazquez & Martínez, 2010; Polo, 2009; Lupano, 2011).

También se producen diferencias en las aspiraciones de hombres y mujeres en función del contexto organizacional. En ambientes muy masculinizados, la percepción de las mujeres sobre los roles de liderazgo pueden reducir su ambición (López-Zafra & García-Retamero, 2009). En este sentido, éste y otros estudios señalan como el desempeño directivo les puede influir en las relaciones más cercanas, y la constatación del tiempo que la dedicación al puesto le sustrae del que dedican a sus familias no las incita a alcanzarlos, pues les resulta muy difícil encajar las dos funciones en la misma jornada (Sarrió et al.,

2002). A esto se une la percepción de las mujeres, que por lo general, no se sienten preparadas, y suelen tener menos autoestima que los hombres, se muestran más inseguras en el ejercicio directivo, necesitan prepararse más que ellos. Desde su percepción del nivel de competencia, el tiempo que necesitan para realizar con éxito su labor se le magnifica, actuando todo ello como un factor autolimitador en su promoción hacia la dirección (Kaufmann & Cuesta Azofra, 2007; García-Retamero & Lopez-Zabra, 2006; Caro-González, García-Gordillo & Rodríguez-Rey, 2011).

La organización sanitaria no escapa al efecto del *techo de cristal* y presenta connotaciones contextuales que ejercen una gran influencia. En este sentido, la división sexual del trabajo ha conferido a la Enfermería una posición subalterna en relación a la hegemonía masculina médica. Aquí se reúnen todos los ingredientes, profesión de mujeres, trabajo de cuidados, es decir, reproducción del trabajo doméstico, pero insertado en un sistema de clases del que aún queda mucha rémora, articulado desde una lógica patriarcal empresarial donde el papel preponderante lo ocupa el hombre, no sólo por serlo, sino porque ostenta un mayor poder que le confiere la titulación académica y el estatus (Mosqueda-Díaz, Paravic-Klijn, Valenzuela-Suazo, Mosqueda, Paravic & Valenzuela, 2013). Así, la identidad profesional de las enfermeras ha estado constituida por un entramado discursivo y de relaciones de poder, en el que se puede identificar un discurso residual moralista cristiano y otros dominantes de género, técnicos y biomédicos (Miró-Bonet, Gastaldo & Gallego-Camín, 2008).

Aunque incide con más inequidad en las enfermeras, en el caso de las profesiones sanitarias el género sigue siendo un determinante de las oportunidades sociales y, por tanto, se refleja sobre las trayectorias profesionales de los hombres y las mujeres (Ortiz-Gómez, 2007), donde los estereotipos impregnan no solo a los profesionales, sino también a los pacientes. En este sentido me gustaría reseñar dos aspectos que señala la, hasta hace poco

escasa, literatura sobre género y liderazgo en Enfermería y que están proliferando en la última década:

De una parte, los estudios que ponen el énfasis en las cuestiones identitarias. En España tuvieron repercusión los trabajos de Rosa M^a Alberdi (Alberdi, 1998). Según esta autora hay una identificación social de nuestra profesión con el estereotipo femenino, que produce una carencia de *especificidad funcional* y, por tanto, una minusvaloración. Así, el trabajo de cuidado es percibido como algo natural y no se valora. De hecho, la ética del cuidado tiende a desarrollar una especial sensibilidad a las necesidades del otro y a practicarse a través de la empatía, cuestión que no debe confundirse con la socialización de las mujeres del *ser para otros* (Amo-Alfonso, 2008), o del *yo en relación* que impulsa a las mujeres a ser comprensivas, afectuosas y cuidadoras (Delgado, 2003). Otra peculiaridad es que ejercemos en la *zona oscura*, de la intimidad personal que no se desea recordar cuando las personas se han restablecido de sus procesos patológicos. La última, aunque esto es compartido con otras profesiones, es la falta de *saber monopolístico*, de conocimiento exclusivo de la disciplina, que el desarrollo competencial, disciplinar y científico está intentando paliar (Alberdi, 1998; García, Sainz, Botella, García & Sainz, 2004), pero que sirve de argumento al discurso oficial y social para naturalizar la opresión de un colectivo sobre otro, haciendo prevalecer las relaciones de poder en el medio sanitario. En este sentido, son destacables los estudios de Margalida Miró-Bonet (Miró-Bonet, 2008) y de Juan F. Hernández (Hernández, 2010), que a través de análisis históricos y sociológicos enfrentan las dificultades que la gran carga estereotipada del medio sanitario ha infringido a la profesión y sus profesionales. Aunque es prolija la literatura que trata estos aspectos, sobre todo desde que las enfermeras accedieron al segundo ciclo en Antropología Social y Cultural, desde distintas perspectivas y con abordajes diferentes. Por citar diferentes tipologías y abordajes, utilizando el método etnográfico, el estudio de (Celma & Acuña, 2009), nos revela la influencia de la feminización de la

Enfermería y su subordinación al médico. O la influencia del estereotipo en la función y trayectorias profesionales de hombres y mujeres, en este caso en las unidades de cuidados intensivos (Vía-Clavero, Sanjuán, Martínez-Mesas, Pena, Utrilla & Zarragoikoetxea, 2010). De hecho actualmente, desde Canadá o EEUU se han publicado diversos trabajos que abordan la influencia del liderazgo para contrarrestar la intención de las enfermeras noveles de abandonar la práctica de la enfermería, la institución en cuestión o incluso la profesión por las prácticas abusivas, en relación al trato y al clima estereotípico que perciben (Lavoie-Tremblay, Fernet, Lavigne & Austin, 2016). O la influencia de la estructura sanitaria masculinizada en las condiciones laborales de las enfermeras (Yokoyama et al., 2016) y de la pervivencia de los estereotipos en la cultura organizacional sanitaria (Gabriel & Merkouris, 2015).

De otra, una tendencia relativamente reciente que pone en evidencia la naturaleza compleja de la relación existente entre género y liderazgo (Vázquez-Santiago, 2010) y que intentan predecir si una de las causas de la limitada presencia de las mujeres en puestos directivos se debe a que adoptan distintos estilos de liderazgo. Así han venido proliferando en las últimas dos décadas estudios destinados a comparar a hombres y mujeres que ya ejercen como directivos/as, usuales en áreas como la Psicología y la Sociología, que se reproducen en el medio sanitario, tanto desde esas disciplinas, como desde la Enfermería. En este sentido Alice Eagly realiza un metaanálisis (Eagly, 2013), donde, en palabras de la autora, se hace un gran ejercicio para comparar a hombres y mujeres en el contexto de las organizaciones, utilizando tanto la literatura científica como la comercial existentes. Se confirma la idea, que la literatura de divulgación sostiene, que las mujeres ejercen un liderazgo algo más transformacional. Y con más evidencias aparece como resultado de este trabajo, que las mujeres ejercen un liderazgo más compasivo, benevolente, universalista y ético y, por tanto, más orientado al bien común. La propia autora es prudente en acuñar esta generalización, pero en su amplia experiencia insta a las

organizaciones a incorporar a más mujeres en estos niveles directivos para constatar si las sociedades avanzarían. El liderazgo sigue siendo un fenómeno muy estudiado, y los trabajos se centran en determinar el estilo que más contribuye a mejorar el funcionamiento de las organizaciones o el clima laboral, resaltando el impacto del liderazgo transformacional de los administradores de enfermería en los sistemas sanitarios y en la mejora de las relaciones con los y las subordinadas (Hernández, 2010; Carrasquilla, 2016; Lavoie-Tremblay, et al., 2016). Otros estudios destacables versan sobre los estilos adoptados por hombres y mujeres y la aceptación de las mujeres como directivas (Galanaki, Papalexandris, & Halikias, 2009), o en la búsqueda de las características propias de los estilos de liderazgo; apareciendo competencias nuevas, como las emocionales, donde las mujeres pueden llevar la avanzadilla (Spano-Szekely, Quinn Griffin, Clavelle & Fitzpatrick, 2016).

Centrándome de nuevo en el contexto laboral, entre los mecanismos discriminatorios indirectos, las enfermeras se ven desfavorecidas por el trabajo a turnos. En este sentido, dado que la necesidad de disminuir la jornada laboral o los permisos por maternidad y cuidado de los hijos recae sobre las mujeres, genera un aumento de la discriminación existente, pues suponen un obstáculo para la adquisición de competencias, conocimientos, ascensos laborales y ocupación de cargos directivos (Vallejo, Del Hierro & Reglero, 2013; Levitt et al., 2008, p.44).

Otra limitación a la que se enfrentan las enfermeras, debido a su género, está en relación a las formas de promoción a puestos directivos y los perfiles profesionales, siendo este aspecto común con los profesionales de medicina. Como los sistemas de selección de directivos en el medio asistencial se articulan en círculos dominados por redes masculinas, en gran medida por una relación de confianza, las mujeres, más alejadas de las redes sociales y los *lobbies* de poder, son menos visibles, tienen menos opciones (Levitt et al., 2008; Van den Brink & Benschop, 2012). Esto explica *la anorexia de poder de las enfermeras* (Lunardi

Peter & Gastaldo, 2006). Y aunque aparentemente sea una decisión personal, es conocido que las formas de discriminación son tácitas y difíciles de detectar, inclusive para las propias mujeres, ya que es difícil encontrar relaciones de subordinación con pautas explícitas o formales en contextos sociales democráticos. Esto hace más difícil la detección de las causas de la inequidad de género (Pastor et al., 2012,p.511). Este hecho se agudiza si cabe en el sistema sanitario, donde el concepto de cultura organizacional, como referencia a la identidad colectiva de la empresa, está impregnada de una asignación de roles y funciones jerárquicas muy estereotipadas. Y en el caso de profesiones feminizadas y en una posición no dominante en el sistema como la que nos ocupa, se maximiza si cabe.

Es por ello que este trabajo se plantea utilizando el enfoque de género desde una perspectiva feminista y según las recomendaciones de la Federal Glass Ceiling Commission (1995) para eliminar las barreras artificiales que impiden el avance de las mujeres y las minorías. Entre las barreras identificadas están los estereotipos conscientes e inconscientes que dan lugar a comportamientos discriminatorios. La comisión se centró en las percepciones, porque la gente basa sus creencias en sus percepciones, que con el tiempo perpetúan los efectos de los estereotipos y del *techo de cristal* (Caro-González, García-Gordillo, Rodríguez-Rad & Jiménez-Marín, 2007). Y sigue los planteamientos de la Estrategia Europa 2020 y de las políticas de empleo de los próximos años (Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de marzo de 2017, sobre la igualdad entre mujeres y hombres en la Unión Europea) , dirigidas a promover la igualdad de género en el reparto del trabajo doméstico no remunerado y, entre otras, evaluar las disparidades existentes en los permisos por motivos familiares, mejorar la calidad, retribución y categoría de los trabajos realizados principalmente por mujeres, así como reducir la infrarrepresentación de éstas en puestos de alto nivel y directivos.

Así el propósito de este trabajo es analizar las barreras internas y externas que obstaculizan el acceso de las enfermeras a los puestos de alta responsabilidad en la organización sanitaria pública andaluza y entender de qué manera se abordan desde las políticas públicas, así como las recomendaciones que la institución ofrece para evitarlo. Es por ello la idoneidad de la metodología cualitativa utilizada. Más adelante veremos los resultados que arroja este estudio.

3.2. El género como factor de desigualdad laboral y de oportunidades

El análisis de género del personal sanitario puede revelar una serie de características asociadas a los roles de género que tradicionalmente han operado en el ejercicio de las profesiones relacionadas con la atención sanitaria, que los mismos sistemas de salud reproducen y que causan y/o refuerzan muchas de las desigualdades sociales a las que quieren hacer frente y que, desde la planificación de las necesidades sociosanitarias, se quiere proteger (Vázquez-Santiago & Garrido- Peña, 2015; Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017).

En este sentido, la OMS lleva tiempo advirtiendo que la escasa presencia de mujeres en los puestos directivos y de toma de decisiones puede determinar que las particulares condiciones de trabajo de gran parte del empleo femenino, así como las necesidades específicas de las mujeres en materia de atención sanitaria, se comprendan peor y se tengan menos presentes en las políticas sanitarias, lo que compromete la igualdad de género en el ejercicio del derecho a la salud (Lagerberg, 2014).

Ya viene de largo, y es la primera cuestión que llama la atención en este análisis, el elevado número de mujeres que comienzan sus estudios en estas profesiones en relación al número de hombres, (del 90 % de las personas que

acceden a la universidad mediante selectividad, el 58% son mujeres) y cómo y dónde se sitúan (Observatorio de Salud de la Mujer, 2009).¹⁶

En gran parte de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, 2014a), más de dos tercios de la población universitaria que se matricula en estudios de Humanidades, Arte, Educación o Salud son mujeres. En España, a pesar de la consolidación del acceso de las mujeres al sistema universitario, no se ha logrado revertir los sesgos de género, puesto que se sigue evidenciando que ellas, al contrario que los hombres, se matriculaban en carreras de primer ciclo, con cifras que fueron aumentando de 290.021 en 1998 a 298.992 en 2007, y se inclinaron más por los estudios relacionados con la reproducción de los cuidados y la atención a las personas en la esfera profesional; por ejemplo, Enfermería. Los hombres, desde el principio, elegían carreras de segundo ciclo y se concentraban más en las especialidades técnicas, con un incremento importante entre los años 1998 y 2007 (Observatorio de Salud de la Mujer, 2009). Enseguida comprobaremos que la tendencia se mantiene con cifras muy similares. Con la introducción de los títulos de Grado en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), esta realidad no ha cambiado. Según el informe datos y cifras del sistema universitario español, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para el curso 2014-2015, el 54,3% de los estudiantes universitarios son mujeres, sin embargo este porcentaje sube entre la población egresada (58,5%). Los datos son muy similares a los de los años precedentes y también la distribución por rama, observándose una proporción de hombres muy superior a la de mujeres (74,2% son hombres) en las ramas de Ingeniería y Arquitectura. Esta distribución se invierte en Ciencias de la

¹⁶ El Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 2009 un interesante estudio de Salud y Género 2007-2008 dedicado íntegramente a "Mujeres y Hombres en las Profesiones Sanitarias", que lamentablemente no se ha actualizado.

Salud, rama en la que las mujeres tienen una presencia muy superior a la de los hombres (30,6% son hombres), tal y como puede apreciarse en el gráfico 3.

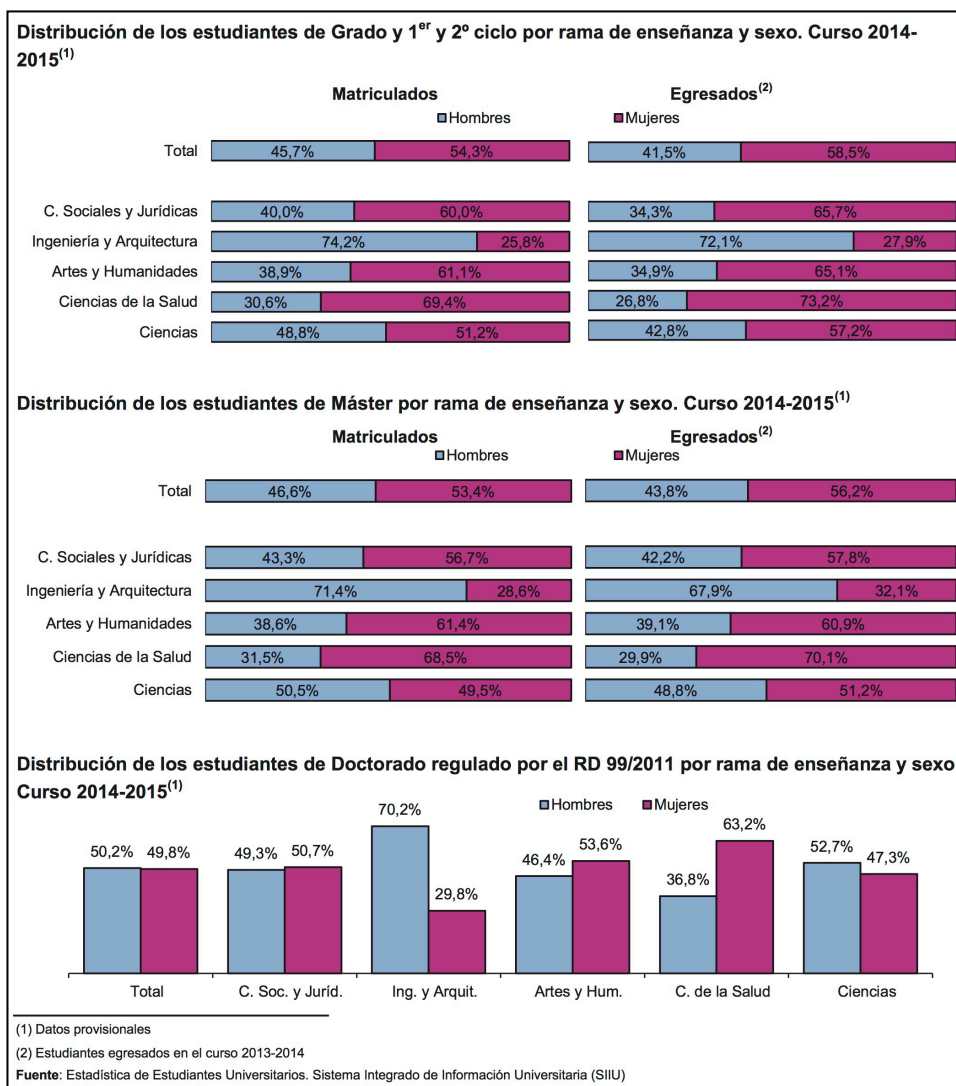


Gráfico 3: Tomado del Ministerio de Educación, C. y D. Datos y cifras del sistema universitario español. Curso 2015/2016 (p. 6).

También se puede observar en el gráfico 3 cómo es superior la proporción de mujeres entre los estudiantes de máster (53,4%) y entre los egresados (56,2% mujeres). La distribución por ramas es similar al Grado. Es llamativo el 63,2% de mujeres en los estudios de doctorado frente al 36,8% de hombres, que no se ve refrendado en la ocupación de puestos de mayor nivel, donde se invierte.

Este no es un tema baladí, ya que la elección de la titulación condiciona posteriormente su salida profesional. Según la Comisión Europea, la presencia de las mujeres en Salud ha sido históricamente significativa y va en aumento. En términos generales, las mujeres representan en torno a tres cuartas partes del personal sanitario de la Unión Europea y en algunos Estados Miembros la admisión de mujeres en las facultades de Medicina supera actualmente el 50%. Por tanto, es particularmente importante promover medidas en pro de la igualdad entre hombres y mujeres en las estrategias de recursos humanos (Comisión de las Comunidades Europeas, 2008).

España no es ajena a esta realidad, como señala el informe "Oferta y necesidad de especialistas médicos en España 2010-2025" (Barber, González & Suarez, 2011), del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Según este informe, la feminización de la profesión médica es una realidad en la actualidad y es un proceso que se agudizará, llegando a un porcentaje de mujeres del 56% en 2025. Así se desprende de los datos que el Instituto Nacional de Estadística (INE) arroja sobre el número y distribución por sexo del personal colegiado. La evolución de la participación femenina en las dos profesiones más representativas Medicina y Enfermería. ha mantenido una senda clara de crecimiento durante, al menos, las dos últimas décadas (Comisión de las Comunidades Europeas, 2011; 2012), y que según los datos de colegiación en 2015, registra un 84,2 % de enfermeras, un 71,5% de farmacéuticas y un 49,1 % de médicas (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

Por tanto, en la actualidad seguimos encontrando datos que reflejan la pervivencia de una marcada diferencia de género en el acceso a según qué estudios universitarios, como he comentado y demuestra el gráfico 4 sobre niveles de matriculación por rama en el curso 2014-15, sobre todo en las titulaciones sanitarias (Instituto Nacional de la Mujer & Instituto Nacional de Estadística, 2016).

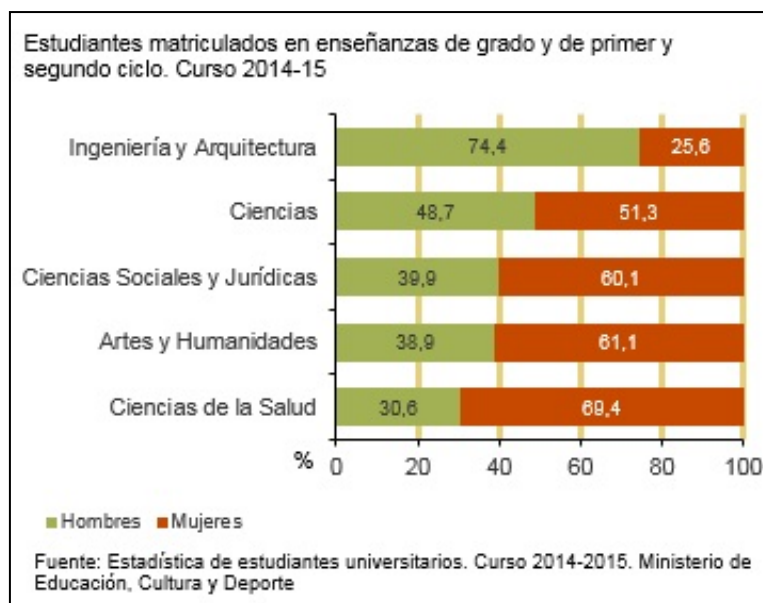


Gráfico 4: Tomado de S.G. de Coordinación y Seguimiento Universitario. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

Este hecho explicaría, en parte, las diferencias de categorías profesionales entre hombres y mujeres y su situación jerárquica en el sistema sanitario, como puede observarse en el gráfico 5, y que como veremos más adelante, no se ha podido neutralizar a día de hoy (Observatorio de Salud de la Mujer, 2008).

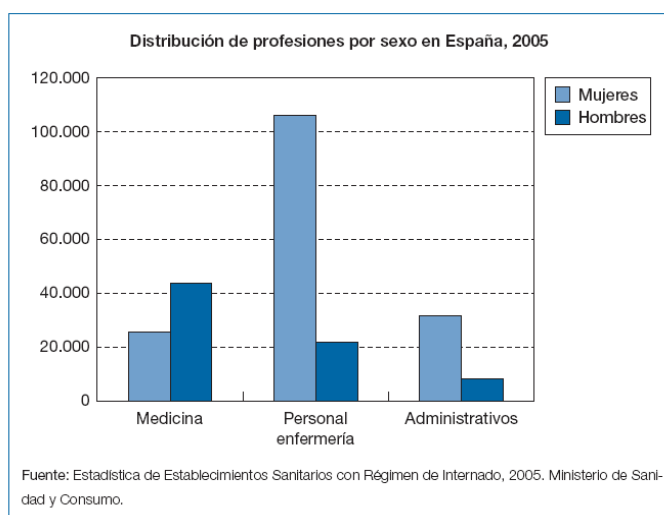


Gráfico 5: Distribución de profesiones por sexo en España. Informe Salud y Género 2006. Observatorio de Salud de la Mujer, 2008.

En el caso del acceso a los estudios de Medicina, parece que pueda decrecer la influencia de la estereotipia, dado que se asociaba su práctica de modo predominante a los hombres y es una profesión que se está feminizando (Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo & Ortega del Olmo, 2004). Es de destacar asimismo las carreras de Farmacia y Veterinaria, que presentan unos altos índices de feminización.

No parece suceder lo mismo con los estudios de Enfermería. Hace dos décadas, en 1994, las mujeres representaban el 78,8% del personal colegiado. El crecimiento sostenido de esta representación femenina ha situado este porcentaje en el 84,2% en 2016 (Instituto Nacional de Estadística, 2016). Aunque bien es verdad que el acceso a la profesión de Enfermería está aún muy estereotipado, al asociar a las mujeres con el desempeño de tareas asistenciales y de cuidado; no es menos cierto que el propio desarrollo de la sociedad ha propiciado su auge, ya que se requieren acciones de prevención y cuidado que solo estos profesionales pueden otorgar (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2016).

Esta tendencia internacional y nacional se plasma de igual manera en el contexto sanitario andaluz. La composición del personal que trabaja en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) presenta el mayor nivel de feminización de todos los colectivos de personal al servicio de la Junta de Andalucía, superando incluso al existente entre el personal docente. Los estereotipos de género y la persistencia de los referentes femeninos dedicados a las tareas de cuidado en la atención sanitaria determinan una elevada presencia de mujeres en determinadas categorías del personal sanitario que, además, muestra una ligera pero sólida tendencia a aumentar (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2016). La composición por sexo de los grupos lo evidencia, la sobrerrepresentación femenina se concentra en los puestos básicos, destacando el incremento del colectivo más numeroso, el grupo A2 de profesionales de enfermería, que representan el 85% del total del grupo. Entre

los profesionales de medicina, segundo colectivo en importancia por número de efectivos del SAS (17,7% de la plantilla), la presencia de hombres continúa siendo mayoritaria, aunque el elevado valor del índice de presencia relativa de hombres y mujeres (IPRHM)¹⁷ de 1,29 entre los efectivos de la plantilla en formación¹⁸, hace vislumbrar la tendencia a la feminización del personal médico en un corto plazo. De hecho en enero de 2017 se sitúa en un IPRM de 0,85 (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017). El gráfico 6 puede aportarnos una visión de conjunto de la distribución del personal según categorías profesionales del SAS a fecha de 2106.

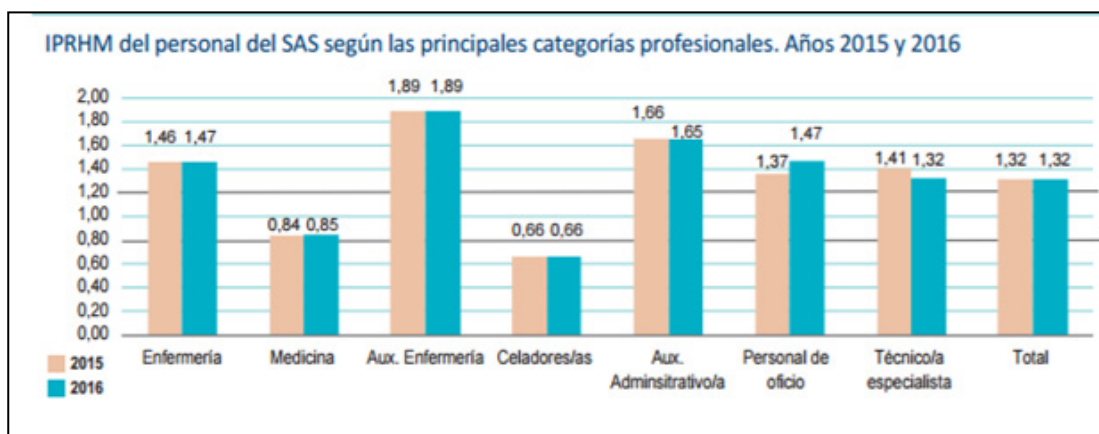


Gráfico 6: Personal del SAS por categoría profesional Tomado de Análisis del personal del SAS. En C. de H. y A. Pública (Ed.), Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto. 2017 Gráfico 4.3.2.3. (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, p. 238)

¹⁷ La lectura de género se realiza mediante un indicador elaborado a partir de la definición legal de representación equilibrada de la Ley 12/2007 para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, que define como equilibrado el conjunto de personas en el que cada sexo ni supere el sesenta por ciento ni sea menos del cuarenta por ciento. Este indicador, denominado Índice de Presencia Relativa de Hombres y Mujeres (IPRHM), viene definido por la fórmula $IPRHM = \frac{(M-H)}{(M+H)} + 1$, donde M es el número total de mujeres y H el número total de hombres. La paridad arrojaría un valor del IPRHM igual a 1, mientras que un 60% de hombres tendría por resultado un valor de 0,80 y un 60% de mujeres, un valor de 1,20. Por lo tanto, los valores del IPRHM entre 0 y 0,80 mostrarían una situación de desequilibrio por mayoría de hombres; entre 0,80 y 1, de mayoría de hombres pero dentro de los límites de representación equilibrada; entre 1 y 1,20, reflejarían una mayoría de mujeres pero dentro del equilibrio; y por último, valores entre 1,20 y 2, representan desequilibrio por sobrerrepresentación femenina. (SAS, 2014)

¹⁸ La plantilla en formación hace referencia e incluye a los titulados/as que están en formación interna residente, en la institución sanitaria para obtener el título de especialista y que han accedido por convocatoria tipo MIR, EIR o FIR correspondiendo a medicina, enfermería y farmacia respectivamente.

Pero esta alta representatividad de las mujeres no se ve reflejada en la ocupación de cargos de responsabilidad y gestión en el sistema sanitario y, aunque su porcentaje en las gerencias de hospitales públicos ha mejorado con el paso de los años, esta responsabilidad sigue estando en las manos de los hombres. Si hacemos una mirada retrospectiva, observamos cómo los cambios son muy lentos y no reflejan ni el número ni la preparación de las mujeres del sistema. Cuando se promulga la ley de Igualdad, el Informe Salud y Género 2006: Las edades centrales de la vida (Observatorio de Salud de la Mujer, 2008) y el Informe Salud y Género 2007-08: Mujeres y Hombres en las profesiones sanitarias (Observatorio de Salud de la Mujer, 2009), visibilizan la exigua presencia de mujeres en los cargos directivos y técnicos, que se concentra en direcciones y subdirecciones económicas y de Enfermería, mientras que los valores que indican menor presencia de mujeres, son los que implican mayor reconocimiento profesional: las jefaturas de servicio, las gerencias y las direcciones médicas. El caso de Enfermería es significativo, solamente un 48% de las direcciones y subdirecciones de enfermería andaluzas estaban ocupadas por mujeres, cuando el 82% del personal de enfermería eran mujeres (Observatorio de Salud de la Mujer, 2008). De igual manera, como muestra el gráfico 7 la diferencia se puede observar en el personal facultativo hospitalario: la mayor proporción de mujeres se encuentra en la figura de médicos y médicas internos residentes, mientras que en las jefaturas de servicio la presencia de mujeres se reduce a un 10% del total.

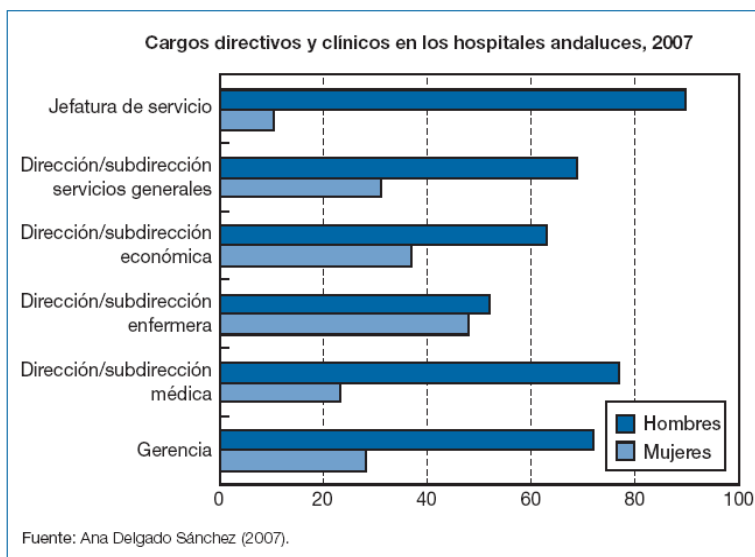


Gráfico 7: Fuente: Informe Salud y Género 2007-08

Estos datos a fecha de 2016, extraídos del Informe de Evaluación del Impacto de Género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma Andaluza (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2016), siguen poco modificados y nos presentan que la masculinización sigue presente y se concentra en los niveles superiores de carrera, cuyo IPRHM disminuye cuanto más alto es el nivel en la escala administrativa, como puede observarse en el gráfico 8.

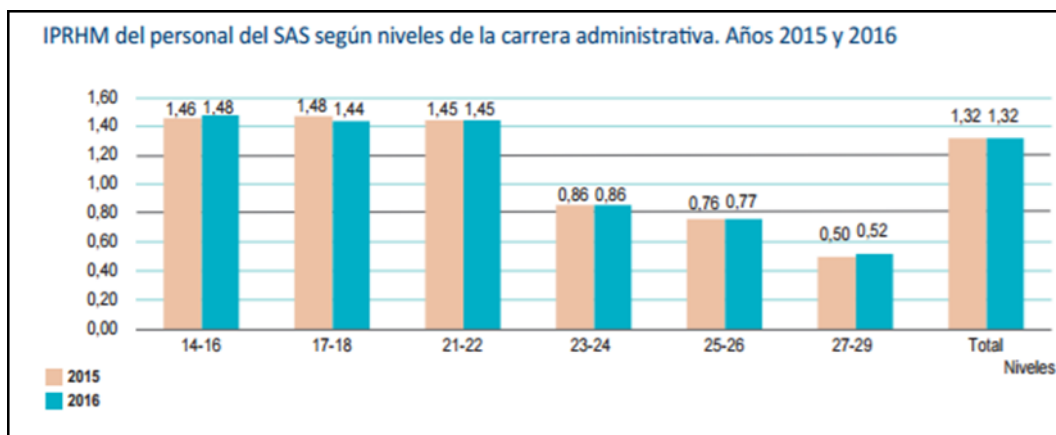


Gráfico 8: Tomado de Análisis del personal del SAS. En C. de H. y A. Pública (Ed.), Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto.2017 Gráfico 4.3.2.4. pág. 239(Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, p. 239)

Copado por los hombres, se observa una menor participación femenina en los puestos de mayor responsabilidad de gestión y en los que se concentra la toma de decisiones de la organización y, por tanto, las mayores retribuciones salariales, tal y como se ve representado en el gráfico 9 (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2016).

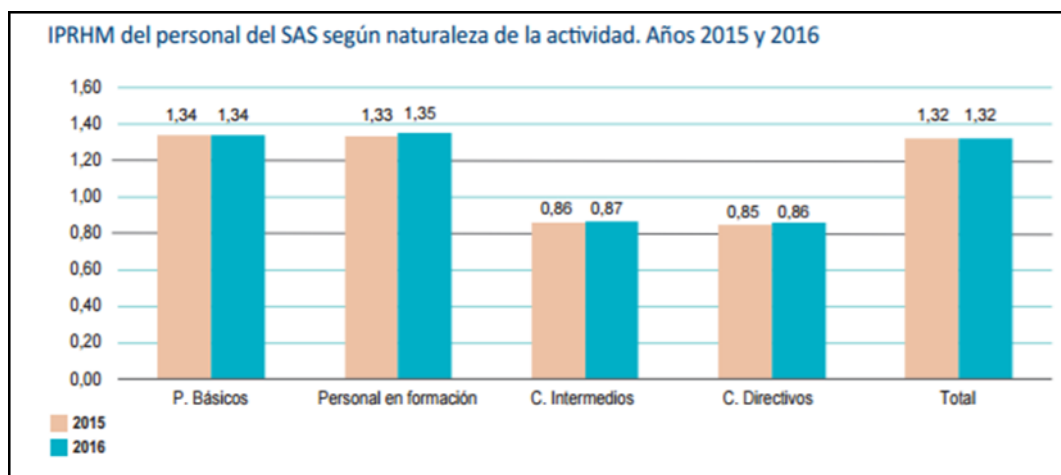


Gráfico 9: Tomado de Análisis del personal del SAS. En C. de H. y A. Pública (Ed.), *Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto.2017* . pág. 240(Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, p. 240)

Por tanto, la sobrerrepresentación de mujeres en la plantilla del SAS se explica, principalmente, por su presencia mayoritaria en la prestación de los cuidados de enfermería, actividad que ocupa al 47% de los puestos básicos del SAS y el 43,4% del personal del sistema sanitario público andaluz, está muy lejos de alcanzar una proporcionalidad equitativa en los cargos directivos, a pesar de haber aumentado su nivel competencial y someterse a los procesos de acreditación.

Todo lo expuesto en este marco teórico me abre una serie de interrogantes. Ante la feminización del colectivo enfermero, ¿cuál es la proporcionalidad real de hombres y mujeres en los cargos de dirección del

SSPA?, ¿está equilibrada en relación al número de hombres y de mujeres que componen los puestos base? Mi reflexión va más allá de las cifras, pues pensando que la cantidad de información que las enfermeras generan sobre los pacientes para el sistema y los resultados que consiguen sobre ellos, ¿tendrán la consideración que merecen por parte de la institución sanitaria? Y por tanto, ¿será consecuente la representación que el sistema les otorga con la función que ejercen? Según mi propia experiencia, y recogiendo las aportaciones de la literatura científica, me planteaba otra serie de cuestiones como ¿qué influencia tiene el género en las trayectorias vitales y profesionales de enfermeras y enfermeros de Andalucía en relación a la gestión? ¿qué barreras internas y externas dificultan a estos profesionales de enfermería y específicamente a las mujeres el acceso a la alta dirección sanitaria? En estos años de crisis económica y reajustes presupuestarios y organizacionales, ¿cómo han influido en la situación del colectivo, sus gestores y en la promoción de las mujeres? Y por último, ¿se están llevando a cabo las recomendaciones para la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres? Y las dificultades que puedan presentarse en este sentido, ¿son estructurales, personales, o de ambos?.

Capítulo II: OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Capítulo II: OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En el intento de dar respuesta a estos interrogantes, planteo los siguientes objetivos:

1. Determinar la presencia de las enfermeras y enfermeros en puestos directivos del Sistema Andaluz de Salud.
2. Conocer los procedimientos y las trayectorias seguidas por enfermeras y enfermeros para acceder a los cargos directivos.
3. Comprender los elementos institucionales que intervienen favoreciendo o dificultando el acceso a las mujeres y relacionarlos con los modelos de gestión.
4. Analizar el fenómeno del techo de cristal en la profesión de Enfermería en el marco del SSPA y las propuestas para mitigar sus efectos.
5. Analizar la implantación de las políticas y programas para la igualdad promovidos en la institución, desde la percepción de los y las directivas de Enfermería.

Capítulo II: METODOLOGÍA

Capítulo III: METODOLOGÍA

1. Diseño

Esta investigación parte de preguntas abiertas y objetivos que la orientan. No pretende confirmar hipótesis cerradas sino analizar, desde un enfoque feminista, los discursos sobre el estudio del fenómeno del liderazgo de las enfermeras en la empresa pública sanitaria. Para ello, he optado por la perspectiva cualitativa que entronca con el construccionismo sociológico, la fenomenología y la sociología comprensiva de Weber (Alonso, 1998). Es una metodología que resulta especialmente útil para conocer opiniones, percepciones, valoraciones y comprender los significados que le otorgan las personas protagonistas a sus actos, teniendo en cuenta el contexto en el que se producen (Gil-García, 2007). Esta metodología y perspectiva me permitirá describir, comprender e interpretar el fenómeno del liderazgo de Enfermería que tiene lugar en la organización sanitaria y visibilizar las causas y consecuencias de la desigualdad de género que subyace.

2. Participantes

Los participantes del estudio son profesionales de Enfermería, hombres y mujeres que ocupan cargos directivos de Enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía de los tres niveles asistenciales del Servicio Andaluz de Salud (SAS): Atención Primaria (AP), la Atención Hospitalaria (AH) y las Áreas de Gestión Sanitaria (AGS).

Los criterios de inclusión han sido:

1. Profesionales de Enfermería con cargos de gestión en el SAS con al menos seis meses de experiencia directiva.

2. Profesionales de Enfermería con cargos de gestión en institución sanitaria pública de gestión privada, con al menos seis meses de experiencia directiva.
3. Informantes claves: personas que habían ocupado puestos directivos pero ya no estaban en el desempeño del cargo y profesionales de Enfermería que ejercen tareas sindicales.

Para cubrir todo el espectro que para los puestos de Enfermería en el SSPA hay asignados por área sanitaria, he incluido a:

- Directores/as de distrito de Atención Primaria.
- Directores/as de Enfermería de Áreas de Gestión Sanitaria.
- Directores/as de Enfermería de hospitales y/o complejos hospitalarios universitarios.
- Director / Directora Gerente.
- Dirección del Plan Integral de Cuidados de Andalucía de la Consejería de Salud.
- También incluimos:
 - Directores de hospitales concertados y/o públicos de gestión privada, pero pertenecientes a la red sanitaria pública.
 - Profesionales de Enfermería que, por la relevancia del cargo que han ostentado en la organización, la permanencia y/o significado de la gestión.
 - Profesionales de Enfermería representantes sindicales.

Proceso de captación

Para seleccionar a los informantes solicité un listado a la dirección del Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PICUIDA) que incluía los datos de contacto de los directivos y directivas de Enfermería en ese momento. Las entrevistas se llevaron a cabo en toda la Comunidad Andaluza. Se completaron en dos periodos:

- De Junio a Septiembre de 2015.
- De Noviembre y Diciembre de 2016.

La Muestra del Estudio

Del total de los 44 cargos directivos de Enfermería existentes en el SSPA, según los datos facilitados por la dirección del PICUIDA, he entrevistado a 32, lo que supone el 73 % de la población. De los 17 cargos directivos de sexo masculino he entrevistado a 13 (76,4 %) y del total de las 27 directivas mujeres he entrevistado a 18 (66,6 %). También entrevistamos a 4 mujeres ex directivas con amplio recorrido y reconocimiento que actuaron como informantes clave y a 2 dirigentes sindicales. En total se han incluido en este trabajo 38 entrevistas.

Las personas entrevistadas que ocupan los cargos directivos tenían una media de edad de 50 años, siendo algo más jóvenes los hombres, media de edad 50 años, frente a las mujeres con una media de 51 años. La media con respecto al tiempo de permanencia en el cargo es de 6,65 años para los hombres y casi un punto menos en las mujeres con una media de 5,95 años. En la mayoría de los casos, sobre todo en los hombres, el tiempo de experiencia acumulada es mayor, pues la han ejercido en direcciones anteriores. A efectos de este trabajo estoy considerando la permanencia en el cargo actual, el que ostentan cuando realicé el trabajo de campo.

La carrera directiva sigue una pauta más o menos homogénea y es que la mayoría han ejercido como cargos intermedios y/o han ostentado alguna dirección anterior, como he comentado y puede observarse en la tabla 7. En el intento de definir características comparables de los sujetos, el dato de la edad en años, el tiempo de permanencia en el cargo y la experiencia laboral, las he agrupado en tramos más o menos homogéneos, buscando facilitar y comparar la información aportada. Resulta llamativo que, de los 15 profesionales que no han

tenido experiencia como directivos¹⁹, sean 12 mujeres y 2 hombres, aunque tan sólo 1 de éstas 12 no tenía ninguna experiencia previa, las demás sí que han ejercido como jefas de bloque y/o supervisoras. Lo que viene a decir que los hombres una vez que alcanzan un puesto directivo lo mantienen más que las mujeres, aunque cambien de centro o de área.

¹⁹ No se consideran cargos directivos los cargos intermedios, solo direcciones de hospital, distrito o área sanitaria, como define el correspondiente decreto de estructura.

PARTICIPANTE	CARGO ACTUAL	Cargo Anterior	Cargo Intermedio	EDAD Por tramos	Exp. Laboral	PROVINCIA	SEXO	Tp. en Cargo (años)	ÁMBITO
AFRICA	Gerenta	SI	SI	46 y 52	12 y 25	Huelva	M	7 y 10	AGS
ALVARO	Dir. Enfermería	NO	SI	Menor 45	12 y 25	Málaga	H	Más 11	Hospital
AMPARO	Dir. Cuidados	SI	SI	Más 57	26 y 35	Cádiz	M	Más 11	Distrito
ANSELMO	Dir. Cuidados	SI	NO	53 y 57	26 y 35	Sevilla	H	Menos 6	Distrito
AURORA	Dir. Enfermería	NO	SI	Menor 45	12 y 25	Málaga	H	Más 11	AGS
BARBARA	Dir. Cuidados	NO	SI	Menor 45	12 y 25	Almería	M	Menos 6	Distrito
CAMILA	Dir. Enfermería	NO	SI	53 y 57	26 y 35	Huelva	M	7 y 10	Hospital
CAYETANO	Dir. Enfermería	NO	SI	Menor 45	12 y 25	Málaga	M	Más 11	Hospital
CONCHA	Dir. Enfermería	NO	SI	Más 57	26 y 35	Córdoba	M	Menos 6	AGS
CORAL	Dir. Enfermería	SI	SI	Menor 45	12 y 25	Almería	M	Menos 6	AGS
EVA	Dir. Enfermería	SI	SI	Más 57	jubilada	Sevilla	M	Más 11	Hospital
FATIMA	Dir. Cuidados	NO	SI	Menor 45	12 y 25	Huelva	M	7 y 10	Distrito
JERONIMO	Dir. Enfermería	NO	SI	53 y 57	26 y 35	Sevilla	H	Menos 6	Hospital
JUANA	Dir. Cuidados	NO	SI	53 y 57	26 y 35	Jaén	M	7 y 10	AGS
JULIAN	Gerente	SI	NO	Menor 45	12 y 25	Málaga	H	Menos 6	AGS
JULIO	Dir. Enfermería	SI	SI	46 y 52	26 y 35	Sevilla	H	7 y 10	Hospital
LOLA	No asignado	SI	SI	46 y 52	12 y 25	Andalucía	M	Menos 6	Sindicato
LORETO	Dir. Enfermería	SI	NO	46 y 52	12 y 25	Almería	M	Menos 6	Hospital
MALENA	No asignado	SI	SI	53 y 57	26 y 35	Sevilla	M	Menos 6	Político
MANUEL	Dir. Cuidados	NO	SI	46 y 52	26 y 35	Jaén	H	7 y 10	Distrito
MARIANO	Dir. Enfermería	NO	SI	Más 57	26 y 35	Málaga	H	7 y 10	Distrito
MARINA	Dir. Enfermería	SI	SI	Más 57	Más 36	Cádiz	M	7 y 10	AGS
MARIO	Dir. Cuidados	NO	SI	Menor 45	12 y 25	Cádiz	H	Menos 6	AGS
MARISOL	Dir. Cuidados	NO	SI	Menor 45	12 y 25	Málaga	M	7 y 10	Distrito
MERCHE	Dir. Cuidados	SI	SI	Más 57	jubilada	Sevilla	M	7 y 10	Distrito
NEREA	No asignado	NO	SI	46 y 52	12 y 25	Sevilla	M	Menos 6	Político
PABLO	Dir. Enfermería	SI	SI	Más 57	Más 36	Granada	H	Más 11	Hospital
PALOMA	Dir. Enfermería	SI	SI	Menor 45	12 y 25	Córdoba	M	Menos 6	Hospital
PATRICIA	Dir. Enfermería	NO	NO	Más 57	Más 36	Granada	M	7 y 10	Hospital
PEDRO	No asignado	NO	NO	53 y 57	12 y 25	Andalucía	H	Más 11	Sindicato
PEPE	Dir. Enfermería	SI	SI	53 y 57	26 y 35	Jaén	H	Menos 6	Hospital
PETRA	Dir. Enfermería	NO	SI	Más 57	Más 36	Cádiz	M	7 y 10	Hospital
PITITA	Dir. Cuidados	SI	SI	Más 57	26 y 35	Almería	M	7 y 10	Distrito
RAUL	Dir. Cuidados	SI	SI	53 y 57	26 y 35	Sevilla	H	7 y 10	Distrito
RITA	No asignado	SI	SI	53 y 57	Más 36	Sevilla	M	7 y 10	Político
ROMUALDO	Dir. Cuidados	SI	SI	Menor 45	12 y 25	Córdoba	H	Menos 6	Distrito
ROSALIA	Dir. Enfermería	SI	SI	46 y 52	26 y 35	Cádiz	M	Menos 6	Hospital
SABRINA	Dir. Cuidados	SI	NO	46 y 52	26 y 35	Córdoba	M	Menos 6	AGS

Tabla 7: Perfiles de los participantes en el estudio. Elaboración Propia.

3. Aspectos Éticos

El presente estudio no presenta ningún riesgo ni perjuicio para las personas participantes ni para su seguridad. Se limita a recoger y analizar su discurso, por lo que no supone intervención ni influencia sobre las personas participantes, ni sobre su actividad asistencial posterior.

Para garantizar la confidencialidad de la información de todos los datos recogidos en esta investigación, éstos serán registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley Orgánica 41/2002; Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal).

La investigadora realizará un contrato comunicativo que será entregado a las personas participantes antes del comienzo de las entrevistas.

Respecto de la confidencialidad de la información recogida se tomarán las siguientes medidas:

- Toda la información que pueda afectar a las personas participantes se mantendrá codificada en formato electrónico bajo contraseña.
- Todas las personas implicadas en esta investigación (doctoranda y codirector/a) se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por las personas participantes.
- Todas las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a las investigadoras.

4. Recogida de información.

Las estrategias utilizadas para recoger la información han sido distintas. Primero realicé una búsqueda de datos disponibles en la documentación oficial en la web de la Consejería de Salud sobre las ubicaciones, distribución y

denominación de los centros asistenciales y datos disponibles desagregados sobre profesionales. Al no encontrar claramente en los medios mencionados los datos de presencia y ubicación de las enfermeras y los cargos directivos del SSPA, se formuló una petición expresa a la Dirección General de Profesionales y a la Dirección del Plan Integral de Cuidados (PICUIDA) del SAS para obtenerlos. Este último me ayudó a localizar y contactar a las personas que ocupaban los cargos de gestión y poder así obtener los discursos que me ayuden a conseguir los objetivos propuestos. He optado por la entrevista en profundidad entendiendo que con ella se genera un diálogo que propicia la comunicación fluida y consistente, a la que vez que favorece la construcción de un discurso coherente. Para llevarlas a cabo elaboramos un guión de entrevistas siguiendo las indicaciones recogidas en los trabajos realizados por Isabel Cuadrado, Esther López Zafra, Lorena Saletti y Alicia Kauffman (Morales & Cuadrado, 2007; Kaufmann & Cuesta, 2007; López-Zafra & García-Retamero, 2009; Saletti-Cuesta, 2013). En la práctica, el guión de entrevistas lo utilicé como un marco pautado, que en función de cada interviniente, fluía hacia otros aspectos de interés relacionados con los objetivos de la investigación, permitiendo una relación dinámica.

Utilizamos en todo momento la flexibilidad característica de esta metodología en el sentido de re-adaptar el diseño a la información obtenida durante la fase de recogida de datos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010; Hernández, Fernández, Baptista, García & Limón, 2007).

Etapas Preliminares

Antes de emprender la recogida de información atravesamos algunas etapas preliminares. La primera de ellas, y una vez que el diseño de la investigación estaba definido, fue realizar una planificación estratégica. Me puse a pensar, que si solicitaba la colaboración de estas personas tan ocupadas y con tanta responsabilidad, como Soledad Vázquez a secas, sería una petición más de

solicitud de colaboración en investigación, que daría poco fruto. Pensando la manera de llegar hasta ellos/as con éxito, se me ocurrió contar con la colaboración y apoyo del Plan Integral de Cuidados de la Consejería de Salud y solicité una entrevista a su directora, Nieves Lafuente. La idea era, dado que se trataba de una investigación de liderazgo en Enfermería, presentarle mi proyecto y pedirle mecenazgo, en forma de una carta de apoyo y recomendación, que yo pudiera incluir expresamente en la solicitud de colaboración, ya que necesitaba entrevistar a los cargos directivos, para los que yo era una desconocida. Pensé que si lograba seducir con el objetivo de mi investigación, ella podría facilitarme una especie de carta de recomendación/presentación, donde incluiría una breve reseña con los objetivos de la investigación y con su ruego expreso para que me atendieran. Paralelamente le solicité los datos de contacto para la localización de la población objeto del estudio. Esta fue entregada inmediatamente y la idea muy bien acogida, con lo que fueron todo facilidades. Aparece en el anexo II.

En relación a los datos de plantilla, cursé una solicitud a la Dirección General de Profesionales del SAS y, aunque me llevó varias visitas al jefe de sección en los servicios centrales, me lo entregaron en formato Excel y es desde donde los he analizado. En esta tarea fue importante el apoyo de la directora y de las dos enfermeras del PICUIDA. El contenido de esta solicitud aparece en el anexo I.

La segunda fase, dado que mi intención era realizar las entrevistas personalmente y para ello tendría que desplazarme por toda Andalucía, fue realizar un calendario con mi disponibilidad y estudiar, ayudada por el Google Maps, las opciones de viaje más eficientes, combinando provincias, estimando las pernoctaciones, etc. El siguiente paso, empezar a contactar con los y las participantes. El método inicial fue mediante correo electrónico. Escribí un texto estándar aunque personalizado a todos los directivos y directivas presentándome, explicando brevemente mi proyecto, al que presenté avalado por el PICUIDA, adjuntando la carta de su directora y describiendo la

colaboración que requería y mi intención de entrevistarles personalmente, especificando mis necesidades, el tiempo que les ocuparía y la intención de viajar hasta sus centros para facilitar las cosas y adaptarme a sus circunstancias, mencionando que me organizaría por provincias para rentabilizar también mi tiempo y desplazamientos. Aunque les proponía unas fechas, evidentemente quedaba abierta a su disponibilidad.

Para el envío, lo organicé por provincias, cursando un correo electrónico a los directivos y directivas de esa provincia con el cuerpo de mensaje que se expone a continuación:

"Estimada/o compañera/o,
Soy Soledad Vázquez Santiago, enfermera, profesora titular EU vinculada, de la facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Actualmente, con motivo de alcanzar la tesis doctoral, estoy realizando una investigación sobre el "Liderazgo en Enfermería en el SAS", utilizando metodología cualitativa.
Entre las finalidades de mi trabajo está estudiar y visibilizar el fenómeno del liderazgo enfermero, descubrir su posicionamiento dentro de la organización sanitaria, hacer un mapa de su representatividad al más alto nivel, y desentrañar el discurso, las prácticas, las dificultades y estrategias de las y los líderes enfermeros.
Es por eso que os dirijo esta carta de presentación, pues como enfermeras que ocupáis un cargo directivo en esta organización, y con el fin de que apoyéis este estudio, respondáis a mi petición y me facilitéis que os pueda entrevistar en un corto periodo de tiempo. No se me escapa la complejidad de vuestra tarea y de la poca disponibilidad de tiempo que tenéis, pero entiendo que en el complejo contexto socio-sanitario actual, es interés de todos/as consolidar y visibilizar el liderazgo enfermero, mostrando sus resultados a pesar de las dificultades.
Este trabajo ha sido presentado a la directora del Plan Integral de Cuidados, la que ha tenido a bien dar su apoyo al proyecto, materializado en una carta que os adjunto.
Consistirá en una entrevista personal, con una duración aproximada de una hora, que se desarrollará en el lugar, fecha y hora que vuestras agendas os permitan, con el ruego que no dilatéis el encuentro, pues debo tener el trabajo de campo en una fecha concreta, y son muchas las entrevistas que he de realizar. Sería grabada, y obviamente la información que aportéis será estrictamente confidencial y previamente os pasaría a firma el obligado consentimiento, respetando el anonimato en todo el proceso
Previamente os enviaré por correo electrónico una pequeña ficha de datos sociodemográficos, que os recojo cumplimentada el día de la entrevista.
Quedando a la espera de tu respuesta, y agradeciendo de antemano vuestra implicación, recibid un cordial saludo,
Soledad Vázquez Santiago"

La respuesta a este primer correo fue irregular. Algunos directivos cerraban rápidamente la fecha propuesta, la mayoría se ponía a mi disposición pero pendiente de acordar la cita y algún caso no respondieron. Esto marcó el

paso siguiente, pues en base a los primeros ofrecimientos, comencé a organizar los viajes. Sirviéndome de la persona que se había mostrado más predispuesta en cada provincia, tras sucesivos contactos, tanto telefónicos como por correo, lograba reunir un número suficiente de entrevistados/as, pues en todo momento, dado las distancias a las provincias más orientales sobre todo, tenía que asegurar la cadencia de entrevistas para que el desplazamiento fuera eficiente.

A partir de ese momento, fui simultaneando los desplazamientos cerrados y realizando las primeras entrevistas, y como tenía categorizados los que aceptaban la colaboración con fecha a concretar, ya pasaba a otro tipo de correos para cerrarlas incluso ya a este nivel, por gestión telefónica fui completando la agenda y los desplazamientos a realizar. Pasadas unas semanas, conforme agotaba las citas programadas, volvía a contactar con todas aquellas personas que aún no se habían manifestado, o el asunto estaba más en el aire y, paralelamente, desplazándome a esas provincias que tenía pendientes.

A veces, en el mejor de los casos, concentraba las entrevistas de toda la provincia, (distritos, hospitales y AGS), cuestión que implicaba el tener que pernoctar una noche para poder hacerlas todas. En este sentido, he de decir que me sorprendí de que determinados directivos o directivas se ofrecieran a cerrarme las fechas con el resto de los cargos de su provincia y, una vez coordinados, me comunicaban la fecha definitiva, incluso el orden que seguirían. Así ocurrió en Córdoba y Jaén.

Sin embargo, no en todos los casos, aunque hubo muy buena colaboración, fueron tan fáciles. Una de las estrategias que también utilicé, gracias a la colaboración que me han prestado sus integrantes, fue pedir información al Plan Integral de Cuidados, para conocer si había encuentros de directivos de Enfermería, en el periodo en el que realizaba mi trabajo de campo. Así, por ejemplo, evité el desplazamiento a Almería, que por su lejanía me

hubiera consumido más días, pues se realizaron en Granada, en la sede de la EASP, que amablemente me cedió un espacio para el menester. A veces, esperé pacientemente a lo largo de dos días, para hacer cuatro entrevistas, ya que estas directivas estaban en Granada en aquella ocasión, realizando un curso de formación en esta institución.

En los casos más difíciles, el proceso se dinamizó con gestión telefónica, pues antes incluso de transcribir o analizar ninguna entrevista, pretendía tener una muestra representativa de cada área y/o provincia. En otras ocasiones, la dificultad de coordinar por incompatibilidad de agendas, me ha ocasionado más de un viaje a esa provincia. En el momento de iniciar la recogida de información, le proporcioné el documento de consentimiento informado para la entrevista, pidiéndoles que tras su lectura lo firmasen como prueba de conformidad y le hacía hincapié en la confidencialidad de la información proporcionada, para que pudieran en todo momento expresarse libremente. La afabilidad, el respeto y la sinceridad fue el rasgo característico de estos encuentros. En este sentido, en alguna ocasión, he de decir que me sorprendió gratamente el apoyo y las facilidades que me otorgaron, pues cuando comprobaban la magnitud de la empresa, algún directivo o directiva, actuando con liderazgo, sobre la marcha o con antelación y a través de su móvil corporativo, hacía confluír en su hospital al resto de los entrevistados/as de su provincia (AGS y distritos), evitándome esos desplazamientos in situ que en principio yo había cerrado. Esto sucedió espontáneamente del primer directivo entrevistado en Málaga. Lo agradecí profundamente, dado que a veces, los centros están muy dispersos por toda la provincia. La programación para la realización de las entrevistas aparece en la tabla 8.

TAREAS	PLANIFICACIÓN ENTREVISTAS						
	Enero 2015	Febrero 2015	Marzo 2015	Abril 2015	Mayo-Junio 2015	Junio-Julio 2015	Septiembre 2015
Primera etapa:							
Datos PICUIDA	-----						
Datos D.Profesionales	-----						
Entrevistas Ex cargos	-----						
Segunda etapa:							
Fase Envío correos		-----	-----				
Elaboración de recorridos Google Maps				-----			
Málaga y provincia					-----		
Granada capital					-----		
Jaén y provincia						-----	
Almería (en Granada)						-----	
Huelva capital						-----	
Sevilla capital					-----	-----	
Cádiz y provincia							-----
Córdoba y provincia							-----
	Noviembre 2016	Diciembre 2016					
Tercera etapa:							
Entrevistas sindicatos	-----	-----					
Huelva provincia	-----	-----					

Tabla 8: Programación para la realización de las entrevistas.

Para testar el funcionamiento del guión e indagar en aspectos que no estuvieran contemplados, realicé dos entrevistas piloto, a dos ex-cargos de los que actuaron como informantes clave. En estas entrevistas surgieron matices, aspectos o preguntas que en una última revisión fueron incorporados en el guión definitivo, el cual nos sirvió de marco de la situación de entrevista, que completamos en todas ellas, y que se expone a continuación.

GUIÓN DE ENTREVISTA A DIRECTIVOS Y DIRECTIVAS DE ENFERMERÍA DEL SSPA

El guión de la entrevista está pensado para recoger información sobre los siguientes temas:

- 1) El fenómeno del *techo de cristal* para las enfermeras del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- 2) La representatividad de las enfermeras en los puestos de poder de la organización sanitaria.
- 3) La manera de ejercer el liderazgo de las enfermeras del sistema sanitario público de Andalucía.
- 5) Como mandan las mujeres: Estrategias utilizadas por las enfermeras líderes.
- 4) Los costes personales y profesionales en el acceso a puestos directivos.
- 6) Los roles masculino y femenino en relación a la gestión sanitaria.
- 7) Testar la adecuación de la organización sanitaria a las políticas de igualdad vigentes.

Fecha: _____

Lugar: _____

Hora de inicio: _____

Hora de término: _____

Entrevistador/a: _____

GUIÓN ENTREVISTA.

1. Para empezar vamos a abordar tu TRAYECTORIA PERSONAL, ¿COMO ELIGES LA CARRERA, QUE TE LLEVA A ESTUDIAR ENFERMERÍA?

1.1: La decisión: ¿cómo y por qué elige la carrera?

¿Por qué estudias Enfermería? Influencia de la familia o decisión propia Si tienes hermanos ¿fue distinto para ellos que para ellas?

Puedes comentar los hechos o personas que más te han influido en esta decisión:

¿Qué mensajes recuerdas que más te han marcado?

1.2. Creencias sobre la Enfermería

Tus expectativas, tus creencias sobre la profesión, su función....¿de dónde venían?

2. Háblame de tu Trayectoria PROFESIONAL

2.1. Formación

¿Cuáles son tus estudios? (ATS-DUE-especialidad....)

Formación Postgrado: ¿has cursado formación posterior al título de enfermera?

¿qué te llevó a hacerlo? ¿por qué?

¿Posees formación específica de gestión? Y ¿la cursaste antes o después de llegar al /los cargos...?

2.2. Dedicación

¿Cuántos años llevas trabajando y en qué servicios?

3. AHORA VAMOS A HABLAR DE TU CARGO DIRECTIVO:

3.1. Cómo llega al cargo.....

En la actualidad: ¿Qué cargo ostentas y desde cuándo?

¿Has ocupado algún otro anteriormente?

¿Fue decisión tuya? Te lo propusieron, ¿quién? (en relación al actual)

¿Consideras que en tu caso han existido Mentores/as, hechos o personas significativa que hayan favorecido tu acceso a un puesto directivo?

En tu opinión: ¿Qué has hecho para estar ahí? ¿Cuál piensas que es tu valor añadido?

Tus expectativas: ¿Sientes que se han cumplido? ¿Qué o quienes te lo han impedido?

En relación al ejercicio directivo ¿Cómo es tu experiencia con tus compañeros y compañeras? ¿Y con los médicos y médicas?

3.2. Prejuicios

En tu experiencia, como directiva/o ¿sientes que ha habido prejuicios por el hecho de ser mujer/hombre? -en una profesión feminizada-

En relación a estos aspectos y en tu opinión: ¿encuentras diferencias entre las trayectorias de las enfermeras y los enfermeros? ¿Por qué crees....?

¿Cuál es la principal dificultad para ascender? ¿Es distinto para los enfermeros varones?

¿Sientes que puedes escalar? ¿A qué aspiras? ¿Qué haces para lograrlo?

¿Qué margen de independencia tiene tu posición?

En tu experiencia: ¿Qué papel juega de la institución? Cómo describirías el clima organizacional, ¿estimula y/o favorece que las enfermeras ocupen puestos de responsabilidad? Si / NO Por qué?

3.3. Como se ve a sí misma/o y como cree que es percibida /o (explorar nivel emocional, profesional, factores para el éxito y para el fracaso)

Ahora, piénsate a ti misma/mismo.....

¿Con qué valores asocias tu imagen como directiva?, ¿en qué principios se apoya?

¿Qué le gusta de ser jefa/jefe? Que no le gusta. ¿Has podido ser tú misma /mismo?

Cuales definiría como tus puntos fuertes como directiva ¿Y los débiles?

¿Cómo creen que te perciben los hombres? ¿Y las mujeres?

¿Quién crees que te acepta mejor como jefa? ¿Los hombres o las mujeres? ¿Las enfermeras o los médicos?

¿Se siente más cómoda dirigiendo a hombres o a mujeres?

¿Qué puedes comentarnos de esto en relación a la percepción de los usuarios?

¿Hasta dónde está dispuesta/o por perseguir su objetivo?

4. RELACIONES / ROLES: Papel de la pareja/familia en la decisión y/o conciliación. Clima relacional familiar. (Distribución de roles, estrategias, costes, gratificaciones, gestión de tu ocio.... Percepción interferencia entre trabajo y familia: Estrategias para manejar la culpa

4.1. Relaciones Familiares

¿Tienes hijos/as? ¿Qué piensa tu familia de tu decisión de ocupar un cargo directivo? Te prefieren ¿cómo enfermera o como jefa?

¿Cómo vives tu vida personal/familiar en relación a la profesional? Puedes comentarnos como se distribuye tu tiempo para conciliar el rol laboral y familiar, en quién te apoyas, que responsabilidades asume tu pareja, como gestionas tu ocio,.....

En relación al trabajo profesional y el cargo que ocupa, ¿Qué influencia cree que ha tenido en sus relaciones familiares? ¿Qué dificultades ha encontrado? ¿Qué estrategias ha utilizado para resolverlo? ¿Crees que este hecho ha influenciado tus posibilidades para ascender u optar a puestos de responsabilidad?

4.2 Relaciones con los compañeros y compañeras

Desde tu puesto directivo: Como percibes la relación/ comunicación con tus compañero/as?

En tu experiencia: ¿Cómo responden los hombres al liderazgo de una mujer? ¿Encuentras diferencias entre enfermeros y enfermeras? ¿Y con la Clase médica?

¿Qué diferencia detectas entre hombres y mujeres en puestos similares al suyo?

¿A qué crees que se deben? ¿Cómo se justifican?

Si lo miras en perspectiva, ¿qué opinas? (Puedes comentar los problemas y satisfacciones con: (pareja/hijos-as/resto familiares/amigos-as/ compañero-as)

Si empezaras de nuevo, ¿qué cambiarías?, ¿por qué?

5. En relación a la IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, ¿cómo VALORAS A LA EMPRESA SANITARIA?

¿Qué políticas de igualdad lleva a cabo tu organización? Cuál es tu experiencia a este respecto

¿Existen Iniciativas para promocionar a las mujeres? (controlar los efectos de la estereotipia)

Qué propone a este respecto...

Experiencia con preceptores H/M, relaciones con sus gerentes/as, ¿qué abunda más?

Donde están situados los hombres y las mujeres en su centro, si las mujeres están en líneas estratégicas

En tu experiencia, las dificultades que se te han presentado en el camino, piensas que son estructurales (de la propia organización), ¿por la profesión o por ser mujer?, o por todas a la vez

Liderazgo Diferencial: ¿Qué crees que aportan las mujeres a la organización?, ¿ayudan a transformarla? O que crees ¿qué has aportado tú? Qué valor añadido diferencial ofrecen las mujeres respecto de los que ya hay.

Opinión general de por qué no hay más mujeres en puestos o no llegan a la cima

Qué crees que le falta al colectivo enfermero para despegar dentro de la organización sanitaria, ¿en unas condiciones más igualitarias?

¿Consideras que se deben aportar elementos que faciliten el liderazgo, en la formación pre-grado/ postgrado de las enfermeras?

Tu opinión sobre las cuotas en relación a ocupar puesto directivo.

6. ¿Quieres añadir alguna cosa más?

Hemos terminado, muchas gracias por tu colaboración

El clima afable de las entrevistas facilitó la observación, tanto del entorno de trabajo y su relación con los equipos, como de conductas no verbales emitidas durante la comunicación. Para recoger todos los datos de la observación utilicé un diario de campo donde se iban registrando las notas. Fue habitual que antes o después de la grabación de la entrevista, me presentaran a su equipo, me enseñaran su entorno de trabajo o, incluso, tomáramos un café. En estas ocasiones, *off de record*, pudimos recabar aportaciones muy interesantes, que incluíamos en los comentarios inmediatamente, para no desvirtuar o perder esta valiosa información, destacando la riqueza del proceso de comunicación que en todos los casos se desarrolló y la grata experiencia relacional y personal que supuso. Las notas de campo me ayudaron a la interpretación de los datos y a contextualizarlos.

Por último, comentar que los lugares donde se realizaron las entrevistas, según lo acordado, fueron en instalaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada, en los despachos de las personas citadas, en las salas de juntas de la institución en cuestión, -así ocurrió en Málaga, Jaén, Huelva, Córdoba- o en mi propio despacho. En una ocasión la entrevista se llevó a cabo en una cafetería tranquila a medio camino entre el lugar de trabajo de la entrevistada y el mío.

La duración media de las grabaciones fue de 80 minutos y algunas se prolongaron hasta dos horas. Es fácil deducir que las entrevistas se realizaron indistintamente en horario de mañana y tarde y durante cualquier día de la semana, según la disponibilidad manifestada por las personas intervinientes, a la que en todos los casos me adapté.

En el encuentro personal, tras presentarnos, comenzábamos explicando brevemente el objetivo de la investigación, ya que el contacto telefónico previo había facilitado este aspecto, y la estructura de la entrevista. Seguidamente

ofrecía el consentimiento informado y solicitaba su permiso para proceder a la grabación en audio, asegurando la confidencialidad en todo momento.

5. Análisis de la Información

Las entrevistas fueron literalmente transcritas para mantener la fidelidad de los datos y minimizar los sesgos. Utilicé el procesador de textos Word donde se incluyeron los giros, énfasis, expresiones y pausas siguiendo las recomendaciones de estilo de Calsamiglia y Tusón (2002) (Calsamiglia & Tusón, 2002). Para mantener la confidencialidad los nombres de las personas entrevistadas fueron sustituidos por pseudónimos, como aparecen en la tabla 7 de perfiles de los participantes.

Para facilitar el análisis de la información utilicé el software de análisis cualitativo QSR NVivo11 Plus (*Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing*). Aunque son muchos los argumentos en relación a las ventajas o limitaciones de la asistencia del software informático en el análisis cualitativo, yo lo utilicé como soporte para manejar la enorme cantidad de datos obtenidos en las entrevistas, ya que están especialmente diseñado para facilitar al investigador a ir más allá de la codificación y fragmentación de los datos, facilitando edificar relaciones sistemáticas entre códigos y categorías (Coffrey & Atkinson, 2005; Gil-García et al., 2002).

A partir del marco teórico y de los objetivos, configuré una propuesta de árbol de categorías que triangulamos con mi directora y director. Posteriormente, el árbol de categorías se fue ampliando y perfilando conforme analizaba las entrevistas. Asimismo, incluimos y definimos categorías emergentes que afloraron en el proceso de lectura. El software me permitió definir códigos y categorías de forma deductiva e inductiva, tener visibles las definiciones, pudiendo modificarlas en todo momento y vincular categorías y subcategorías o restablecer el lugar que ocupaban las categorías en la jerarquía.

Utilicé el software como instrumento de almacenamiento, organización y clasificación de la información, haciendo más ágil las operaciones que implicaban diferentes niveles de análisis, de codificación y búsquedas, y me permitió hacer análisis de palabras y de categorías con mayor nivel de complejidad lo que me ayudó a encontrar sentido a los datos.

La matriz definitiva de categorías con las definiciones se muestra en la tabla 9.

Number	Description
00 LIDERAZGO EN ENFERMERIA	
01. ACCESO A LA GESTIÓN	Proceso de acceso y desarrollo a los puestos de gestión dentro del sistema sanitario público andaluz.
1.1. Competencias para la gestión	Conocimientos, capacidades y/o habilidades de los profesionales en materia de gestión sanitaria. (Competencias en gestión para ocupar cargos en el sistema sanitario : si se las exigen, si las tenían previamente o las adquieren al ser nombrados, si les han servido, si piensan que son importantes.....)
1.1.1. Competencias adquiridas	Competencias en materia de gestión, que los profesionales adquieren, una vez que están ocupando el cargo.
1.1.2. Competencias previas	Competencias en materia de gestión, que las personas candidatas tienen antes de ocupar los cargos.
1.1.3. Experiencia en Gestión	Experiencia en haber ocupado cargos de gestión anteriores al que actualmente ocupan, normalmente de menor rango.
1.1.4. Formación Gestión	Formación específica en gestión y opinión de las personas directivas sobre la importancia de la formación en gestión y la experiencia previa.
1.2. Procedimiento de Selección	Procedimiento de selección : Sistema de designación para ocupar un cargo directivo.
1.2.1. Mentor-a	Persona que ha actuado propiciando su desarrollo profesional y la posibilidad de ejercer algún cargo. Alguién que creyó en tí
1.2.2. Méritos	Méritos personales y profesionales por los que piensas que te proponen para el cargo.
1.2.3. Propuesta directa por el o la gerente	Designación directa.
1.2.4. Proyecto	Designación en base a un plan de acción, exigido por la convocatoria o que presenta voluntariamente.
1.3. Cargo anterior	Si ha ocupado cargo anterior al actual en la gestión de instituciones sanitarias.
02. CLIMA ORGANIZACIONAL	Descripción del contexto en el que realizan su trabajo, incluyendo las relaciones humanas y de producción.
2.1. Pautas organizativas enfermeras	Formas de organizarse las enfermeras en su lugar de trabajo.

Number	Description
2.2. Nivel de Autonomía	Capacidad para tomar y llevar a cabo sus proyectos, decisiones y/o planteamientos, Independencia en la toma de decisiones.
2.3. Primaria versus Hospital	Describe clima organizacional según el ámbito de trabajo y establece diferencias por comparación.
2.4. Relaciones con subordinados/as	Manera de relacionarse laboralmente con las enfermeras y enfermeros a los que dirige.
2.5. Relaciones Staff	Representatividad en la toma de decisiones. Relaciones con los miembros equipo de gobierno del centro. Autopercepción en relación a la consideración de su puesto y su persona en los consejos de dirección.
2.6. Rol de sumisión	Las enfermeras hacen para los médicos, igual que tradicionalmente.
2.7. Enfermeras vs médicos	Relaciones que se establecen entre los dos colectivos (gestión primaria y hospitalaria).
03. COSTES GESTIÓN	Precio que consideran tienen que pagar para estar donde están, que no sufrirían si no tuvieran un puesto directivo como el que ostentan.
3.1. Coste personal	Autoevaluación, en relación a sí mismo y a su vida y relaciones personales, de los cambios producidos por desempeñar un cargo, en comparación a cuando no lo ocupaba. (Lo que sacrifica, lo que deja atrás, en relación al tiempo de su familia, de su pareja y de ell@s mismos, el autoconcepto por lo que hace...).
3.2. Coste profesional	Autoevaluación, en lo profesional, de lo que debe empeñar y los que obtiene por desempeñar un cargo, en comparación a cuando no lo ocupaba. (qué precio tienen que pagar para estar ahí, en relación a acatar proyectos o decisiones con los que no están de acuerdo, con un trato no adecuado con el jefe o sus colegas, a lo que sus compañeros de la enfermería base opinan de lo que está aportando y como..., qué significa para ellos no hacer asistencia directa...).
04. ESTRATEGIAS QUE UTILIZAN HOMBRES Y MUJERES	Métodos que utilizan los/las entrevistados para abordar sus cargos -en el sentido más amplio- y su vida personal. Hay que distinguir, estrategias en el ejercicio del puesto que ostenten, para sacar adelante sus proyectos, para interrelacionarse con los miembros de su equipo (en el staff, consejo dirección, etc...) y con los que están por debajo.... (ver si usan estrategias distintas, si las necesitan,...). Por otro lado las estrategias para seguir con su vida: conciliar, espacio privado, su salud.
4.1. Estrategias conciliación	Manera de gestionar y mantener la armonía y el bienestar con la pareja y familia.
4.2. Estrategias para sí mism@s	Manera en que gestiona su realización personal y su espacio privado.
05. EXPECTATIVAS	Expectativas personales y profesionales relacionadas con la experiencia directiva.
5.1. Expectativas personales y profesionales	Proyecto de realización personal y profesional en relación al cargo.
5.2. Percepción del colectivo enfermero	Opinión sobre el devenir del colectivo enfermero.

Number	Description
5.3. Evaluación expectativas (objetivos)	Autoevaluación global de las expectativas creadas.
06. MOTIVACIÓN PROFESIÓN	Elementos vocacionales y motivacionales hacia la práctica y el desarrollo de la enfermería.
6.1. Acogida de la decisión	Antecedentes sanitarios en la familia y reacción que produce la decisión en entorno familiar
6.2. Motivaciones personales y profesionales	Intereses implícitos o explícitos mostrados por los entrevistados respecto a motivaciones personales y profesionales.
6.2.1. Motivación del Colectivo	Opinión personal de la situación del colectivo enfermero, hacia donde va y porqué.
6.2.2. Motivación por el cargo	Elementos motivacionales que han actuado para presentarse y/o aceptar el cargo que ocupan.
6.2.3. Motivación por la empresa sanitaria	Elementos que se ponen en juego para alinearse con la empresa, sus objetivos y situación.
6.2.4. Motivación por los estudios	Por qué estudió Enfermería.
6.2.5. Motivación y Acciones de Liderazgo	Percepción de acciones emprendidas por la institución, el colectivo o algún profesional concreto para fomentar la visibilización y empoderamiento de las enfermeras. Motivación hacia esto.
07. OPINIONES SOBRE FORMACIÓN	Opinión personal sobre los estudios de Enfermería en general
7.1. Formación en Gestión	Opinión personal sobre la necesidad de esta formación para poder optar a un puesto directivo.
7.2. Formación Grado	Percepción sobre la calidad y adecuación de los actuales estudios de Enfermería.
7.3. Otra Formación	Opinión sobre la formación postgrado oficial, profesionalizante, desde los sindicatos, desde la formación continuada..
7.4. Relación con la Universidad	Implicación con la formación estudiantes de grado y con los tutores y tutoras clínicos
08. GENERO Y TECHO CRISTAL	Estereotipos de género en el liderazgo que ejercen (incluye de forma subjetiva la forma de ver el mundo, concepción del trabajo enfermero, de la relación de ayuda y en el ejercicio del cargo).
8.1. Autopercepción como Jef@s	Como se perciben a sí mismas/os como personas directivas
8.2. Cuotas	Opinión personal sobre el sistema de cuotas y su implantación en los consejos de dirección y cargos de la institución.
8.3. Identidades profesionales - Género y liderazgo	Como la identidad profesional se construye en base al género, asignando significados y funcionalidades distintas. Manera de ejercer el liderazgo los hombres y las mujeres
8.4. Políticas de Igualdad	Valoración de las estrategias o proyectos de la organización sanitaria para fomentar la igualdad y disminuir la estereotipia de las profesiones y el sistema sanitario. Percepción de si la institución favorece o dificulta que las mujeres ocupen cargos.
8.5. Segregación Vertical	Mecanismo de exclusión de las enfermeras/os en orden al sistema jerárquico dominante históricamente en la institución sanitaria

Number	Description
8.6. Sexismo	Percepción de exclusión o no, en función de su sexo, por parte de los miembros del equipo sanitario y/o directivo, a lo largo de su ejercicio profesional.
8.7. Trayectorias Enfermeras	Opinión sobre las trayectorias de hombres y mujeres en enfermería
8.8. Percepción enfermeras según sexo	Como perciben al director o directora en función del sexo de los profesionales de enfermería subordinados
09. Otros	Cualquier otro aspecto que no pueda ser clasificado en las anteriores

Tabla 9: Matriz definitiva de categorías con las definiciones. Elaboración Propia.

En este primer análisis, los resultados de frecuencia de los temas abordados por los hombres y mujeres entrevistadas se muestran en la siguiente tabla:

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	HOMBRES	MUJERES
1.1. Competencias para la gestión	3,04%	3,27%
1.1.1. Competencias adquiridas	0,38%	0,37%
1.1.2. Competencias previas	0,45%	0,15%
1.1.3. Experiencia en Gestión	1,33%	2,23%
1.1.4. Formación Gestión	0,99%	0,68%
1.2. Procedimiento de Selección	3,4%	3,3%
1.3. Cargo anterior	2,15%	2,07%
2.1. Pautas organizativas enfermeras	2,53%	3,83%
2.2. Nivel de Autonomía	2,26%	1,55%
2.3. Primaria versus Hospital	0,39%	2,19%
2.4. Relaciones con subordinadas	1,42%	1,45%
2.5. Relaciones Staff	5,1%	4,29%
2.6. Rol de sumisión	1,63%	1,29%
2.7. Enfermeras vs médicos	2,26%	1,77%
3.1. Coste personal	2,84%	3,32%
3.2. Coste profesional	2,36%	1,53%
4.1. Estrategias conciliación	3,78%	2,48%
4.2. Estrategias para sí mismos/as	0,45%	0,71%
5.1. Expectativas personales y profesionales	1,93%	2,69%
5.2. Percepción del colectivo enfermero	8,05%	7,28%
5.3. Evaluación expectativas (objetivos)	1,63%	1,22%

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	HOMBRES	MUJERES
6.1. Acogida de la decisión	0,57%	0,73%
6.2. Motivaciones personales y profesionales	8,47%	9,75%
6.2.1. Motivación del Colectivo	0,99%	1,98%
6.2.2. Motivación por el cargo	1,94%	2,02%
6.2.3. Motivación por la empresa sanitaria	1,44%	1,53%
6.2.4. Motivación por los estudios	1,42%	1,29%
6.2.5. Motivación y Acciones de Liderazgo	3,3%	3,53%
7.1. Formación en Gestión	1,38%	0,6%
7.2. Formación Grado	2,58%	1,5%
7.3. Otra Formación	0,63%	0,91%
7.4. Relación con la Universidad	1,12%	1,01%
8.1. Autopercepción como Jefas/es	3,33%	2,63%
8.2. Cuotas	1,69%	1,27%
8.3. Identidades profesionales - Género y liderazgo	8,37%	8,53%
8.4. Políticas de Igualdad	3,52%	2,52%
8.5. Segregación Vertical	2,59%	3,89%
8.6. Sexismo	1%	1,03%
8.7. Trayectorias Enfermeras	4,06%	3,49%
8.8. Percepción enfermeras según sexo	3,22%	4,12%

Tabla 10: Resultados de frecuencia de los temas abordados por las/los entrevistadas/os

Procedimiento de Análisis

Para analizar los textos resultantes de las categorías en la investigación cualitativa se pueden utilizar múltiples procedimientos que se sustentan en perspectivas teóricas que buscan comprender las opiniones de las personas entrevistadas más allá del hecho individual, como una representación de la identidad social del grupo al que pertenece. Entendemos por tanto, como dice Bourdieu, que las opiniones y representaciones de las personas son parte de la identidad social que nace de los grupos y están relacionadas con la posición social que ocupan (Bourdieu, 1988). Desde esta óptica teórica trataré de generar un modelo que explique, a nivel conceptual, el fenómeno del liderazgo en Enfermería desde la perspectiva de género.

El procedimiento de análisis lo abordamos desde dos momentos distintos. En primer lugar llevamos a cabo un análisis de contenido y, posteriormente un

análisis del discurso, siguiendo las recomendaciones de Gil-García (2015). En ambos casos, tomando como eje transversal la perspectiva de género, que pone en relación la posición que ocupan las personas con el sistema sexo/género. Sistema que percibe y posiciona de forma distinta y desigual a hombres y mujeres como consecuencia de las expectativas y estereotipos diferentes en relación al sexo.

El análisis de contenido es una técnica o procedimiento utilizado en distintas disciplinas, fue definido por Berelson en 1952 como “una técnica que pretende la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación” (Gil-García, 2006). Años más tarde, Krippendorff (1990) orienta el análisis a la posibilidad de realizar inferencias reproducibles y válidas de los datos teniendo en cuenta el contexto en el que se producen. Desde este planteamiento el análisis no se limita al contenido explícito en el texto sino que va más allá, trata de hacer inferencias reproducibles (López, 2000).

El procedimiento que he seguido para llevar a cabo el análisis de contenido de las entrevistas y la observación ha constado de tres fases:

1. Explorar la forma o estructura del texto, teniendo en cuenta el tipo de lenguaje utilizado, la frecuencia o ausencia de los temas, el orden, la redundancia, los significados que adoptan las distintas categorías y su relación con los perfiles de las personas entrevistadas. En este momento adquirieron gran importancia las notas de observación que recogí durante el trabajo de campo y las reflexiones o memos recopiladas en el proceso de codificación.
2. Definir las categorías teóricas para ello tuvimos en cuenta los objetivos de la investigación y a partir de una lectura atenta de los textos identifiqué categorías y/o códigos emergentes. Las categorías fueron etiquetadas y definidas. Las definiciones, al no estar recogidas en la literatura, nacieron del marco teórico y fueron perfiladas mediante el proceso de triangulación con mi directora y director de tesis. Una vez definidas las

categorías el siguiente paso fue vincular o asignarles fragmentos de textos tal como plantean Seidel y Kelle (1995).

3. Codificar los textos teniendo en cuenta el esquema de categorías. Posteriormente puse en común los resultados de la codificación. El objetivo de la triangulación fue llegar a acuerdos, consistentes y cohesionados en relación a los fragmentos de textos asignados a las categorías de análisis. Codificados los textos en las categorías, tuve en cuenta los niveles sintáctico, semántico y pragmático (Krippendorf, 1990; Gil-García et al., 2002; Flick 2004). Pasamos así de una fase disociativa de los textos a otra sintética de agrupación relacionada con las categorías consensuadas.

Para analizar el fenómeno de *techo de cristal*, llevé a cabo un análisis del discurso. En este caso, tuvimos en cuenta las aportaciones de Austin relacionadas con los actos de habla (Austin, 1982). Para este autor, hablar conlleva realizar una acción que tiene un fin y un sentido, construir un discurso es crear un acto comunicativo. La materia prima del discurso es el lenguaje que puede adoptar gran variedad de formas. La construcción del discurso dependerá de la valoración que la persona entrevistada adopte hacia de la situación, de la visión del mundo que tenga, de las intenciones o fines que pretenda, de las características de los destinatarios, del fin que persiga y de las estrategias disponibles. Y todo ello, bajo el principio de coherencia y cohesión. Asimismo, tuvimos en cuenta las metáforas que se utilizaban para reforzar los argumentos (Lizcano, 2006) y el lenguaje corporal con el que las transmitían. Trato de poner de manifiesto los elementos que favorecen y con los que se relacionan, los significados que le otorgan y la lógica que subyace en el *techo de cristal*.

Existen diversos modos o procedimientos de llevar a cabo el análisis del discurso. Unos más centrados en los aspectos lingüísticos y/o semióticos del lenguaje (Briz, 2000), otros más interesados en la reconstrucción del sentido y su relación con la posición social de los entrevistados o por las ideologías (Conde,

2007; Murillo & Mena, 2006). Nosotros optamos por la opción de análisis crítico del discurso y me centré en las ideologías, definidas como las representaciones mentales compartidas (Van Dijk, 2003). Para ello seguí las recomendaciones propuestas por Soledad Murillo y Luis Mena y que denominan "*las tres lecturas*".

Primero llevé a cabo una primera lectura rápida de los documentos, en las que anoté las impresiones y las posibles interpretaciones. En una segunda lectura identifiqué los grandes temas y los significados que le otorga, a la vez que observaba y anotaba cómo y por qué se cambia de referente, se pasa de un tema a otro, tratando de descubrir la importancia relativa de cada tema y vincularla con las diversas posiciones sociales. Especial atención tuve con los silencios, las risas, las paradojas, las metáforas, los lugares comunes, las obviedades. En la tercera lectura, más transversal, busqué la coherencia argumentativa, el modo en que se aborda y explican los distintos temas (Murillo & Mena, 2006). Estas lecturas me permitieron identificar en los textos las trabas estructurales, sociales y políticas consecuencia del sistema sexo/género e identificar discursos de género en las personas que ejercen el rol directivo.

Capítulo IV: RESULTADOS

Capítulo IV: RESULTADOS

Los resultados que procedemos a comentar se agrupan en seis apartados que intentan dar respuesta a los objetivos planteados.

1. Las enfermeras en los cargos directivos del Servicio Andaluz de Salud

De toda la Administración Pública de la Junta de Andalucía, según revelan sus datos de plantilla, el personal del Servicio Andaluz de Salud es el más feminizado. De las 73.434 personas registradas, el porcentaje de mujeres y hombres en 2015 fue del 65,8% y el 34,2% respectivamente, con un denominado Índice de Presencia Relativa de Hombres y Mujeres en términos globales de (IPRHM) de 1,32, un punto por encima que el año anterior (en 2014 el IPRHM=1,31) (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2016).

En términos globales, el área que más efectivos concentra es la asistencia especializada, donde prestan sus servicios el 51,6% de la plantilla y tiene una mayoría notable de mujeres (IPRHM=1,40). A continuación se encuentran las áreas sanitarias, con el 28,1% del personal, la atención primaria que aglutina el 16,6%, con un equilibrio representativo (IPRHM=1,16) y, por último, la cuota correspondiente a la unidad de gestión del personal en formación²⁰, que representa el 3,2% del personal del SAS y otros servicios sanitarios menores con apenas el 0,5% del total.

En términos específicos, el colectivo más numeroso y feminizado del Servicio Andaluz de Salud, es el de Enfermería. Según los datos facilitados por la Dirección de Personal, en diciembre de 2016, son 23,109²¹ los profesionales de

²⁰ Fundamentalmente cuerpo de médicos residentes (MIR) y especialidades de enfermería residentes (EIR), también, aunque en menor proporción, farmacéuticos residentes (FIR).

²¹ 751 menos que en 2014.

enfermería registrados, de los cuales 17,675 son mujeres (el 76,49 %) y 5,434 hombres (23,51 %). Atienden a una población de 8.411.205 personas, con una ratio enfermera/paciente muy por debajo de sus homónimos en la Unión Europea, ya que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en su informe sobre el número de enfermeras por 1000 habitantes sitúa a España en el puesto 28 de los 34 países participantes (OCDE, 2014b)²² y el Consejo General de Enfermería (CGE) sobre esta misma ratio la sitúa en el puesto 22 con 508 enfermeras por 100.000 habitantes frente a los 811 de la media europea (Consejo General de Enfermería,2014):

Por área sanitaria, la distribución por género de los profesionales de enfermería del SAS, a fecha de diciembre de 2016, arroja los datos que se recogen en el gráfico 10. Así se muestra en cifras el nivel de feminización y nos permite analizar dónde se sitúan los pocos hombres de la profesión.

²² Para más información está disponible en www.oecd.org/health/healthdata. Y sobre el trabajo de la OCDE acerca de España en www.oecd.org/spain

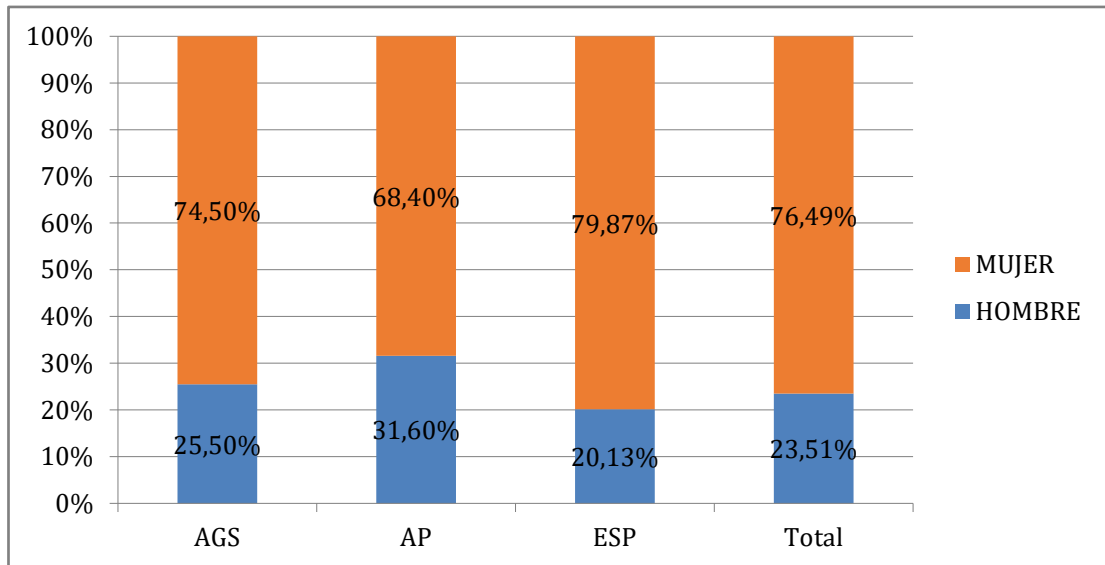


Gráfico 10: Distribución de Profesionales de Enfermería del SAS por Género y Área Sanitaria. Datos facilitados por la Dirección General de Profesionales del SAS (diciembre 2016). Elaboración propia. (AGS: Área Gestión Sanitaria; AP: Atención Primaria y ESP: Atención Hospitalaria)

Se observa un cambio de tendencia en relación a la presencia de los hombres, que actualmente se sitúan preferentemente en AP, con un margen de hasta 10 puntos en relación a la AH, donde históricamente se han situado. Cuando los practicantes y APD se extinguieron, los hombres emigraron hacia la especializada, pues la atención sanitaria no hospitalaria se organizaba en los ambulatorios, que se quedaron llenos de enfermeras que ejercían una labor auxiliar y subordinada a la práctica médica. Como los avances y el prestigio se desplazó a los hospitales, fue frecuente su incorporación en servicios especiales, con perfiles de alta cualificación tecnológica y de carácter más biomédico, como urgencias, UCI, radiología, hemodiálisis, como podremos comprobar en los resultados de esta investigación. Actualmente, el auge de la atención primaria como línea prioritaria de la atención sanitaria, ha redundado en la imagen profesional y en los niveles de autonomía de la práctica, reconocidos para la Enfermería. Por tanto, no sorprende que a ese hábitat prestigiado y con más posibilidades de trabajo autónomo, en la actualidad, acudan más hombres. Las

mujeres sin embargo, eran y siguen siendo mayoría en las plantas de hospitalización, caracterizadas por el trato directo con los pacientes.

El porcentaje de feminización por provincias nos lo muestra a groso modo el gráfico 11. Como puede observarse las más feminizadas son Granada, Almería y Córdoba. Destaca Cádiz que cuenta con el índice más alto de masculinización, con un 27,85 %, seguida de Huelva y Málaga, aunque los datos no arrojan grandes diferencias.

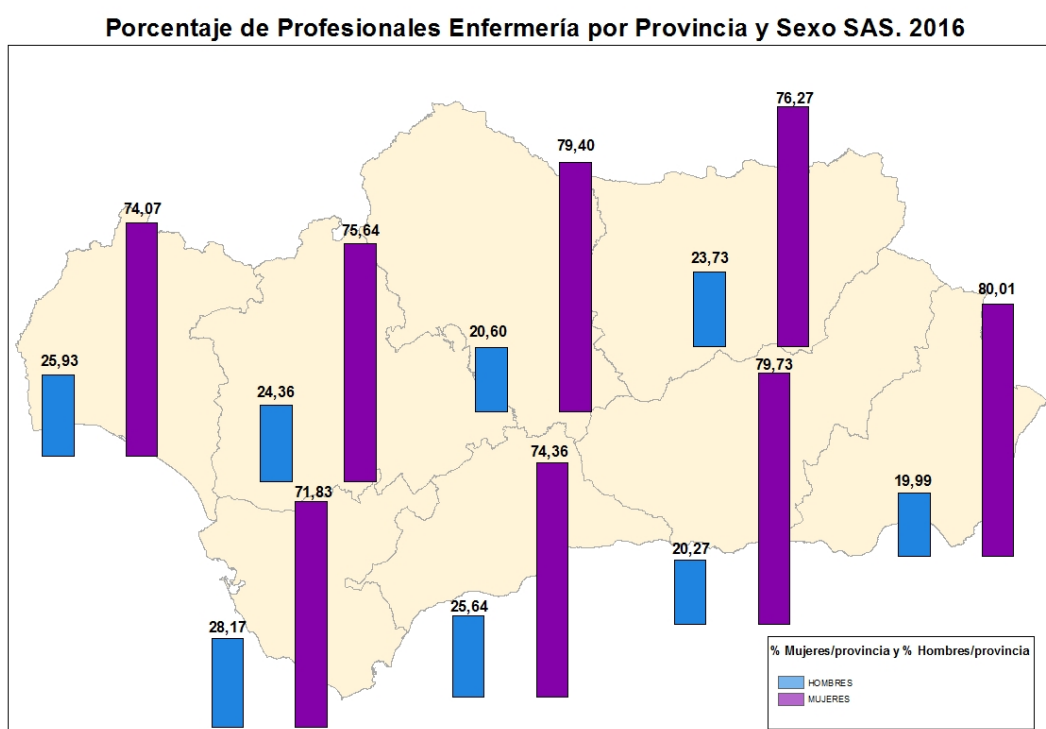


Gráfico 11: Distribución de Profesionales de Enfermería del SAS por Género y Provincia. Datos facilitados por la Dirección General de profesionales del SAS (diciembre 2016). Elaboración propia.

Para gestionar al colectivo y al producto enfermero, en la red sanitaria pública andaluza, según los datos facilitados desde el Plan Integral de Cuidados de Andalucía a fecha de diciembre del 2016, había nombrados y en ejercicio 44 puestos directivos.

Se distribuyen de la siguiente manera:

- 13 Direcciones de Enfermería en Atención Hospitalaria (AH)
- 14 Direcciones de cuidados en los distritos Atención Primaria (AP)
- 3 en Direcciones Gerencias
- 13 Direcciones de Enfermería en Áreas de Gestión Sanitaria (AGS).

Y la máxima autoridad de las enfermeras que es la directora del Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PICUIDA), Nieves Lafuente. Estos cargos componen el marco directivo de Enfermería en el sistema. Si reparamos en los índices de ocupación del cargo por provincia y sexo que nos muestra el gráfico 12, encontramos datos disonantes. Primero porque las mujeres están infrarrepresentadas y los hombres sobrerrepresentados, y segundo porque se da el caso en algunas provincias, como Sevilla, que con un porcentaje del feminización 74% sólo hay una mujer que ostenta un cargo²³ de directora, el resto son hombres, precisamente en la provincia donde está física y políticamente el poder. Quizás de todas, la más coherente sea Córdoba, que teniendo mayor número de efectivos enfermeros mujeres, es junto con Cádiz la que posee más mujeres ocupando los puestos directivos de sus respectivas provincias.

²³ En este sentido el cargo de Directora del PICUIDA no se ha contemplado como cargo de la provincia de Sevilla, ya que lo es de toda Andalucía, aunque el centro logístico se encuentre en las dependencias de los Servicios Centrales del SAS ubicados en Sevilla.

2. El procedimiento de acceso de los profesionales de Enfermería a la función directiva en el Sistema Andaluz de Salud

En este apartado se presentarán los resultados en relación a los procesos de acceso a la función directiva que han experimentado los cargos directivos entrevistados. En primer lugar en relación a la designación por parte de las direcciones- gerencias de los centros, y en segundo a las competencias para la gestión que acreditan para el puesto. En ambos sentidos, desentrañando las variaciones que tanto por el género, como por la distinción por niveles de atención sanitaria pueda imprimir en el procedimiento. Al final de cada subapartado se incluyen tablas resumen 11 y 12 para hacer más fácil la comprensión.

2.1. Incorporación a la función directiva: La designación para el cargo

En términos generales, es un proceso que presenta mucha variabilidad y, a pesar de que los mecanismos estén articulados, parecen depender finalmente de la decisión del gerente, con matices diferenciadores entre AP y AH. Los relatos de los cargos directivos entrevistados muestran puntos comunes en cuanto a la forma, aunque en el fondo pueda apreciarse distinta la orientación de los directivos varones a la de las directivas mujeres y en ocasiones aparecen aspectos de la estereotipia. Sobre todo, el tono, las expresiones, donde ponen el acento, merece ser revisado y analizado. Así, en adelante desentrañaremos los elementos comunes que se dan en el proceso de selección de cargos en Enfermería y la experiencia de hombres y mujeres, resaltando los aspectos más relevantes que aparezcan, a nuestro entender, en sus discursos.

El elemento común más potente y en el que coinciden el 90% del total de participantes es que no pasan un proceso reglado para ser promocionados/as a los cargos de gestión en este nivel.

"Los cargos directivos no pasan! un proceso de selección ". África

Indagando en los mecanismos que están presentes en la designación he preguntado sobre los criterios que se barajan y los ponen en valor, en relación a la propuesta que les oferta la Gerencia. En este sentido, uno de los que más se repite es que se conocen, que han trabajado juntos, que han coincidido y compartido su trayectoria profesional:

"Yo conocía al gerente de etapas anteriores del mundo de la calidad, que los dos habíamos trabajado juntos en algunos proyectos, ¿no?". Álvaro

" al puesto llego porque la gerente del distrito.., es nombrada gerente del área sanitaria(XX). Y llevo con ella trabajando desde entonces, pues los cuatro o cinco años que estaba en el distrito y ella me propone... que me vaya con ella como directora de Enfermería a la AGS. Y así llegué". Coral

Y esta circunstancia concurre en los tres ámbitos AP, AH y AGS. Así, Marina es nombrada directora de AGS tras haber ocupado otros cargos previamente:

"En esta no; en esta ha sido una propuesta directa". Marina

A este respecto, un director de AH contesta a mi pregunta:

"S= Me dices que llegas al cargo porque te lo propone tu gerente? Sí". Álvaro

Y ocurre lo mismo en Primaria, al menos este directivo así lo relata:

"el gerente a mí me llamó previamente, como ocurre en todas las designaciones. Que te llama previamente y te dice "Oye he pensado, que la persona que está se va a ir, que yo creo que tal...". Manuel

Quizás actualmente puedan estar más regulados, pero la Gerencia tiene capacidad de influir, como relata este participante llamando y "tanteando" previamente y articulando la manera de no encontrar competencia.

“No... eh... Por aquel entonces no había proyecto! -ahora sí que lo hay- pero por aquel entonces no había proyecto de trabajo, sino que entregabas el currículum. Y por otro lado hacías la entrevista, y en la entrevista pues hablando un poco de Enfermería, de cómo organizarías, de cómo gestionarías, etcétera, ¿no? Eso es lo que realmente es!, para la manera de optar. En mi caso sólo me presenté yo”.
Manuel

Aunque los hombres con cargos directivos que han sido designados por el mismo método y criterios, para resaltar su designación fundamentan su acceso en la normativa que regula el proceso y en el apoyo recibido directamente del gerente. Así, Julián refuerza su argumentación en la normativa recogida en el BOJA en relación al procedimiento que se debe seguir en los hospitales:

"el proceso de director de Enfermería está recogido, y está recogido en BOJA, y tiene una... y tiene procedimiento, ¿no? Ese procedimiento es: cuando sale vacante la Dirección de Enfermería... se puede presentar cualquier persona y... eh... la Junta de Enfermería, de esas personas que se presentan, eligen una terna. Y el gerente, de esa terna, pues elige al director de Enfermería". Julián

Este puede verse influenciado, así Cayetano declara abiertamente que el candidato era él y admite el sesgo del procedimiento:

"... la gerente vino a la Junta de Enfermería dijo que yo iba a ocupar provisionalmente el puesto y... que, cuando llegara el momento, pues... que esperaba una buena terna, pero que su candidato era yo, con lo cual condicionó muchísimo el proceso selectivo"(...) estuvo muy sesgado desde luego. Estuvo muy sesgado, sí. Pero bueno...". Cayetano

La mayoría de los entrevistados reconocen que el/la gerente decide el resultado de la terna que propone la junta de Enfermería y por tanto, el cargo responde en gran medida al apoyo del gerente.

" Y la Junta de Enfermería lo que votó fue.., si no se pronunciaba o si apoyaban mi candidatura. Y decidieron apoyar mi candidatura". Cayetano

Parece ser que el trasfondo real que está detrás de esta aparente participación del colectivo en la elección de los cargos y la consecuente autonomía de la división de Enfermería en los hospitales públicos andaluces, no

es tal, ya que al parecer, el gerente tiene la potestad de rechazar la terna cuantas veces estime oportuno:

"Y además tiene que tener en cuenta nuestra participación en las Juntas Facultativas, que le puede presentar la terna. Pero al final eh... la modificación de la terna es: hasta que no le presentas la terna que va a la persona que él quiere, no hay forma de sacar el directivo. ¿Eso qué quiere decir? Que el directivo depende absolutamente del Gerente de turno... el directivo de Enfermería. Y el Gerente de turno, en la inmensa mayoría, es de otra profesión y ve la sanidad desde la óptica – queramos o no queramos – de esa profesión". Pedro

En Atención Primaria no existe la terna y, por tanto, el procedimiento parece ser distinto, aunque en los testimonios recogidos tampoco hemos encontrado homogeneidad. Así, hay veces que son nombramientos directos y otras en las que se solicita un pequeño proyecto. Pero sigue siendo el conocimiento y la relación directa o diferida "gerente- directivo de Enfermería designado", lo que emerge en la mayoría de los discursos y en ambos contextos es que se produce un sesgo en el procedimiento de selección:

"Él me conocía a mí... había trabajado con él de enfermero.en la época de adjunto, Me conocía nada más que de reuniones en el distrito, pero sí me conocía como enfermero porque él era mi director, aunque nosotros no teníamos trato.....; pero sabía cómo trabajaba. También conocía -sabía- que no tenía ninguna enemistad por parte de nadie!". Manuel

"Hay personas que, digamos que de alguna manera, eh... parece que se ve claramente que tiene digamos eh... eh... parece que se ve claramente que tienen muchos enemigos, ¿no?, y hay personas que parece que no tienen ningún enemigo... o por lo menos no se muestran. Entonces sabía de eso también...". Manuel

En el acceso a la función directiva de las mujeres, ocurre algo similar y aparece de nuevo en las entrevistas realizadas, el conocimiento y la relación previa con los gerentes, -mayoritariamente hombres-, o personas de su entorno, como un factor determinante. Pitita, África y Paloma así lo relatan, remarcando un procedimiento y unos valores o cuestiones que están influyendo para ser

designadas, en la línea de la relación personal y/o profesional que existiera previamente y que son conocidos:

"Vamos, yo te digo por qué estoy en el... en este puesto: por mi compromiso con la gerente que es mi amiga, porque con otra persona no... no estaría, siempre lo he dicho. Es como te digo como... Mi... mi estar en la gestión es por un compromiso personal con la persona que está ahí, y pienso que seguí... que volvería.... ". Pitita

"Después de eso, a los tres años o cosa así, ya empiezas a relacionarte a otro nivel (...)total que me ofrecieron..." . África

"Hicimos un buen equipo de trabajo; yo creo que también eso es la clave. Ella vio que podía trabajar conmigo, que compartíamos -los puntos más importantes que eran los principios de la organización los compartíamos-, teníamos ideas muy! parecidas. Después yo! tenía experiencia y ella necesitaba una persona con experiencia en gestión". Paloma

Las mujeres se muestran más críticas a la hora de valorar el proceso de selección. En sus discursos no aparece la normativa. Consideran que además del conocimiento de la persona que ofrece el puesto (1), existen otros aspectos que refuerzan el acceso tales como que el aspirante le genere confianza (2), la experiencia y la capacidad previa (3) y ser capaz de proponer acciones y tener iniciativa (4):

(1)*"Y, en ese momento, la que era gerente del Hospital Materno-Infantil cuando yo trabajaba en el materno-infantil, la nombran gerente del hospital y me llama". Eva*

(2) *"... porque eso es en cuanto a conocimientos y actitudes, ¿no? Pero después hay una parte que es personal! -que yo creo que se tiene o no se tiene, o la encuentras o no la encuentras, o lo ven... el que tienes sentado en frente no lo ve- que es la capacidad de transmitir y de llegar". Amparo*

(3) *"... bueno, considera el gerente que en la nueva estructura, por mi forma quizás... de conocer la primaria, de ser más abierta, de poder establecer de forma... una coordinación global entre los dos hospitales -porque los dos hospitales son muy diferentes y cada uno tienen una cultura muy distinta- entonces vieron que quizás la persona más... con una visión más completa -al estar en la primaria, porque llevaba la primaria de un lado y de otro... les pareció oportuno y me lo propusieron." Marina*

(4) "Entonces le propongo, veniros al hospital... y utilizar las instalaciones de las consultas externas de tarde, que estaban sin utilizar. Digo, pues entonces, se aprovecha el mismo local y nos vinimos aquí. Y ya una vez aquí seguí llevando los periféricos... y consultas externas..." . Petra

En ocasiones, refieren un proceso complementario al apoyo para el ascenso de los cargos superiores. En este sentido, se pregunta a los cargos inferiores y los y las compañeros/as, animan y señalan a una determinada persona para el puesto desafiando o apuntalando el criterio de los superiores.

"Pudo influir tanto que él le preguntara a sus amigos -a su gente-, que le dieran algún nombre -o varios nombres- y él pues... le pudo parecer bien el mío, por lo que ya me conocía y que considerara que era..." . Patricia

Sea cual fuere el mecanismo que subyace en la decisión de las gerencias, el requisito común, tanto para centros de AP como de AH, es que la persona candidata esté previamente inscrita en la bolsa de directivos del SAS, indicando su disponibilidad para un área o centro concreto. Pero aunque esto pueda parecer regulador, en la práctica, cualquier persona que acredite la titulación de Enfermería y adjunte su currículum vitae, es candidata. Algo que no parece congruente con el implantado sistema de competencias para profesionales, concretamente con la especificación de las competencias directivas. Incluso, como expresa esta participante, la falta de requisitos en el procedimiento, se percibe hasta frustrante. Y resulta curioso, que este tipo de comentarios, en ningún caso aparezca en los hombres entrevistados, ellos no lo cuestionan. Así lo pone de manifiesto esta directora de hospital:

"..... Es algo que... yo creo casi que me decepcionó! Porque yo considero que tengo una buena formación, ...todo lo que he hecho además lo he hecho por... por seguir avanzando profesionalmente, y me sorprendió mucho que cuando tú te registras en la bolsa de directivos, simplemente te piden tus datos y que cuelgues tu currículum. Pero nada... no te piden unos requisitos mínimos, ¿no? Y a mí eso me..." . Rosalía

Por otro lado, la inscripción en esa bolsa puede ser a posteriori y, aunque el decreto en cuestión no le establece así, en la práctica es un trámite que se

puede cumplimentar sobre la marcha (1) o incluso pasarlo por alto (2). Y resultan dos procedimientos irregulares, no sólo porque lo cumplimentan a posteriori, tras haber sido elegidas previamente, sino porque no mencionan que haya convocatoria en BOJA, al menos en ese momento, con lo que la “Bolsa” es un recurso intermitente, un mero protocolo utilizado a conveniencia:

(1)" ... una vez que ya me... me entrevistó el gerente y me propuso ser directora de Enfermería, para poder acceder al cargo directivo tenía que estar en una especie de bolsa de directivos del... del SAS. Pero lo rellené en su momento... no hubo convocatoria por BOJA ni nada porque no lo había; era, eso, por selección del gerente y ya está". Marisol

(2)"Sí, hay una bolsa de directivos donde tú te inscribes y... y yo no tuve que pasar... Fue como un cargo de confianza....." . Concha

Esta cuestión por tanto aparece en las designaciones para las direcciones en el ámbito de Atención Primaria y, aunque más camuflada, también se recogió en el medio hospitalario. Así de sorprendida por la falta de requisitos se manifiesta esta participante, directora de hospital:

"Nada, nada ijino te piden nada. Tú entras en la bolsa de directivos, te das de alta y luego te elige la Junta de Enfermería. A mí aquello [RISAS] me... me llamó mucho la atención. Yo pensaba que era otra, ¿no?... que habría a lo mejor alguna... algún tipo de... requisito mínimo... Bueno el requisito creo que es ser diplomado y... y no sé si hay alguno más pero no es...". Rosalía

Al no existir proceso de selección o existir oficiosamente parece necesario destacar en una suerte de ejercicio discrecional de la profesión para conseguir el cargo directivo, un reconocimiento a tu trayectoria y propuestas diferenciales, saltando incluso puestos previos habituales (aunque a bastantes participantes les avale una experiencia previa como cargo intermedio o similar, también pueden llegar sin ella a un puesto directivo). Por tanto, cuando describen un proceso de selección en numerosas ocasiones nos encontramos con candidatura única o “cargo de confianza” (1) y un discurso que afirma que entran directamente (2):

(1) *"se fue el... director... entonces coordinador de Enfermería, y el jefe, pues, me pidió que me quedara con la dirección". Amparo*

(2) *"... me ofertaron la Dirección de Enfermería, así....., directamente". Amparo*

Y parece ser que la entrevista del gerente es determinante, aunque como nos relata esta participante, no sea muy formal, al estilo de los profesionales de recursos humanos:

"Pero una "entrevista" no te creas una "entrevista formal"!, ¿vale?, deee... como... de selección que yo conozco y sé, ¿no?, que de la parte Si no, bueno, "formal" porque nos reunimos y tal -como [RISAS] que fue formal- y porque yo no lo conocía. Yo le pregunté cosas, él me preguntó a mí, estuvimos charlando y tal, la disponibilidad no sé cuántos y de que tal: que sabía mi trayectoria, que creía que podía formar parte del equipo, que no sé cuántos, pum, pum". Sabrina

Estas cuestiones están actuando como elemento distorsionador del proceso, ya que explicitadas las competencias para los directivos en el MGC, estas parecen no ser tenidas en cuenta. Así lo dicen las entrevistas tanto de los participantes del medio hospitalario (1), como en áreas de gestión sanitaria y AP (2). Y, a pesar del MGC, se valora más el trabajo diario, la relación previa y las cualidades (3) que se les supone, que el que tengas formación adecuada:

(1) *"Tú llegas a un cargo de dirección, le caes bien el gerente; te nombra". Lola*

"Me sorprendió mucho que no te exigen nada para ser directivo, eh." Rosalía

(2) *"Y fue cuando me llamó el anterior gerente del SAS para ofrecerme la Gerencia de un área de gestión sanitaria que integraba hospital y atención primaria". Julián*

"El proceso de selección era el que había estipulado jj. Es decir, por libre designación por parte del director del distrito". Manuel

(3) *"cuando esta mujer vino y me dijo "yo quiero que te vengas a trabajar conmigo", entonces le dije "¿por qué?"... ¿Por qué? Y ella me dijo "pues bueno, por lo que has hecho en el quirófano de urgencias". Merche*

Este elemento de subjetividad que encontramos en el procedimiento, puede incluso exacerbarse. Pues hay veces que este factor del conocimiento previo de la persona, la percepción de sus capacidades o la sintonía que exista entre ésta y el gerente/a se pone por encima incluso, de la procedencia o de que la función de la persona propuesta esté fuera del ejercicio asistencial y/o de poseer experiencia previa como cargo intermedio (1). Un extremo de ascenso por la confianza adquirida con otra persona es el caso de Coral, quien sólo menciona relaciones profesionales de confianza y de amistad en sus ascensos (2)

(1)"Saqué la oposición.....Me incorporé en el año... como técnico de función administrativa en el hospital de y estuve, bueno, pues llevando diferentes temas. Llevé responsabilidad patrimonial, llevé formación en ese.... En el año ... pues el gerente del hospital me ofrece la Dirección de Enfermería del centro. La verdad es que... en esos.... años yo tuve más contacto con el gerente, porque... cuando eres... vamos, cuando he trabajado como enfermera, pues la verdad... no tuve...". Juana

(2) "Y así llegué `mi mentora, mi compañera de viaje -porque es mi compañera de viaje- es mi gerente'. Estamos juntas desde... cuando trabajamos como profesionales, ella médico y yo enfermera en A(...). Luego ella se fue de directora médico -entonces se llamaba directora asistencial- y cuando fue directora gerente me fui con ella a la dirección de Enfermería". Coral

La confianza juega un papel más importante cuanto más alto es el puesto al que accedes, y no solamente en puestos de centros asistenciales, también se da esta circunstancia en el ámbito más político, con más influencia, aunque sea una absoluta desconocida, y desconozca el puesto y la función del servicio que se le propone:

"Cuando llegué a los servicios centrales..., llegué... Fíjate tú, cuando llegué la primera vez físicamente yo no sabía ni a donde estaba aquello, ni que era, ni a mí me sonaba!..." . Malena

Y ante la falta de requisitos de perfil profesional, de baremo de méritos, o incluso de que te exijan que presentes una memoria, un proyecto, en ocasiones es la propia preseleccionada la que lo ofrece:

“Sí. Bueno ¿preparar?.Quiero, decir... yo personalmente, bueno, le mandé el currículum y le dije un proyecto... no... no era escrito, sino que tuvimos varias conversaciones y era mi proyecto de cómo me gustaría avanzar en los cuidados, ¿no? ... y así se los conté, ¿no? Y... no un documento escrito, pero sí le dije que quería hacer un instrumento...”. Nerea

“Entonces lo que sí hice fue preparar un proyecto de gestión que acordé con él de que iba a preparar un proyecto, y si a él le parecía oportuno...y me dijo que sí” . Patricia

Es interesante remarcar la incongruencia entre el procedimiento de selección de un directivo y el procedimiento para conseguir un cargo intermedio. En este caso sí existe un proceso de competencia. Para aspirar al cargo hay que elaborar una memoria, que es evaluada y por la que pueden ser seleccionados,-aunque la cuestión del ofrecimiento previo se mantiene-. Bárbara, que ha sido cargo intermedio, nos ilustra el procedimiento:

"Primero me lo proponen y después presenté mi proyecto de gestión con mi currículum, pero claro estaba yo sola, al proponértelo sabes que va a ser para ti el puesto, en el caso de la coordinación yo me preparé mi proyecto de coordinación y lo defendí junto con otras compañeras y en base a eso pues nos dieron una puntuación u otra para optar al puesto." Bárbara

Cuando hay varias personas interesadas (1) emergen procesos de selección más reglamentados para descubrir perfiles que no han logrado ese acceso a las personas con poder de decisión o tienen una relación más distante (2). Aurora nos describe un proceso de selección reglado al que se presenta por iniciativa propia (3) y cómo al ser la plaza convocada, en principio para un colega varón, pusieron en duda su iniciativa y la desmotivaron (4). Una vez conseguido el puesto, la red de formación, cooperación y acompañamiento en el desempeño de la función actuó a su favor (5):

(1)“Bueno, me tuve que meter en la bolsa de directivos, la dirección de Enfermería y médica se eligen en la junta (...) en la Junta de Enfermería con una terna. Entonces... vamos se presentaron más candidatos, hay unas votaciones y después la gerente es la que... que decide. Yo en este caso pues... tuve más votos que el resto, ¿no?... pero, así fue”. Petra

(2)"Hubo un cambio en Gerencia, convocaron una plaza y me presenté a la dirección de Enfermería junto con otras cinco personas. Nos presentamos seis personas a la Dirección de Enfermería y, bueno, finalmente, pues... después de las entrevistas, del trabajo, de la presentación de la memoria y de todo este tipo... de procesos, pues al final llegué a la dirección de Enfermería y, bueno, aquí llevo yaaa... pues... 10 años [BREVE SILENCIO]". Aurora

(3)"Yo no llegué a la dirección porque nadie me dijera "preséntate que te vamos a poner", no; para nada!. De hecho estuvo la cosa muy... muy reñida [RISAS]. Sí." Aurora

(4)"No, no. No me lo propusieron en ningún momento. Es más, el Gerente me preguntaba si de verdad yo me quería presentar a esta dirección y yo siempre entendí como que no tenía mucho de... a mi favor en... por... por él. Y... no, no; no me lo propusieron. Me presenté yo, me presenté yo..." . Aurora

(5) "A partir de que fui la Directora de Enfermería, el apoyo del Gerente fue excepcional. Él me apoyó muchísimo y me enseñó muchísimo también (...) Tuve mucha suerte, eh. Porque he tenido unos compañeros en el equipo directivo que me han enseñado muchísimo". Aurora

Cuando establecemos la diferencia entre niveles asistenciales observamos que las enfermeras directivas, al igual que ellos, relatan procesos distintos. A veces son nombramientos directos y otras en las que se solicita la presentación de un proyecto:

"En principio eh lo que se presenta es una pequeña memoria pero no... no es un proceso de selección" Coral

Pero sigue siendo fundamental el conocimiento y la relación con "gerente- directivo de Enfermería designado". Y ellas también aprecian el sesgo del procedimiento de selección:

" Y por mí... inquietud y tal, en el sitio que estuve pues estuve en comisiones de trabajo y tal. Total, que el gerente me había conocido en grupos de trabajo, me lo ofreció y lo acepté." África

En este sentido, nos resulta llamativo que con procesos de selección arbitrarios, tan sólo una mujer tenga presente la noción de "enchufismo", aunque tan sólo sea para negarla

"Nunca ha habido ni una sola acusación de que yo estaba colocada por ser la mujer `de`, sino que todo el mundo ha diferenciado mucho lo que he sido yo y lo que ha sido él, a pesar de que hemos convivido en más de un puesto los dos, ¿no? Nunca, nunca... (...)De hecho he seguido estando y él sigue su... ha seguido su trayectoria; en algún momento hemos coincidido y en otros no...". Amparo

Este mecanismo también se hace muy visible en el caso de las direcciones en las fusiones donde dos centros se unifican administrativamente y de las dos direcciones debe quedar solo una. En este caso, la designación final demanda menos requisitos si cabe, la gerencia resultante simplemente suele decantarse por una de las dos existentes. Esta participante fue primero designada para ser la directora de un hospital comarcal y en la siguiente, -donde fusionaron ese hospital y el distrito-, de las dos cargos existentes, ella fue la seleccionada para ser la directora de la AGS resultante de la fusión:

"... el proyecto se lo presenté voluntariamente cuando... como directora del hospital de (...)Pero luego ya no. Porque ya el gerente que se quedó como gerente del área, era el gerente del hospital, entonces él ya me conocía...". Juana

"Pues ambos me propusieron irme con ellos, vamos. Eh... él me propuso irme de adjunta a la dirección de cuidados y ella me propuso irme con ella a la dirección de cuidados. Que además, bueno, pues sabes que los cargos de dirección son... son puesto de confianza... son... y nada. Y así fue, vamos. No fue de otra manera. [RISAS]". Fátima

Observamos en el discurso de una directiva entrevistada una percepción de autolimitación de las mujeres al puesto que actúa no sólo en el plano de motivación personal sino también estructural:

"Los hombres parece que siempre están más predispuestos a ocupar puestos que las mujeres, ¿no? Porque la mujer parece que siempre tenemos las trabas de la familia, de tener que organizar nuestra casa... Pero, es lo que te he dicho antes: yo ahora mismo, en mi equipo de mandos intermedios, tengo a más mujeres que hombres. Pero casi siempre ha sido... un rol más de hombre, ¿no? Parece que siempre los hombres han sido más propensos a ocupar los puestos directivos porque les ha gustado más que a las mujeres". Concha

"Yo es que la verdad es que salí absolutamente decidida a que no me iba a quedar, pero yo que sé, después cómo ya después me llamaron varias veces, y que "te lo pienses" y que...". Paloma

Otro argumento que aparece en el discurso de las mujeres ,y no en el de los hombres, es la dificultad y el sesgo que impone la normativa (1) y la influencia política en las designaciones, sobre todo si se trata de cargos de más nivel, tradicionalmente ocupados por profesionales de medicina (2):

(1) *"No hay ahora mismo un sesgo! ni por el sexo! ni por la profesión. Las limitaciones que tiene la propia normativa, que tiene muchas" Amparo*

(2) *"Es muy difícil asumir la dirección del distrito! siendo enfermera. Hay algunos casos en Andalucía, pero creo que están más -es una opinión, eh- creo que están más vinculados al hecho de... militar en una ideología, que al hecho de ser! enfermera". Amparo*

A modo de resumen:

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN POR SEXO Y COMÚN		
HOMBRES	COMÚN : Criterios Habituales	MUJERES
No hay competencia No proyecto Se apoyan en normativa	No pasan procedimiento selección Designación directa por gerentes/as Cargo de confianza	Proponen proyecto de forma voluntaria ante la falta de requisitos
No aparece bolsa directivos	Conocimiento y Relación directa o diferida del gerente con la persona designada	Aparece Bolsa Directivo: -Mero Protocolo -Frustrante
Se muestran disponibles "captan la atención" "venden lo que hacen"	Reconocimiento a trayectorias	Autolimitación
Responden afirmativamente	Proceso más reglado cuando hay varios candidatos (Más en H y AGS) (Aurora / Jerónimo)	Inseguras
Es más habitual Gerentes H designen a H		Enfatizan su compromiso afectivo con las gerentes que las designan
No lo mencionan		Normativa política constriñe Influencia Ideología Política

Tabla 11: Procedimiento de acceso por sexo

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN POR ÁREAS		
AH y AGS	AP	FUSIONES
Actúa la terna : - Más reglado - Rechaza la terna - Asiste Junta Enferm. - Defender proyecto si hay varios candidatos	Candidaturas únicas "Tanteo" previo	Menos Requisitos Exento de proyecto
	A veces un pequeño proyecto	Designación Directa
		Se opta por 1 directivo de entre los 2 provenientes de los centros que se fusionan
Bolsa directivos en el momento para "colocar" al candidato/a	Bolsa directivos a posteriori para "colocar" al candidato/a	

Tabla 12: Procedimiento de acceso por área sanitaria

2.2. Las competencias para el puesto. La formación en Gestión

El nivel competencial, el liderazgo clínico y la formación de los profesionales, debería funcionar como un elemento distintivo y un mérito para la designación de los y las líderes. Recordemos que es el propio plan de directivos del SAS el que explicita que sus objetivos tienen "la finalidad principal de conseguir los directivos que nuestra organización necesita para alcanzar con éxito su Misión como Sistema Sanitario Público"²⁴.

Sin embargo, según relatan los discursos, encontramos una gran variabilidad de perfiles y capacitación. La mayoría de los cargos entrevistados llegan a la formación específica necesaria para el desempeño una vez instalados

²⁴ remitirse a la tabla 6 del apartado 2.5. Tomada del Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Sevilla]: Consejería de Salud, [2006]. pag.59-60)

en la gestión, bien como directivos/as o como cargo intermedio y no siguen un patrón específico.

En el caso de los hombres, al preguntar por su formación en gestión, me ha llamado la atención que hay mucha variabilidad. Algunos cargos están muy formados, se sitúan en el pico máximo de nivel competencial, acreditando formación postgrado de calidad en distintos organismos y el título de doctor. Otros sólo poseen cierta formación clínica y se sitúan en el otro extremo del vector:

"En la Escuela Andaluza de Salud Pública, he hecho másteres en calidad, expertos en calidad, eh... experto en gestión. Hice un máster de calidad de... en la Autónoma de Barcelona, de dos años y... luego también he hecho cursos de gestión, hice el curso de alta dirección de San Telmo... En ese sentido yo sí... sí me he formado, ¿no?". Álvaro

La formación que acredita este participante, en su opinión, es la que considera inherente al perfil de un cargo, y que está en la línea de capacitación a la que alude el Plan de Desarrollo de Directivos del MGC del SSPA, pues en su objetivo global se proponía potenciar y profesionalizar el papel de los directivos, integrándolos en la cultura de la organización:

"Bueno yo he hecho... pues los típicos másteres de gestión, el experto de gestión... O sea, toda esa trayectoria típica de formación que casi cualquier directivo ya con cierto nivel en Enfermería... tiene que hacer, yo la hice, ¿no?". Álvaro

Pero también aparecen discursos en los que la formación de los candidatos no determina la elección. Así Jerónimo compitió con una candidata doctora en Enfermería, cuando él solo poseía cursos de especialización clínica(1). O incluso se puede ostentar un cargo directivo sin formación específica (2):

(1)"Sí. Bueno, yo hice la especialidad de radiología, hice la de laboratorio... la de laboratorio... clínico también, que fue la última promoción que tuvo acceso a aquella especialidad(...). Ahora, ya que empecé con el tema de la gestión, pues ya hice... hice algún...". Jerónimo

(2) *"Pues en gestión pasaba un poco igual: tú llegabas y el supervisor que era... se supone experto, te contaba cómo se hacía, no sé qué, no sé cuántos y así ibas poco a poco. Cuando fui jefe de bloque, pues un poco igual, ¿no?; iba aprendiendo de los otros". Pablo*

En algún momento, este entrevistado se plantea si la formación más reglada, más formal, puede aportarle algo. Se decide a realizar un Experto en Gestión, que no le hace cambiar de idea, ya que manifestaba:

"Pues creo que por... por eso, por conocer cómo era formalmente. La verdad es que no aprendí tanto..... Por lo menos lo que yo he conocido de la... Es casi más... no sé cómo llamarlo; un poco de intuición". Pablo

Así observo una amplia casuística con respecto a la formación de los directivos. Algunos la llevan a cabo una vez nombrados por propia iniciativa o como sugerencia del gerente/a. De otra, un perfil formativo orientado casi en exclusividad hacia la gestión:

"Sobre todo mi formación está centrada en... en gestión. No... no tengo nada especial, excepto ahora, que ahora estoy acabando un máster de economía de la salud y gestión de organizaciones sanitarias en la Escuela Andaluza de Salud Pública...". Julio

"... yo el gusanillo de la gestión siempre lo he tenido. De hecho, bueno, tengo el Máster en economía... en economía de la salud, gestión sanitaria y uso racional del medicamento por la Universidad de Málaga, Experto en gestión de cuidados por la Escuela Andaluza de Salud Pública, Experto en investigación y epidemiología, eh...". Rogelio

Es curioso, en ambos casos se trata de dos hombres que han desarrollado una clara carrera directiva ascendente, por lo que podíamos pensar que hay correlación entre la formación específica temprana y la designación para un puesto directivo, incluso sin que el factor edad o experiencia influya:

"Y entonces siendo todavía un enfermero que estaba de contratos y eso, pues empecé a hacer un Máster de Gestión Sanitaria, que todo el mundo me decía '¿pero dónde vas tú?', ¿no? ...Porque estas cosas... no son así. Los ..directivos, los puestos de gestión... funcionan van por otra vía; el hecho de que tú te formes, tú te prepares... no tiene nada que ver". Julián

"Hasta entonces, bueno, pues fui... cubriendo contratos, trabajando cada vez de forma más continua y yo continuaba con mi obcecación y mi formación en

gestión. Y allá surgió la primera oportunidad de ... bueno, de entrar de coordinador de cuidados". Julián

Así la iniciativa para cursar una buena formación en administración, planificación y/o gestión sanitaria aparece como una estrategia consciente que solo se da en los hombres, un medio para obtener esos puestos que al final acaban ocupando. También observamos otro discurso minoritario cuya motivación es más el avanzar en la disciplina, en su propia formación y desarrollo:

"Me acuerdo la primera colección de guías que editó en su día el Ministerio de Salud y Consumo con todos los programas de Atención Primaria, que eran 14 ó 15 libros, empecé a estudiarlos como loco, ¿no? Y normalmente la mayoría de esa formación fue auto reglada, por mi cuenta". Mariano

Este otro entrevistado, que obtiene el grado de doctor tiempo después de estar nombrado, le añade una connotación distinta a su iniciativa, la de equilibrar su titulación o competencia, para igualar el trato con los otros/as miembros del equipo directivo, buscando reconocimiento y equivalencia de estatus profesional con los profesionales de medicina u otros:

"Y por otro lado,... aunque... tengo créditos suficientes dentro del colectivo, ¿no?... pero sí me parece que tenía que tener un nivel profesional idéntico o superior al del resto de mis interlocutores; no quería tener un nivel de titulación menor, a pesar de que no es una cuestión que sea necesaria porque, bueno, la experiencia pues...". Cayetano

Por tanto, podemos deducir que en el caso de los hombres entrevistados no se ha encontrado una homogeneidad y sistematización de los baremos o méritos competenciales en los procesos de selección que han pasado. Como ya hemos señalado, esto contradice la idea expresada en el Plan de Directivos, ya que están obligados a presentar resultados y responder ante la organización y la sociedad de sus decisiones.

Aunque si es cierto que ya en el ejercicio de los cargos que ostentan, tanto por iniciativa propia (1), como a propuesta de sus gerentes/as, la mayoría ha cursado algún Experto, Máster o similar(2) y la organización se lo ha facilitado:

(1) *"Sí, en cuanto estuve un año trabajando en el distrito vi que me tenía que formar en gestión -que no tenía apenas formación-. Me matriculé en el Máster de Salud Pública y Administración Sanitaria de la Escuela y lo hice, ¿no?" . Mariano*

(2) *"...O sea, casi todos los directivos que tu veías tenían una serie de expertos, de másteres, hechos en los que tú entendías que tenías que hacerlo, ¿no? Luego es verdad que mi gerente algunos cursos que ha visto interesantes eh... me lo comentaba y... o me mandaba, ¿no? Y luego... 'oye, yo estoy haciendo tal curso, es muy interesante y yo que tú lo haría', ¿no? Entonces te llegaban como por varias fuentes, ¿no? Había como un camino hecho, tu gerente te comentaba y luego los compañeros también estaban haciendo alguna iniciativa de formación, ¿no?" . Álvaro*

Y no en todos los casos parece tan obvio que hay un camino marcado al directivo, si no es por propia iniciativa, no se formarían en esta cuestión (1), aunque sí manifiestan que normalmente le facilitan las cosas, una vez que deciden hacer alguna formación (2):

(1)*"Iniciativa propia. La mayoría de los estudios son iniciativa propia. La administración te orienta en algunas cosas, pero no tanto como lo que... las expectativas o la iniciativa que tú tengas". Mario*

(2)*"Sí, me lo facilitó.... Vamos lo pedí yo y me lo facilitó... la empresa" . Raúl*

Aunque como Julio nos comenta, en el caso de una formación más reglada, dice que "se lo han permitido" aunque advierte que no puede asistir a las asignaturas presenciales cuando cursaba la licenciatura de Antropología, lo que nos muestra la dificultad de la profesión para la formación, ya sea reglada o continua, tanto en los puestos de base como en gestión.

"Porque era obligatoria la presencia en clase y mi trabajo no me permitía... en aquella época ir todas las tardes los martes y los jueves a las clases...estaba inmerso en mi trabajo como subdirector y director". Julio

En relación al tipo de estudios y sobre todo la entidad formadora, por abrumadora mayoría como se puede comprobar en las tablas 14 y 15 al final del apartado, los entrevistados han cursado programas en la Escuela Andaluza de Salud Pública de tipo Experto y/o Máster en temas relacionados con Administración, Gestión y/o Calidad Sanitaria; Epidemiología y Salud Pública algunos, o bien en estas mismas temáticas pero como títulos de Experto Universitario que homologa la Universidad de Granada, pero que son impartidos y patrocinados por la misma entidad formadora del SAS, la mencionada EASP y, al menos en el caso de los participantes, sufragados por el presupuesto del centro sanitario donde ejercen su labor:

“Pero, ¿un poco así más reglado? En la Escuela Andaluza... Bueno y en Avante también hice el semi máster -que no es máster- de salud sexual... salud sex... no sexual... salud sexual y reproductiva”. Manuel

“Y luego pues, eso, el experto universitario por la Universidad de Granada de... de gestión sanitaria y cursos de gestión de cuidados y demás, pero cortos en la Escuela Andaluza”. Manuel

“..ya luego he hecho mis expertos de.. experto en gestión, pero bueno, relacionado con la Escuela Andaluza de Salud Pública”. Mario

“Me matriculé en el Máster de Salud Pública y Administración Sanitaria de la Escuela y lo hice, ¿no? Y al margen de esa -que fue quizás la formación reglada más importante, ¿no?- sí hice alguna otra formación en gestión sanitaria de cursos más cortos e intermedios”. Mariano

“Un experto en gestión de cuidados con... la Escuela de Salud Pública de Granada”. Raúl

En este sentido, entendemos que es una financiación importante la que hace la administración, por los precios y la logística que implica esta formación, - pues la EASP tiene la sede en Granada- , tal y como lo declara este entrevistado:

“... pero me lo facilitó. Porque era todos los meses a Granada tres días o cuatro y... luego el trabajo de campo y un curso que dura un año y medio; que no es un curso corto...” Raúl

Es decir, hay una apuesta por la formación en los líderes. En este sentido solo se manifestó un participante:

"Luego, como también me he formado como gestor, pues... quiero pensar que, lo mismo, pues alguna cualidad en el sentido de aportar eh... métodos de trabajo y racionalidad a la hora de enfocar los procesos de gestión, pues siempre he tenido...". Mariano

"Siempre he considerado también que un directivo de Enfermería no debe ser solo un directivo de los servicios de enfermería, sino que también es un directivo de los servicios de salud -en mi caso en la atención primaria-. Entonces he... he participado activamente en aquellos aspectos más allá de los aspectos de enfermería en los que había que... que gestionar, resolver problemas en el distrito. He sido siempre activo siempre en ese sentido y... y he podido participar; me han dejado siempre participar, ¿no? Entonces quiero pensar que siempre he aportado algo como gestor al conjunto de la gestión de la atención primaria, ¿no?". Mariano

Y otras veces, el rendimiento puede ser más en la línea de la proyección personal, como parece ser en este caso, la formación que posee le facilita el cargo y ambas colaboran a su promoción:

"... he sido formador en cursos docentes entre SAS y ASANEC, soy un friki de las redes sociales eh... y he hecho 20.000 cursos, ponencias a congresos, moderadores de mesa, organizador de congresos, organizador de jornadas; siempre me he movido mucho en este ámbito...". Rogelio

En el caso de las mujeres, aunque hay rasgos comunes en relación a la formación específica en gestión y si este ha sido un elemento valedor en sus designaciones para los puestos, también se observan matices diferentes. La primera diferencia con los hombres es que en ningún caso tenemos recogido que ninguna participante, de las que han respondido a esta cuestión, haya iniciado este tipo de programas formativos per se, ni previo a ocupar un puesto. Su patrón nos revela que ellas van hilando el tipo y las características de la formación que han cursado, con las necesidades y lagunas que presentaban en el ejercicio de su función y/o puesto, y siempre con un triple objetivo de obtener mejores resultados para sí, sus equipos y la organización:

"Y otras veces pues surge la necesidad de ti, ¿no? Decir `mira tengo este déficit y me gustaría... pues aprender algo más de gestión de equipos de trabajo, o de gestión de conflictos... O mira que tengo este problema, a ver si hay por ahí alguna formación que me pueda venir bien'. Y... bueno, entre... de una manera o de otras vas completando lo que tú crees que necesitas y otras, las que la organización te exige por necesidades del guión, ¿no?, que tengas. Entonces, bueno, en ese sentido... ahí". Aurora

"...hay un camino de aprendizaje importante, porque tenemos que trabajar con objetivos que sean, eso, de resultados en salud. Pero para eso tienes que dar formación, (...) tener mucho liderazgo clínico, (...) y ver qué es lo que le está pasando al paciente". Paloma

Y a pesar de la competencia demostrada y la experiencia gestora se percibe el compromiso con lo que hacen cada día, aunque revela un matiz de inseguridad:

"Ahora mismo estoy haciendo un experto en calidad y seguridad del paciente, porque llevo la comisión y, bueno, creía que tenía que formarme". Marina

Cuando analizamos el currículum formativo de las mujeres, en casi todas se recoge, que por propia iniciativa han ido adquiriendo la formación ligada al desempeño, tanto clínica como gestora, para mejorar su práctica y los resultados con los pacientes. Los pacientes, de manera implícita o explícita siempre están presentes en los discursos de las mujeres y, como hemos visto, ausentes en la mayoría de los entrevistados hombres:

"... anteriormente a este experto he llevado una época con... actividades muy concretas que eran necesarias para mi puesto: pues si... había que poner en marcha un proyecto, intentaba -bien online o bien como fuera- formarme". Marina

"Pregunta: toda esa iniciativa de formación qué ha partido de ti, ¿no? Respuesta: "Bueno de mí no, de la necesidad! de... profesional". Rosalía

El sentido de la responsabilidad y el compromiso en estas participantes quedan reforzados en el aspecto, y hemos de recordar, que la mayoría de las entrevistadas no aspiraban al cargo y se sentían a gusto siendo enfermeras asistenciales:

“Porque yo necesitaba formación en gestión. Yo venía de... de estar muchos años, pues eso,.. en asistencial, había hecho muchos tipo asistencial, temas de riesgos laborales... eh... mmm.... Pero en gestión no había hecho nada. Entonces yo me encontré cuando llegué a la dirección, que bueno, pues... un despacho, un ordenador vacío prácticamente porque fue un poco... el cambio fue un poco...; entonces yo partí de cero. Entonces tuve que buscarme la vida de alguna forma”.
MariSol

Como se puede apreciar la formación emerge con frecuencia en los discursos de las mujeres, aunque esta participante lo reduzca a su experiencia y piense que haya podido mejorar con los nuevos grados. En el contexto de su intervención, entiendo que tiene más que ver con su estándar profesional, pues son bastantes las referencias que hace de ello en su entrevista y su trayectoria desvela. No entiende ejercer la profesión sin una formación adecuada:

“Y yo me acuerdo que antes de irme le decía a la supervisora:¿Me puedes dar cosas para leerme...?. Porque, claro, yo veía... yo veía que me faltaban multitud! de conocimientos en todos! los sentidos, ¿no? Y realmente yo sí creo que... ahora ya no tanto, pero en nuestra época la formación que te daban para ser enfermera era insuficiente para luego la responsabilidad!...”. Rosalía

Buscando elementos homogéneos en los perfiles de las entrevistadas, encontramos también bastante variabilidad. Así, perviven directivas sin formación en gestión prácticamente, pero sí relacionada con su experiencia clínica anterior (1), otras en situación similar que a propuesta de la organización, que la dirige a la EASP, se inician en la formación en gestión (2), y estos perfiles conviven con otros, que se sitúan en opiniones muy proclives a considerar la formación como un valor por sí mismo (3):

(1) *“En gestión... nada... Pues los cursos que vamos haciendo en la escuela y eso, ¿no?, por temas de seguridad... pero que no he hecho ningún experto, ni máster ni nada, ¿no?” . Loreto*

“Entonces todo lo que ya tengo... vamos, en formación, lo que son comunicaciones, lo típico, ¿no?, es todo muy enfocado en la Neumología, ¿no?, y... y eso”. Loreto

(2) *“Sí, estando en la dirección me lo propusieron de... de servicios centrales, del departamento de formación, y lo hablé con el gerente y me lo facilitó totalmente”. Camila*

(3) *“Lo que tenemos que hacer es formarnos. No podemos terminar la carrera y quedarnos estancadas... y seguir diciendo ‘esto se hace así porque siempre se ha hecho así’. Tenemos que formarnos, tenemos que estudiar”. Coral*

En este sentido, la formación para la competencia profesional representa, para muchas de las intervinientes, un valor que clarifica el papel de las enfermeras actuando como un elemento motivador-impulsor que marca hacia donde debe dirigir sus esfuerzos y como medio para trabajar desde la evidencia científica al más alto nivel, cuestionando la práctica establecida.

“Para mí fue un antes y un después hacer el máster -el título propio- en la Universidad de Huelva. Ahí sí se me crearon a mí nuevas expectativas; o sea unas expectativas muy claras que lo que yo mmm... pretendía siendo enfermera”. Fátima

“.....me dio una visión muy clara de hacia dónde tenía que ir la Enfermería y... para nada es lo que a mí me habían enseñado”. Fátima

“Para mí es importantísimo la formación académica y la preparación en temas de gestión... Si no capacitación! en temas de gestión y de responsabilidad social corporativa y todo ese tipo de instrumentos...” . Lola

Y además de eso, para esta participante están, ineludiblemente, las ganas; es decir, la motivación intrínseca y la determinación:

“El que le pongo. [RISAS] Sí, sí, no sé. Lo mismo a lo mejor otros ven otras cosas que quizás no es. Pero vamos, desde ese punto es como yo... como yo lo veo, vamos. Las ganas jji[RISAS]”. Sabrina

Estas directivas con estudios superiores y alguna otra que inician y/o culminan los estudios de doctorado se capacitan al máximo nivel, prevaleciendo el enfoque hacia los pacientes, dibujándose como un perfil innovador que fue determinante en su proceso de selección (1) o, al menos, en esta misma línea, perfiles que están dispuestos a completar (2). Todas ellas aprecian reconocimiento a la importancia del apoyo y la formación continua:

(1) "Decidí hacer el doctorado, hice el proyecto de tesis... de gestión, de modelos de gestión, que en España realmente no hay un modelo claro de atención al paciente. Me lo aprobaron con el departamento de Salud Pública y... ahí está. Ya me fui a la dirección de cuidados y, francamente, pues todo mi tiempo lo dediqué a... a eso, ¿no?". Fátima

(2) "Bueno yo ya estaba encauzada... estaba metida en el tema de la gestión. Eh... yo le dedicaba... pues mucho tiempo a ver, a completar, a ver qué podía yo aportar. Entonces... pues investigando y haciendo... y buscando.. Y también las ofertas que...que te plantea la organización". Aurora

Y traducen una mirada más amplia centrada en la vocación de servicio:

"Sí, hice Psicología por la UNED y después hice el Máster de Economía de la Salud, después hice Epidemiología e Investigación Clínica, después he hecho, pues bueno, muchos temas de cooperación internacional -pero los hacía de antes en asociaciones ... y he estado muy implicada ... desde hace muchísimo tiempo". Sabrina

"El experto universitario y el máster me los pagué yo. Los hice yo directamente, no quería yo tampoco... Yo quería hacerlo de forma independiente. Sí lo comenté, yo dije que quería hacer tanto el experto como el máster, que además era... fue un dineral. Pero yo quería hacerlo por mi cuenta". Marisol

Otra cuestión muy importante que no aparece en los discursos de los hombres directivos es la formación en metodología enfermera:

"... he estado participando como docente en muchos cursos: todos los cursos de metodología enfermera, de modelo de asignación, ahora mismo soy docente en un módulo del curso de gestión de cuidados del experto en gestión de cuidados de la Escuela Andaluza, eh... y luego si he hecho, pues... eh... como docente me he formado mucho en metodología de investigación, en revisiones sistemáticas, eh... y luego en... en metodología enfermera....". Rosalía

En este sentido, se aprecia que una gran parte de las directivas poseen formación experta en relación a la gestión del cuidado, a la gestión de personas y emociones, de comunicación terapéutica, etc. Por el contrario, la temática de formación que han cursado los hombres, está más centrada en aspectos gerenciales y de administración sanitaria, economía de la salud, etc. Formación que, por otro lado, también cursan las mujeres, pero tan solo un participante, acredita un Experto en Gestión de Cuidados.

Las mujeres, generalmente, tienen iniciativa a la formación hilada a la necesidad sentida de dar mejor servicio y nos surge la pregunta ¿necesitan un nivel de capacitación superior para sentirse seguras?:

"Han sido iniciativa mía porque a mí siempre me ha parecido que... por mi orientación, pues necesitaba formarme más. Y como no había muchas opciones y como, además, siempre hemos tenido topado el tema académico, pues he ido buscando otras alternativas que han ido surgiendo". Amparo

Los hombres directivos entrevistados tienen un enfoque más gerencial, más ligados a objetivos y con una intencionalidad al dirigir sus trayectorias hacia la gestión. Una vez ahí priorizan y se identifican más con un enfoque al resultado, desde aspectos más gerenciales dentro de la administración sanitaria. Las mujeres directivas, además de ocuparse de esos mismos aspectos gerenciales a los que tienen que responder, y para los que se capacitan al mismo nivel, lo articulan desde la gestión del cuidado, colocando a las personas en el centro de su función.

Para facilitar una visión global de los datos de formación de los entrevistados/as he confeccionado las tablas 14 y 15 donde se recoge por sexo, el tipo de estudios, iniciativa, entidad formadora y un breve comentario de la línea e iniciativa hacia que estudios y el nivel capacitación que hemos extraído de los discursos. A modo de resumen del apartado la tabla 13.

COMPETENCIAS FORMACIÓN POR SEXO Y COMÚN		
HOMBRES	COMÚN : Criterios Habituales	MUJERES
	NO HOMOGENEIDAD NO SISTEMATIZACIÓN	
	No siempre valedor en los procesos de selección	
	Iniciativa Propia El sistema la facilita	Hilada al desempeño profesional
	Financiación SAS	También financiación propia
	Órgano formador: EASP	
	Acredita Universidad de Granada	
-Doctores -Solo formación clínica - Perfiles Gestores en exclusividad	Gran variabilidad formación previa a ocupar los cargos: vector amplio desde estudios de doctorado a formación continuada (aspectos clínicos)	-Doctora -Programas de doctorado aparcados por el cargo -Ningún perfil gestor exclusivo -Más diversa -F. clínica (1 solo ésta)
Clara inclinación a la formación en gestión Solo un participante menciona formación en Metodología Enfermera Rendimiento Personal		Formación centrada en mejorar resultados del PACIENTE Metodología Enfermera /Gestión de Cuidados Misma Formación en Gestión que los hombres No aparece

Tabla 13: Herramienta de síntesis del apartado que incluye los elementos comunes y diferenciadores que se han encontrado en relación a la formación que relatan hombres y mujeres del estudio.

Participantes	Formación Gestión Anterior al Cargo	Formación en Gestión Durante el ejercicio de cargo	Institución Formadora	Comentarios
Hombres	Otra Formación	Otra Formación		
ALVARO	Sin datos.	Varios máster, Cursos varios de experto, Máster de calidad, Máster de alta dirección, Doctor.	EASP San Telmo Universidad	Enfoque carrera directiva Muy cualificada en gestión
ANSELMO	No	Experto en Gestión de Cuidados y Experto en Epidemiología e Investigación Clínica Experto Seguridad del paciente	UGR EASP	Muy cualificado en gestión
CAYETANO	Cursos cortos Legislación y Administración	Experto Universitario Gestión Sanitaria. Máster universitario Doctorado	EASP/ UGR Universidad	Muy cualificado Proactivo formación Doctor

Participantes	Formación Gestión Anterior al Cargo	Formación en Gestión Durante el ejercicio de cargo	Institución Formadora	Comentarios
Hombres	Otra Formación	Otra Formación		
JERÓNIMO	Especialidad en Radiología Especialidad en Médico Quirúrgica Especialidad en Geriátría Formación específica en Nefrología *Experto en Calidad	*Experto en Gestión	MINISTERIO *EASP	Formación especialidades ATS En gestión a raíz del cargo
JULIÁN	Máster de Gestión de Centros y Servicios de Salud (2006) Experto Universitario Gestión de Cuidados (2008)	Máster en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud	EASP	La gestión le gusta a priori Enfoque carrera directiva
JULIO	200 créditos en cursos de gestión	400 créditos en cursos de gestión Máster en Economía de la Salud y Gestión de Servicios Sanitarios	EASP	Enfoque carrera directiva
LORETO	No Seguridad Clínica	Nada de gestión		Clínica
MANUEL	2 cursos de 35 horas en la EASP	Experto Universitario en Gestión Sanitaria	EASP	Formación hilada al desempeño
MARIANO	Fisioterapia Formación clínica numerosa Autodidacta	Máster en Salud Pública y Administración Sanitaria (1990) Máster en Geriátría y Gestión de servicios a las personas mayores (2009)	EASP	Formación hilada al desempeño Muy cualificado
MARIO	Curso Hemodiálisis Experto en Gestión		Formación Continuada EASP	
PABLO	NO	Experto en Gestión	EASP	Poca formación
PEDRO	No hay datos	No hay datos		
PEPE	*Máster Gestión Administración de Servicios Sanitarios Diploma Enfermería Empresa Curso Aptitud Pedagógica (CAP)	*Cursos De Gestión Y Calidad	*EASP	Clínica?? La gestión le gusta a priori Enfoque carrera directiva
RAUL	Varios Colegio Enfermería	Experto en Gestión de Cuidados	EASP	formación no corresponde con larga trayectoria
ROMUALDO	Máster Economía Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento Experto en Gestión de Cuidados Experto en Investigación y epidemiología	NO	EASP	La gestión le gusta a priori Enfoque carrera directiva

Tabla 14: Formación acreditada por los hombres

Participantes	Formación Gestión Anterior al Cargo	Formación en Gestión Durante el ejercicio de cargo	Institución Formadora	Comentarios
Mujeres	Otra Formación	Otra Formación		
AFRICA	Experta en investigación	Experta en gestión de cuidados experta en calidad experta en gestión de cuidados experta en calidad	EASP	Mucha formación hilada al desempeño Muy cualificada
AMPARO	Ninguno en Gestión Doctora	Muchos en Gestión	EASP Universidad	Muy cualificada en gestión Proactiva Doctora
AURORA	Metodología de calidad Gestión de personas	Experto universitario en gestión sanitaria Gestión clínica Seguridad del paciente Gestión de calidad asistencial Gestión de personas Gestión de equipos de trabajo	EASP	Mucha formación hilada al desempeño
BARBARA	Otra Temática (F. Continuada)	Experto Gestión Sanitaria	EASP	Comenzando
CAMILA	No	Experto en Gestión de la Calidad	EASP	Poca formación gestión. Iniciativa gerente
CONCHA	No de Gestión Mucha Asistencial	Algún curso Gestión (no específica)	FORMACIÓN CONTINUADA EASP	Formación hilada al desempeño
CORAL	No	Diploma Gestión Sanitaria	EASP	Cualificada Proactiva formación
EVA	L. Antropología Doctoranda	Varios expertos en Gestión Y Administración	EASP Universidad	Muy cualificada Proactiva formación Jubilada
FÁTIMA	Si (no específica) L. Antropología	Si (no específica)		Muy cualificada Proactiva formación Tesis proyecto
JUANA	L. Derecho Otros	*Experto en Gestión de Cuidados *Curso Básico en Gestión Sanitaria *Curso de Gestión de personas y emociones	*EASP	Muy cualificada Proactiva formación 2 oposiciones
LOLA	L. Derecho	Muchos (sin especificar)		Muy cualificada Proactiva formación
LORETO	No Seguridad Clínica	Nada de gestión		Clínica
MALENA	Título Superior de Enfermería	Experta en Calidad Europea	U.HUELVA EASP	Formación hilada al desempeño Muy cualificada
MARINA	Formación variada clínica y gestión y desarrollo personal Máster de Gestión Administración e Investigación UAB	Experto en Seguridad del Paciente Autodidacta	UAB EASP	Formación hilada al desempeño Muy cualificada

Participantes	Formación Gestión Anterior al Cargo	Formación en Gestión Durante el ejercicio de cargo	Institución Formadora	Comentarios
Mujeres	Otra Formación	Otra Formación		
MARISOL	Desarrollo profesional	Experto Universitario en Gestión de Servicios de Enfermería por la UNED. *Máster en gestión de servicios de Enfermería por la UNED, Título de Especialización en Gestión de Cuidados	UNED UNED *EASP	Muy cualificada Proactiva formación Decisión libre
MERCHE		Diploma de Gestión de Cuidados Otros Cursos de Gestión durante 150 Horas	EASP	Muy cualificada Autodidacta
NEREA		Varios (sin especificar)	EASP	
PALOMA	Cursos Cortos: Curso Gestión Sanitaria Nuevas Estrategias En Gestión En Un Centro De Salud Mejora Continua De La Calidad En Los Servicios De Salud.	Experto en Enfermería de Urgencia y Emergencias Cursos Cortos: Formación En Gestión de Casos Para Enfermeras de Atención Primaria Curso Habilidades Comunicacionales	Sin Especificar EASP	Formación hilada al desempeño
PATRICIA	Doctora	Máster en Gestión Sanitaria	EASP	Formación hilada al desempeño Proactiva Muy cualificada Doctora
PETRA				
PITITA		Experto en Gestión Sanitaria. Experto en Gestión de Cuidados. Cursos cortos sobre gestión de recursos y de personas. Cursos obligatorios de Prevención de Riesgos Laborales.	EASP	Formación hilada al desempeño Muy cualificada
RITA	Máster en Gestión Hospitalaria y Salud Pública Grado en Antropología Social y Cultural	Cursos Específicos Cortos sobre diversos aspectos relacionados con la Gestión	EASP Universidad	Formación hilada al desempeño Muy cualificada
ROSALIA	Algún curso de gestión de equipos de trabajo 2 Máster 2Experto	He realizado un curso virtual sobre gestión de Servicios de Salud en estos últimos meses 2 Máster	EASP	Muy capacitada Formación hilada al desempeño

Participantes	Formación Gestión Anterior al Cargo	Formación en Gestión Durante el ejercicio de cargo	Institución Formadora	Comentarios
Mujeres	Otra Formación	Otra Formación		
SABRINA	Máster en Economía de la salud y dirección de organizaciones . Experta en desarrollo de personas ,RRHH Certificado de aptitud pedagógica Experta en comunicación y relaciones humanas Licenciatura de Psicología Doctorando	Experta en epidemiología e investigación clínica. Experta en Gestión de cuidados Experta en las estrategias de seguridad del paciente	EASP Universidad	Muy capacitada Formación hilada al desempeño e iniciativa otros estudios Doctoranda

Tabla 15: Formación acreditada por las mujeres

3. La “vocación” hacia la Enfermería como elemento para el liderazgo

Como vimos en el marco teórico, la motivación intrínseca es la que dirige la elección de los estudios y modulan el desempeño de la profesión. También las expectativas, el recorrido profesional y la satisfacción. Mi experiencia en la docencia corrobora este hecho ya la motivación con la que se accede a Enfermería, o la que aparece recién se inicia su estudio, favorece los recorridos y las trayectorias profesionales y son elementos que impulsan el liderazgo enfermero.

En este apartado, analizaré si las motivaciones de las personas entrevistadas, inciden o están marcando su inclinación hacia los puestos directivos. Analizaré cómo conciben el cargo, si esto es una oportunidad para el sistema, para las personas o para ambos, y si hay diferencias destacables en función del género en el planteamiento y ejercicio de su función directiva.

El planteamiento es analizar los significados de los discursos de las mujeres y los hombres por separado, para llegar a unas conclusiones finales de los hechos encontrados, relacionados con los aspectos motivacionales presentes; tanto en la elección de los estudios de Enfermería como para ocupar los puestos directivos en la organización sanitaria, y comprobar así si están influidos por el género. En aspectos más transversales, el análisis será conjunto.

3.1. La vocación de las mujeres

A la luz de los datos, las entrevistadas refieren un nivel de vocación muy marcado y decidido hacia la profesión:

“Siempre he querido ser enfermera (...) siempre lo he tenido clarísimo”. Aurora

Esta decisión está presente desde niñas (1) y enfatizan que al acceder a la universidad la marcaron como primera opción, a pesar de que en casi todos los casos son buenas estudiantes y podían haber estudiado cualquier carrera, incluyendo la de Medicina (2). Y enfocan el bachillerato para obtener buena nota y llegar a ese objetivo (3):

(1) “Desde chiquitita tenía yo ganas de ser enfermera. No me... me he planteado ninguna otra disciplina”. Amparo

“Por vocación (...) estudié Enfermería, porque era lo que quería ser entonces (...) y tuve la suerte de poder estudiar lo que quería, entonces estudié por vocación no pensé nunca en estudiar otra cosa, ni llegué... de rebote de otro sitio... llegué directamente porque era lo que me gustaba, lo que tenía pensado estudiar y ser en mi vida, dedicarme a la Enfermería”. Aurora

(2) “En este caso yo tenía nota para poder haber accedido a... a la licenciatura de Medicina y me llamaba poderosamente la atención... la profesión enfermera”. Paloma

“Porque siempre me ha gustado ser enfermera. No he querido ser médico, ni maestra; me ha gustado ser enfermera”. Concha

(3) “Yo he sido de las niñas que le han preguntado: ¿Tú qué quieres ser?, ‘Yo enfermera’. Yo entré en primero de Bachiller y... de... fui ya a... por nota. Porque entonces estaba la nota... bueno, ahora también está alta, pero cuando yo iba a estudiar estaba más alta incluso que Medicina”. Fátima

Y esa motivación que las lleva a estudiar Enfermería se mantiene en sus trayectorias profesionales, y esta reafirmación en algunas supone un elemento empoderante profesional y personal:

“Yo estoy encantada; ¿con la profesión? Encantada” . Loreto

“Yo no soy enfermera por vocación, yo soy enfermera por convicción. Y... me considero capaz de haber estudiado cualquier cosa y de haber desarrollado cualquier cosa; yo soy lo que quiero ser y no me considero ni más ni menos, ni más ni menos...”. Fátima

En otras ocasiones el interés por la profesión surge de su propia experiencia con la enfermedad y la atención que recibió. Muchas de las entrevistadas se centran en la elección de la profesión de enfermería sobre la de medicina enfatizando la `relación de ayuda ´de la primera. Destacando la función docente, la comunitaria, la educación y promoción de la salud.

“Como de ayuda, como.... Encajaba! Más en la parte que a mí me llamaba la atención, ¿no? Era como una llamada a hacer algo... por personas, por familias... pero... que contemplaba aspectos que para mí son muy importantes, sobre todo de educación sanitaria; toda la parte de la promoción de la salud... también relacionada incluso con la docencia. Mmmm... Era un poco un compendio de todo, ¿no?”. Paloma

“... en un principio me orienté más, o empecé quizás, con un tema de querer hacer Medicina. Pero luego ya terminando lo que era el instituto, COU y eso, empecé a ver que lo que quería era, eso: el contacto más directo con los pacientes y todo y... y por eso me decanté más por la Enfermería”. Marisol

“Por vocación, total vocación. Yo suspendí el examen de ingreso la primera vez, hice Medicina el primer curso por no perder la beca, pero no... quería Medicina; yo quería ser enfermera. Además de pura vocación”. Camila

“Tenía claro que tampoco quería ser médico. [SILENCIO] De hecho tuve la posibilidad de haber estudiado las tres opciones, tanto Enfermería, como Fisioterapia, como... como Medicina y opté finalmente por Enfermería”. Coral

También aparecen mujeres que ponen mucha carga estereotipada en esta decisión. Bien por un reparto de roles familiares (1) o porque esta carrera les permite mejor la conciliación (2), a pesar de que no era su deseo, en aquel momento no se lo permitió (3):

(1) *“Mi hermano estudiaba Medicina y... aceptaron perfectamente que yo quisiera ser enfermera, aunque no entendían que no quisiera aspirar a*

Medicina... porque es una carrera superior. Pero me lo respetaron. Yo es que quería ser enfermera, no quería ser médico". Camila

(2) *"Ya tenía una niña y meterme en Medicina me parecía muy exagerado, y por eso me metí en Enfermería. [SILENCIO] Sin ningún tipo de análisis de otro tipo". Eva*

(2) *"Es decir, posiblemente si yo volviera a nacer ... y tuviera la oportunidad de ver las cosas para atrás, hubiera estudiado más en la universidad. Yo me tiré seis años en la universidad y aprobé una asignatura de Medicina y dos de Derecho. Eso sí, aprendí mucha política, aprendí mucha manifestación, pero! ... creo que hubiera hecho Medicina, hubiera sido un buen médico; yo creo que hubiera sido también un buen médico". Eva*

(3) *"Creo que tenía que haber estudiado... Me parece una profesión estupenda; lo de Medicina me parece una magnífica profesión y creo que hubiera...". Eva*

A menudo, cuando lo que actúa como referente para la decisión es el perfil cuidador, las motivaciones que aparecen para explicar dicha vocación son muy diversas: los cuidados, la gente, el contacto, sobre todo con los niños:

"La verdad que desde... desde pequeña eh... quise ser enfermera. Tenía mi... yo quería tener algo que era en relación en... contacto con las personas, y siempre lo que era el ayudar, la colaboración...". Marisol

"En mi familia todo el mundo entendía que yo iba ser enfermera porque al parecer lo decía de siempre, que me preocupaba mucho de la gente y... me gustaba, sencillamente". Amparo

"A ver eh... yo creo que me atraen los cuidados y me atraía todo lo que era la cercanía a las personas y... y el mundo de la salud". Marina.

"Hay cosas que... no sigo tolerando, y es ver sufrir a un niño...". Camila

Y la relación de ayuda con las personas pacientes es lo más motivador para muchas de ellas:

"Siempre me llamó la atención, eso, el... el... el estar al servicio de los demás, ¿no? Entonces me atraía muchísimo desde pequeña". Loreto

"Lo que más agradezco es cuidar y atender a los pacientes (...)" . Concha

Por lo que al acceder a un cargo directivo lo plantean como una de las mayores pérdidas, señalando el coste que supone renunciar al *“(el) trato! con los pacientes”* porque eso es lo que más le satisface *“ más que ahora que estoy en la gestión”* Concha

Por lo que algunas no renuncian a pesar de ser directoras:

“Incluso ahora que estoy de directora, pues también me voy por las plantas, me gusta ver a los pacientes. Eso fue lo que más me llamó la atención; el poder estar con ellos y ayudarlos”. Petra

Y esa motivación es un sentimiento muy arraigado, que no ha aparecido en el discurso de los hombres. Las mujeres lo mantienen aunque tengan un hándicap personal en el ejercicio (1) y muestran una gran determinación y compromiso hacia la profesión (2) y, en este sentido, también a la organización (3):

(1) *“Yo todavía me tiemblan las piernas cuando escucho la sirena de una ambulancia. Y soy enfermera. Y lo sigo sintiendo así. Y me moriré siendo enfermera de corazón, pero seguirá asustándome el dolor”* .Camila

“Y ahora en la situación en la que estoy (directiva)) puede tener más fácil... el poder de influir, pero pierdo frescura en lo que es la toma! y el contacto directo con el paciente, ¿no? Cada cosa tiene lo suyo”. Paloma

(2) *“Yo sí que sabía que quería trabajar con personas [SILENCIO] y que quería aportar lo mejor de mí”*. Fátima

(3) *“.. pues es que para mí es una cuestión de responsabilidad mi dedicación. Al principio tenía que dedicarle más, porque cuando no sabes tanto y te dan esto, pues.... es las 24 horas (...) y también por el sentimiento de pertenencia a la empresa”*. Pitita

En relación a la influencia que las familias puedan tener en la decisión de dedicarse profesionalmente a la Enfermería, encuentro que es diversa. Cuando hay referentes familiares, la imagen que dan las enfermeras de la familia atrae a

las mujeres (1), aunque en la mayoría de los casos, si son buenas estudiantes, la familia prefiere que estudien Medicina (2):

(1)“Que en mi familia.. eran sanitarios: tenía médicos, enfermeras... y a mí me atraía mucho el tema de... de cómo se desenvolvían, ¿no?, con las personas y la relación... y la ayuda!. Yo desde pequeña he estado en temas asociativos.. y, bueno, y siempre he estado orientada a la ayuda a los demás, ¿no?, con lo cual yo creo que Enfermería me iba a permitir poder desarrollarlo [RÍE] y así hice. Me metí en Enfermería prácticamente yo creo que vocacional. Puedo decirlo así.” Sabrina

(2)“Yo por mi trayectoria en ese momento podría haber estudiado... cosa que, por ejemplo, mis padres no entendían, ¿no?; que si quería hacer enfermera, por qué no entraba en Medicina... que hubiera tenido nota, ¿no?” Malena

Sobre todo insisten los padres con la Medicina (1), quizás en este sentido, las madres apoyen más la decisión de las hijas (2):

(1) “Mi madre siempre me ha animado mucho, mi padre quería que estudiase Medicina, pero... yo es que nunca! me he planteado estudiar otra cosa”. Fátima

“... vamos yo empiezo a estudiar Enfermería y me gusta, y... cada vez que me gusta más... y me acuerdo que cuando llevaba allí un tiempo me di... mi padre me dio la opción “oye, si te quieres ir el año que viene a estudiar otra cosa y tal”...” Rosalía

(2) “Mucho. Sí, mucho. Mi madre sobre todo. A mi madre le encantaba eso de... tener una hija enfermera, sí”. Fátima

Otra motivación es a nivel social, ya que las profesiones sanitarias están bien vistas socialmente:

“Las profesiones sanitarias siempre (...) están muy bien vistas”. Loreto

Hay buena acogida por ese carácter altruista, sobre todo si es la primera de la familia que accede a la universidad:

“La primera de mi familia que entré a estudiar en la universidad, soy también la mayor de mis primos entonces no estaba condicionada por...por ninguna trayectoria previa o cercana a mí”. Aurora

“Mis padres no tienen nada que ver con el mundo sanitario, ni mi familia tampoco. Entonces... fue una cosa mía, vocacional de siempre, de toda la vida”.
Aurora

Y en aquel momento tenía salida laboral y buenas expectativas profesionales. Es la única participante que menciona la cuestión laboral, pero lo comenta poniendo el foco más en el desarrollo profesional que en la cuestión económica o de trabajo, como aparece en los hombres, y que casi todos los entrevistados reseñan:

“Cuando yo terminé había trabajo y... vamos, cuando tú estudias algo (...) lo que esperas es, pues, poder desarrollar”. Loreto

“Yo terminé Enfermería en el año 86, cojo un contrato inmediatamente...”.
Rosalía

Aunque también ha sido una elección para romper, para salir de un entorno asfixiante cuando se tiene aspiraciones de libertad, como en este caso y nos ilustra el modelo de relación padre-hija de hace unos años, muy marcado aún por la influencia de la etapa franquista que vivió este país:

“Pero...a mi padre le pareció bien, porque si no, no hubiera podido hacerlo, sobre todo el mundo este icónico del... del uniforme. El uniforme era una cosa que a mi padre lo subyugaba. Entonces yo creo que a él le pareció bien que yo me viniera y a mí me pareció bien venirme para dejar mi pueblo atrás. [RISAS] Entonces esa fue la.. fue por eso, no fue por otra cosa más”. Rita

Y en las mujeres esa motivación por los estudios se mantiene y refuerza en el ejercicio profesional. Sus discursos siguen constatando su alineamiento con los pacientes, los y las profesionales y con la institución, en aras de que progresen y en eso ponen el empeño. Y por las mujeres explícitamente, cosa que no es usual. Esta posición expresada con tanta pasión no la he encontrado en los hombres del estudio:

“¿A esta organización? Bueno... mmm.... No sé. Mi trabajo, que ha sido mucho y muy duro. Pero... no sé... Quizás en el que la Enfermería sea un poco más visible de lo que era antes(.....) Entonces.... pero por la Enfermería y por ... por el

colectivo, y por las mujeres, ahí sí que he hecho muchas veces un esfuerzo enorme". Aurora

Llevar su compromiso profesional hasta el esfuerzo personal, pues sus características de personalidad no son proclives a 'figurar'. Tal y como lo relata, lo toma como "una cruzada". ¿Qué hay detrás de esto, la segregación que sufrimos del colectivo médico?:

"Yo en mi vida familiar y en mi vida normal soy una persona muy tímida y yo sé que no lo parezco; yo sé que no lo parezco cuando me pongo la bata. Pero.... yo hago mucho esfuerzo para que la Enfermería esté... esté ahí. Y yo creo que en este hospital Enfermería es más visible desde que estamos un equipo de gente que entendemos que eso tiene que ser así". Aurora

En ese sentido, esta participante va más allá, reivindicando el nivel competencial y le añade la calidez y la importancia de trabajar desde lo científico y en equipo para conseguir los resultados deseados para los pacientes:

"Nos fuimos un grupo de gente a intentar... llevar! el espíritu de aquella UCI y la forma de hacer y la forma de relacionarse... entre los compañeros y con los pacientes tan... con mucho rigor en...en lo que se hacía y con... con mucha... con mucho mimo" . Rita

Quizás podíamos concentrar y describir la motivación de las enfermeras en la afirmación de esta participante. Para ella, como grupo profesional a diferencia de otros grupos profesionales, siempre da una respuesta al paciente, y no solo a sus procesos, porque como profesionales de la salud es lo que miran las enfermeras:

" Yo creo que la respuesta de la enfermera siempre ha estado... tiene ese... ese input, tienen ese... ese valor!. Tiene un valor que a mí me parece que otra gente está centrada en otras cuestiones -otros profesionales-. Pero las enfermeras siempre tienen ese tipo de respuesta... que mira a los pacientes". Rita

3.2. La vocación de los hombres

De nuevo, los discursos de los hombres nos desvelan una manera distinta de estar en el mundo. Con respecto a la motivación por los estudios de Enfermería, muy pocos de los entrevistados masculinos refieren una vocación previamente definida:

"...no puedo decir que tenga una vocación enfermera; no lo puedo decir".

Cayetano

"No lo tenía yo muy claro". Anselmo

"Bueno, me gustaba la rama sanitaria y, en principio, tampoco... no... no lo tenía claro entre fisioterapeuta y... y enfermero y al final pues... entré en Enfermería y... y, vamos, me gustó continuar la carrera". Mario

"Eh... De alguna manera fue circunstancial, pero por otro lado no, no fue circunstancial, me llevó la cosa ya a estar en Enfermería". Manuel

Explícitamente, aunque de forma escueta tan sólo aparece en este participante:

"Yo decido estudiar vocacional. De hecho yo no sé porque me vino la vocación, porque no tenía antecedentes". Raúl

Enseguida en los discursos aparecen sentimientos de valía que adornan o dan prestigio a la decisión. La alta nota de corte necesaria, el alto nivel de formación y la salida laboral de la profesión son para ellos los elementos centrales que marcan su decisión:

"La generación que estamos hoy en día gestionando, (...) probablemente fuéramos de los mejores expedientes de la época, porque Enfermería cuando yo entré era la que necesitaba más nota y estamos ahí mucha gente de nivel". Julio

"O estudiabas Enfermería, o estudiabas Biología, o Medicina y fue una decisión casi de pito-pito, me decidí y estudié Enfermería de lo cual no me arrepiento". Anselmo

"Pero yo si tenía más enfoque de Biología... yo tenía un enfoque más por esa... por ese camino. Y no sé, fue una decisión casi, casi con amigos... y "oye hacemos Enfermería y tal". Había una crisis importante donde era difícil buscarse la vida, Enfermería tenía ciertas salidas, era una carrera más corta y fue una decisión casi... de azar". Anselmo

"No sabía que estudiar, yo jugaba al baloncesto y mi entrenador que era médico, me aconsejó que estudiara Enfermería, porque tenía muchas salidas laborales y era relativamente fácil de llevar. Yo tenía que estudiar a base de beca y decidí estudiar Enfermería". Julio

Para los hombres, el hecho de que tenga salida profesional cuenta más que la vocación. Aspecto que no ha salido en los discursos de las mujeres, ellas hablan de pacientes, ellos destacan los aspectos funcionales del mercado laboral, salida profesional y carrera corta y asequible, y prácticamente se manifiestan todos en este sentido:

"Yo tengo un tío que era practicante y era una época dorada en el trabajo; había una gran oferta laboral (.....).Y ese fue uno de los motivos, el principal motivo". Cayetano

"Mi primera expectativa era: quería una profesión que me permitiera acabar, eh... tener una profesión y acceder al mercado laboral con prontitud. Y opté por una carrera de tres años". Mariano

"Siempre he querido hacer una rama sanitaria, de hecho me decidía más por la Medicina. Pero te tengo que reconocer que cuando estaba entre Medicina y Enfermería, eh... en mi tiempo la opción de Enfermería era una opción que tenía más salida laboral... tenía más salida laboral y... y al final opté por la Enfermería". Romualdo.

En esta línea y a pesar de existir antecedentes familiares, siguen prevaleciendo los aspectos económicos. En el caso de este participante, aunque aparezca el componente motivacional, le añade el práctico, -carrera corta, accesible, acceso rápido al mercado de trabajo-, que está prácticamente ausente en las mujeres. Declara que ese fue el principal motivo para elegir estos estudios.

"Bueno, yo en mi familia ... ya había gente que había estudiado Enfermería, gente que había Medicina... y era algo que... yo había vivido desde pequeño, ¿no? Entonces, bueno, lo tenía claro desde que estaba en BUP... lo tenía muy claro, por eso de ser una carrera accesible, relativamente corta y que podías acceder rápidamente al mercado laboral fue lo que me decantó a estudiar Enfermería, ¿no?". Álvaro

Y en su caso, le ha ido bien. Es un hombre joven con un recorrido amplio y exitoso en la gestión sanitaria, donde ha podido acumular experiencia y ha tenido la posibilidad de conformar un currículum de directivo de primer nivel. En contraposición a este enfoque y derroteros, me atrevo a poner la atención en una participante mujer, Sabrina. Comparte los antecedentes familiares de médicos y enfermeras en su familia, y por ello se decanta por Enfermería, pero en base a que esta circunstancia la hace apreciar la esencia y los valores de la profesión enfermera. Y esta comparativa puede ilustrar *"lo que miran ellos y ellas"*, pues Sabrina no menciona que se haya decantado por Enfermería porque pueda trabajar antes o después, lo hace por pura motivación hacia los valores de la profesión.

Sólo un participante refiere que una experiencia, con los aspectos del cuidado de personas en su época juvenil, le ha podido influir de alguna manera y decantarse por estudiar Enfermería; aunque lo estuvo dudando, pues en principio iba a estudiar Informática.

"Ese fue el primer contacto que tuve yo con el tema de Enfermería; todos los frailes de San Juan de Dios son enfermeros, menos alguno que sea médico -pero son pocos- y todos son enfermeros (...) pues en realidad yo no iba a hacer Enfermería, yo iba a hacer Informática" Manuel

También encontramos el caso de hombres que acceden a los estudios en segunda opción. Proviene de otras carreras y bien por motivos personales o económicos han tenido que abandonarlos y aparece de nuevo el atractivo de carrera corta y el papel de responsable de la familia (aunque una situación similar encontramos en una participante mujer, África, que curiosamente desvela en su discurso un liderazgo más agresivo, con características más masculinas):

"No fue una decisión vocacional, ¿no? Yo eh... estaba en un momento de mi vida donde había probado alguna carrera que había dejado por circunstancias personales y... me planteé que quería, eh... tener unos estudios universitarios y vi

la opción de Enfermería porque era una carrera corta. Eh... como digo, no fue una decisión vocacional". Mariano

"Yo empecé Ciencias Exactas pero por problemas familiares y personales no pude hacerlo,(...) y por más bien motivos económicos tuve que dejarlo y tal. Entre medias, mi hermanos mayores se casaron y la casa dependía de mí...". Pepe

A pesar de que no fue una decisión elegida sino condicionada, sí se constata un incremento del interés por la profesión durante el ejercicio:

"Hice... compaginé la mili con primero-. Y yo, pues, en... en el verano, que tuve que hacer las prácticas porque me las suspendieron, pues yo ahí... pues vi! y digo "yo mi profesión debe ser enfermero". Pepe

"La verdad que me iba engancho, me iba encandilando la carrera (...)en un principio lo que me enganchó fue la asistencia" . Anselmo

"Fui descubriendo que, bueno, que era un profesión muy... muy interesante...". Jerónimo

"En un principio lo asistencial, lo clínico y lo relacionado con la urgencia me... me enganchó absolutamente". Anselmo

"Si es verdad -perdona que te interrumpa- que no fui un enfermero vocacional en la elección de la carrera.... Pero sí es verdad que desde casi el momento cero de la carrera a mí esta profesión me enamoró; esta profesión es mi vida. Ahora mismo esta profesión es mi vida". Cayetano

Para el desarrollo de la gestión muchos entrevistados destacan la importancia que tiene la motivación, ya que propicia el desarrollo de proyectos innovadores que favorecen un clima laboral más ilusionante:

"A mí me gusta engancharme con cosas dentro del sitio donde estoy desarrollando lo mío. Así soy feliz, pero si lo hubiese hecho de otra forma, pues también; seguro. Me habría buscado cosas que me ilusionaran y alicientes...". Anselmo

"Venir a trabajar siete horas por el hecho de... venir a trabajar siete horas como una cadena, ¿no?.. Cómo una condena, pues me parece absurdo. Si tienes que estar siete horas, pues... hay que buscar que estés de la mejor manera posible, ¿no? Y es ilusionado, con proyectos, con cosas... Hubiera sido feliz de otra forma sin duda". Anselmo

Y aunque arguyan, como lo hace este interviniente, que su motivación se dirige a aspectos relacionados con los pacientes, estos los circunscriben en el ámbito hospitalario. A los pocos minutos se desliza en su discurso una tendencia absolutamente distinta y relacionada con la gestión. De hecho, con 27 años era cargo intermedio, aunque aseguraba que era fascinante la atención directa a pacientes minutos antes. Pero es subconsciente el mecanismo que lo va escorando hacia los aspectos de la práctica más puramente gestora, la que los impulsa hacia los cargos:

".. y... bueno entrar en un hospital también me fascinaba, ¿no? Lo que era un hospital: manejar pacientes, estar en con enfermos, poder ayudar a que se curasen. Todo eso me parecía fascinante y es lo que... lo que yo quería hacer, ¿no?" . Álvaro

Y aunque aparece el espectro cuidador, en los profesionales masculinos va acompañado de los relacionados con la provisión, con el fruto y las expectativas laborales, Manuel es un claro ejemplo de ello:

"Es decir... Las expectativas eran fundamentalmente laborales, ¿sabes? Y se cumplieron, porque realmente... se... conseguí lo que más o menos quería, ¿no?" .Manuel

"Yo terminé la carrera y, bueno, como te digo, una de mis expectativas era la laboral ¿no?: el trabajo, ¿no?" . Cayetano

Aunque Manuel quería ejercer el cuidado y sabía que iba a ayudar a la gente, más bien lo supo luego. En este sentido no lo identificaba claramente, no tan claramente como su objetivo de logro laboral:

"Yo ya sabía que iba a ayudar a la gente. Lo sabía con toda seguridad, porque esta profesión yo sabía! que era para ayudar a la gente!, yo sabía que era cuidar; o sea, que en el fondo sabía que era para cuidar, ¿vale? Pero no tenía expectativas, no tenía un... objetivo a cubrir en... No... no lo tenía definido por lo menos". Manuel

Nótese como eso mismo, expresado por el único participante que confesó su vocación inicial, se `feminizan´ en el caso de Raúl, en el sentido que son más destacables los aspectos del cuidado que los económicos:

"...expectativas!... las de todo el mundo cuando estudia: la ilusión de acabar, de empezar a trabajar y... y lo de cuidar y [RISAS] ayudar... las expectativas que tenía. También es verdad que con esa edad -18/19 años- tienes otra de idea de lo que es luego Enfermería, ¿no? Pero tiene uno la ilusión esa; de cuidar y ayudar a la gente". Raúl

En las mujeres no se aprecia este tránsito, ese espacio- tiempo para darse cuenta de qué es y aporta la profesión al cuidado, a la salud y bienestar de las personas, que también está en el relato de Julián. La mayoría de las mujeres lo identifican y está presente en la decisión de estudiar Enfermería:

"Y sobre todo la imagen que uno tiene de la profesión cuando uno empieza a estudiar (...). Yo en ese momento la verdad es que no tenía ni idea de, verdaderamente, el valor y la profundidad que podrían llegar a aportar las enfermeras a... a la salud, ¿no? ". Julián

Quizás la clave esté justo ahí, ya que este otro participante optó a la carrera de entre cualquier otro estudio de la rama sanitaria, sin una clara vocación hacia la Enfermería. Él mismo lo deja entrever en sus expresiones, ya que reconoce que "ahora" sí ha hallado los aspectos más vocacionales.

"Pues... sinceramente porque me gustaba la rama sanitaria -eso no lo tenía claro- pero en ese momento de mi vida eh... me apetecía... me apetecía una carrera que no fuese muy larga. Sinceramente esos son los motivos. Si tuviese que decidirlo ahora a lo mejor los motivos eran otros". Julián

El tema de la capacitación en los hombres, no es tan recurrente como en las mujeres, de hecho es un tema que han señalado con más frecuencia en relación a las competencias gestoras. Tan sólo este participante se refiere con contundencia a la competencia clínica, centrándola en la intención de realizar una práctica segura y eficiente para los pacientes, emergiendo el sentido de la responsabilidad:

"La primera vez en centro de salud que me senté con un paciente -recuerdo que era un paciente diabético- y lo vi que estaba él y yo en la consulta, y de que lo yo dijera tenía una relevancia para la vida de esa persona y para su salud... Y no había nadie a mi alrededor que me dijera lo que era hacerlo bien o mal, sentí un choque de responsabilidad que... que me llevó a... a... a... estudiar y a aprender".
Mariano

Y esa perspectiva más madura, le abre los ojos y es a base de estudio y práctica reflexiva, lo que le hace vislumbrar la esencia de la profesión. De hecho esta persona se convierte en referente e impulsor de la Atención Primaria en Andalucía:

"Y yo, el período de mi vida que yo más he estudiado fueron los dos o tres primeros años de mi trabajo en el centro de salud, ¿no? Ahí fue cuando yo empecé a profundizar lo que era la disciplina y a conocer lo que... yo entendía que era la función de un enfermero con un paciente en Atención Primaria".
Mariano

Analizando si estas diferencias podrían estar mediatizadas por el ámbito donde ejercen hombres y mujeres (Primaria, AGS, u Hospitalaria), encuentro en los discursos que en Atención Primaria hay más motivación. La razón explicativa, no sería porque vaya ligada a más estímulos externos, sino porque el ejercicio profesional es más gratificante, y los niveles de autonomía más reconocidos. Quizás sea la cuestión que más está incidiendo en la mayor presencia de hombres en estos servicios:

"Porque ahora mismo en primaria las enfermeras que lo están haciendo bien, están súper reconocidas. Y ellas, además, se sienten satisfechas... porque tienen un nivel de autonomía y porque tienen un nivel de desempeño mmm...buenoij y ven resultados". Amparo

Quizás esta función que ejercen y que está siendo visible al ciudadano, a los equipos, y sobre todo a sus superiores puede reivindicar otra consideración en términos de cobertura o emolumentos, pero sobre todo de reconocimiento a la profesión:

*“Entonces la... cuando tú te centras en eso y además lo vives, al que le prestas cuidados te lo reconoce. Y entonces, cuando tú no estás -cuando tu faltas- es cuando puede demandar que haya alguien que cubra esa parcela, ¿no?”.
Amparo*

En definitiva, las mujeres expresan un mayor grado de motivación hacia los estudios y hacia la profesión, aunque una vez que empiezan a ejercer los hombres se va igualando, pero siempre desde perspectivas diferentes. Ellas más centradas en las personas, más vocacionales y ellos enfatizando los aspectos técnicos y/o laborales: carrera corta y salida laboral.

4. La carrera directiva: motivaciones y trayectorias en hombres y mujeres

Aunque algunos elementos han ido emergiendo previamente, en este punto analizaremos qué motivaciones han impulsado o han estado presentes para que los y las participantes estén ocupando un cargo directivo, revisando si han orientado sus trayectorias hacia este destino, si se han mantenido homogéneas hacia la dirección o han sido irregulares, y si el factor género incide en este devenir profesional o en la concepción misma del significado de ser y ejercer un cargo directivo del sistema sanitario público.

4.1. Trayectorias de las mujeres

La primera observación que revela el análisis de contenido de los discursos de las mujeres es que las motivaciones hacia ostentar los cargos no son tan decididas como las de los hombres, se mueven más por la motivación hacia la profesión, colocando al paciente en el centro de su actuación. En este sentido, la palabra “paciente”, es una de las más frecuentes en las entrevistadas. Esto les permite proponer una práctica centrada en las necesidades de la persona, en el área autónoma, y no a la técnica por la técnica:

"Yo era una innovadora hace 23 años en el centro de salud, porque a mí me entraba al paciente por la puerta y yo le hacía una anamnesis de arriba abajo. Dentro de mi área de conocimiento yo le intentaba solucionar el pro.... Y si no se lo podía solucionar, por lo menos! dirigía! a qué profesionales se lo podía solucionar. Y no era un triaje, a mí me venían con otra cosa". África

Expresan mayoritariamente que para ellas es vital gestionar cuidados y enfocan la gestión a esa perspectiva desde diferentes posicionamientos. Remarcan la importancia de no perder el contacto con los pacientes, uno de los motivos para "no desear los cargos directivos de más nivel" es que pierden esa cercanía. Definen esta práctica como la manera que las anclan a la realidad social, a las expectativas que como profesionales entienden que han de cubrir y así, en principio, prefieren ser cargos intermedios. Este es el caso de Paloma y Rosalía:

"Quizás en el puesto en el que más cómoda me he sentido ha sido como mando intermedio. Porque no dejaba nunca la parte de la asistencia; es decir, no perdías contacto, no perdía la toma de tierra como yo digo, pero eso te permitía... Si tú quieres dar respuestas al ciudadano, la mejor manera es estar muy cercana a sus necesidades y a sus expectativas". Paloma

"Y... bueno, yo en ese momento pues estoy en mi puesto de jefe de bloque bien, cómoda, me permitía hacer otras cosas y, bueno, pues no...". Rosalía

Así se manejan bien en los puestos intermedios o similares, las que provienen de esas situaciones, que son bastantes. Recordemos cómo algunas manifestaban que al plantearles el gerente su designación, respondían que querían seguir siendo enfermeras y se lo pensaban. Pero en otras mujeres, en las que no ha habido esa necesaria captación, son líderes 'precoces' que buscan transformar la realidad, presentando un importante componente motivacional muy prolongado en el tiempo y auto reconocido. Como esta participante empeñada en "cambiar cosas y tirar del carro", aunque según lo expresa, desde su propio parecer de lo que está bien o no, al menos no menciona que el referente sea la evidencia, los protocolos al respecto, o los estándares en la

práctica aceptados por la comunidad científica, aunque podamos considerarlos implícitos:

".. ya mi trayectoria profesional es que siempre ha sido la gestión; es la que me siento formada, es la creo que aportó! y desde enfoque enfermero siempre. Y desde el planteamiento de que puedo cambiar cosas (...) Ahora estoy un poquito más quemada y más cansada, [RISAS] porque son muchos años tirando del carro y la gente hay veces que no quiere cambiar, ¿no? Pero bueno siempre intento... cambiar la realidad, ¿no? No cambiarla, por cambiarla, sino orientarla! hacia lo que me parece a mí que debe de ser, ¿no?; cómo debemos de trabajar, y como debemos hacer las cosas". Amparo

La clave desde la que pudiera entenderse la gestión de cuidados y que ellas implícita o explícitamente apoyan, lo expresa esta participante de una manera clarificadora. El liderazgo clínico, el campo disciplinar, la gestión de equipos y de personas y la autonomía profesional son valores que deben estar asociados con el cargo directivo:

"Los grupos profesionales los tienen que dirigir profesionales con prestigio; si tú no tienes el respeto profesional es muy difícil dirigir al... al... Entonces, yo como enfermera, no tengo ningún problema en dirigir enfermeras; sé perfectamente: primero, dónde puedo insistir para que hagan y, segundo, cómo relacionarme con otros colegas dejando claro cuál es tú sitio y cuál es el mío". Eva

Pero no todas tienen la misma potencia o son igual de decididas. Observamos el caso de una directiva que no quería serlo, que no cumplía con las características que se le exigía `pero le vino´. Suponemos que el jefe se lo pidió, y no pudo negarse:

"Eh.... Yo he sido...yo cuando empecé era una persona muy tímida. Uh! Yo no sé ni cómo me he visto en este fregado. [RISAS] Pero luego me gusta, no te voy a mentir. Pero vamos, que no es que yo haya sido... que haya yo querido escalar a esto, pero... me vino y ya pues... lo acepto bien. Ya estoy cansada también". Petra

Hay entre las entrevistadas mujeres que han pasado por muchas vicisitudes en el ejercicio directivo y aunque reconocen las dificultades, muestran

ser creativas. En este sentido, el caso de esta participante lo ilustra bien. Cuando es cesada de su cargo -cuestión que no he encontrado en las trayectorias de los hombres- por un cambio de gerente, no lo percibe como pérdida, sino que genera un proyecto personal y profesional. Esta mujer transforma las dificultades en oportunidad, para ella y para el sistema. Entendemos que acciones como estas sólo pueden plantearse desde la motivación intrínseca, aunque luego consiga -o no- resultados y obtenga -o no- un incentivo económico por ello. Quiero remarcar que no parece repercutirle la pérdida del poder al perder el cargo directivo:

"Fue cuando volví a plantearme entonces ya el doctorado, ya estaba metida en formación y... ya empecé a trabajar en cursos! con gente de ciencias del trabajo "¡Venga, ámate y tal!" y fue cuando me planteé el doctorado y... acredité la unidad de formación nuestra del distrito -que, por cierto, fue la primera acreditada junto con.. (menciona otra)". Amparo

El no estar sujetas a la aspiración del cargo puede tener distintos efectos. Uno que la falta de `ambición sana´ no haga emerger a las mejores y otro que les otorga la posibilidad de una gestión más independiente, aunque más lábil. Ambas situaciones he encontrado en las entrevistadas. Sea como fuere, si no te preocupa volver a ser enfermera base y entiendes que el desempeño del puesto es algo temporal y pasajero, tus decisiones serán más libres:

"Yo siempre pienso que mi puesto base está en el centro de salud de La Cañada. O sea, esa es mi plaza!, (contundente) no... no esto; esto es circunstancial... y temporal... y... y...". Pitita

"Pero yo creo que... el tener la tranquilidad de que al puesto que vuelves te gusta y que puedes volver en cualquier momento que tú decidas, eso me hacía estar bien y me sentía libre". Patricia

"Que no... ese plus que me suponía la dirección no lo necesitaba yo para vivir. Con lo cual yo me sentía bastante libre. Y yo creo que eso... ha sido bueno. Porque, bueno, cuando ha llegado el momento, libremente! he dicho "pues hasta aquí he llegado". Patricia

Y es un sentimiento compartido por muchas, aunque tengan una larga trayectoria directiva o un puesto de máxima responsabilidad. Esta cuestión, además tan marcada como la expresa África, no aparece en los hombres. Lo remarco, pues me parece importante destacar la diferencia de posicionamientos que pueden tener influencia en la toma de decisiones. Así África expresa que su gran fortaleza, la que la hace sentirse libre a la hora de tomar decisiones, es su vocación por la profesión, por lo que su gestión será a todas luces más independiente que la de otros/otras participantes, cuya motivación, aunque a un nivel más inconsciente, sea mantenerse en el puesto directivo:

".... pero yo volveré a ser enfermera. Y mí! fortaleza -que antes no lo he dicho- es que amo mi profesión; mi gran fortaleza a la hora de tomar decisiones -decir que sí o que no- es que a mí me gusta la profesión. A mí no me da miedo volver a mí... a mi puesto". África

"..pasado mañana el gerente se cabrea conmigo y estoy ahí trabajando en la UVI, ¿no? Eso... eso es así; estos cargos son libre designación pura. Eso es así, ¿no? Sin más mediación. Entonces yo eso siempre he procurado tenerlo eso trabajado, porque me sirve además personalmente". Cayetano

Otro aspecto que aparece en algunas es que los maridos tienen su influencia. En este caso en relación a la permanencia en los cargos.

"Mi pareja siempre me dice eso -lo que te decía antes- 'los cargos no deben ser para siempre; no debe verse como algo que eso es tuyo o es', ¿no? Porque siempre criticamos ese tipo de cosas, ¿no? Si no que es algo puntual y ponerte siempre una fecha de... de fin". Loreto

Pero como directivas han de presentar resultados y un proyecto para implicar a los profesionales. Para poder hacerlo, he encontrado más a menudo en la actitud de las mujeres, la no utilización de la imposición -que se asocia más al mantenimiento del cargo por el cargo-, sino que, como el caso de esta participante, utilizan aspectos más emocionales y lo hacen a través de la motivación, de la pasión, que defienden como elementos imprescindibles en su liderazgo.

"Yo creo que los proyectos están muy bien escritos, pero la dificultad luego es el que tú motives!... no, no utilizar la motivación, sino que les des ese... esa energía y esas ganas y ese... y esa pasión por las cosas a los profesionales que están metidos en esta movida. [RISAS]" Sabrina

Y necesita una dirección detrás que también comparta esa visión y ahí es donde pone la función del líder, de facilitador, de impulsor:

"... y que hay que trabajárselas, que ese es el puesto... que esa es la facilitación que hace la dirección; el que pueda hacerse... y llevarse a cabo los proyectos. Que esa es la importancia,(.....).ese es el valor". Sabrina

"Y, como te he dicho antes en varias ocasiones, "yo me creo"; me creo las cosas. Yo entré aquí pensando en que quería ser esa directora que nunca tuve... cuando fui mando intermedio, cuando fui supervisora, ¿no? Entonces día a día lucho por ser esa directora. [SILENCIO]" . Paloma

Y la fuerza, la dosis de realidad para romper con la queja o la resistencia de los profesionales de base cuando se trata de desarrollar nuevos proyectos, la encuentra en su propia experiencia, en su ejercicio profesional, la fuerza y el convencimiento personal:

"Convenzo porque creo que... yo he hecho clínica, se lo que es estar a pie de cama y entonces sé! que se puede". Sabrina

Y las mujeres con un liderazgo más potente, movidas por los valores y la función de la profesión se identifican y ejercen la gestión no sólo cuando ocupan un puesto directivo, sino la gestión de la salud de los pacientes y de la comunidad. Así lo concibe esta participante, que ha ocupado varios cargos, pero que en el momento de la entrevista ejercía como enfermera AP. No aparece en el discurso de los hombres donde hay más identificación de la gestión con alcanzar los objetivos que les plantean.

"Que yo no... ni estoy frustrada porque no estoy haciendo ni estoy de directiva, ni porque pienso que es menos hacer clínica, sino que yo pienso, que yo creo que son los momentos y que en cada... en cada puesto que estás... eh... puedes hacer gestión; en cada puesto se hace gestión y en cada sitio que estás, de verdad.

Puedes ser la... una enfermera en un pueblo o puedes ser ahí la masca de todas las [RISAS]... de todas las comunidades; de la comunidad y la que manda directamente, ¿no?". Sabrina

Otro aspecto compartido por algunas mujeres, a diferencia de los varones, es que sus trayectorias están más interrumpidas, en la mayoría de los casos por cuestiones familiares, casi siempre de las trayectorias de los maridos a las que ellas se adaptan, a pesar de tener situaciones muy ventajosas o gratificantes:

"Mi marido se traslada a Sevilla, mi hija (nombre) se traslada a Sevilla, mi hija (nombre) se traslada a Sevilla y a mí me dejan sola en... en Cádiz... en un ambiente profesional fantástico, con un desarrollo profesional estupendo... y hasta estuve planteándome no irme a Sevilla(....)

(...)Pero bueno al final tiran... tiró más la situación y! pedí una comisión de servicio...." Eva

"Aunque el primer puesto de dirección lo ocupé yo siendo mi marido médico de puerta -que entonces sí que a él si le daban porque yo era directora y él era médico de puerta-, pero a partir de ahí... por su trayectoria, mmm... yo he ido siempre un poco supeditada a él". Amparo

"Porque mi marido es médico, le ofertaron un trabajo en (Lugar) -que se estaba iniciando- y nos vinimos a (Lugar). No me gustó nada el cambio ..." Concha

O se excluyen por no estar de acuerdo con la gerencia u objetivos, o se van o no han estado antes por motivos personales (1), o las cesan(2). Se incorporan a su puesto base sin problemas(3). No puedo hacer comparativa con hombres, ya que todos los entrevistados siguen ocupando el puesto directivo en la actualidad. De hecho, la mayoría no refieren haber experimentado esta situación, pues desde el acceso a cargos intermedios y/o directivo, han pasado de uno a otro, pero no han vuelto a trabajar como bases y me da la impresión que ellos no volverían allí, buscarían una alternativa. Ellas no muestran problema en este sentido:

(1)“...pero a los tres años -por motivos personales y laborales- decidí que me volvía a mi puesto de trabajo; no era lo que me habían contado..” Concha

(2)“....cuando me llamó esta mujer, me dijo queeee querían otra línea, otra tal; estas cosas que dicen -que yo me lo sabía muy bien y a mí no me tenía que dar explicaciones- y que me incorporara en mi plaza”. Rita

(3) "Entonces pues yo dimití del hospital de... o sea me cesaron del hospital del XXXX y me fui al distrito a ocupar mi! puesto! de enfermera". Amparo

Pero las dificultades de los años de crisis, la constreñida capacidad de liderazgo y actuación, hace pensar a las más empoderadas lo de mantenerse en el puesto, pues necesitan estar motivadas y no se encuentran cómodas cumpliendo objetivos impuestos, ya que no desean el cargo, sino la capacidad de implementar actuaciones para los pacientes que el cargo hace posible. Si esto no es así, se desmotivan y desisten:

"Y a veces pues entras en... en un conflicto, porque me pregunto qué es que... lo mismo... yo no quería ser directora. [SILENCIO]". Paloma

" Me gustan mucho los retos, me gusta mucho empezar a hacer cosas nuevas y me gusta mucho conseguir resultados. Lo que pasa es que quizás me pillas en un momento baja, como un poco cansada, y ahora mismo no estoy por romper mucho... la monotonía o la rutina. Estoy por casi por puf... por cambiar y volverme a mi sitio. Entonces, no sé, porque... si tú me dices que mañana hay un proyecto bonito, yo sí que soy capaz de lanzarme, me gusta. Y sobre todo si es un proyecto que yo veo claro! y que tiene repercusión a nivel de... de nuestra organización" . Marina

"... Y la gente... no sé si es por esto, o por los recortes, están muy cansadas, la gente colabora poco y entonces... es difícil... es muy difícil...". Concha

4.2. Trayectorias de los hombres

En el contenido de las entrevistas de los hombres participantes en el estudio se vislumbra que, desde que entran en la carrera, tienen orientación a la gestión, que es explícita o vivida más de forma subconsciente. Y así lo expresan:

*"Siempre he tenido la idea de formarme en gestión y coger un cargo..." .
Romualdo*

"... pues fui... cubriendo contratos, trabajando cada vez de forma más continua y yo continuaba con mi obcecación y mi formación en gestión (...) pues para mí fue muy ilusionante porque ya te digo, me apasiona la gestión sanitaria y me gusta afrontar ese tipo de retos". Julián

"... la verdad es que yo tenía... Siempre me había... Vamos, me... me inquietaba, me gustaba la gestión, entonces llevaba tiempo como... vamos, queriendo que... que si en algún momento me daban esa oportunidad eh... pues lanzarme hacia a ella". Mario

Se hacen destacar desde casi el comienzo de su actividad laboral, ya que la mayoría de los entrevistados explícita o implícitamente manifiestan que aspiran a un cargo y en ese camino encuentran mentores o mentoras con una posición influyente que los aúpan, consolidando un recorrido hacia lo directivo en línea recta, y que consiguen siendo jóvenes, sin interrupciones y estableciendo una relación y 'cadena de favores' que les ayudan en el ejercicio directivo y en la permanencia en los puestos.

" Ha habido una directora de Enfermería, la anterior a mí, que... siempre me ha tutelado. Está en la delegación ahora y... (nombre) siempre me ha tutelado ¿no? (...) la gestión empezó a llamarme me llamó la atención y ... pues hice todos los escalones. XXX al ser directora de Enfermería me propuso ser jefe de bloque, luego ella me nombró subdirector de Enfermería y cuando ella se marchó de la dirección, la gerente que había... pues me propuso para el puesto(...) Me pareció una experiencia súper interesante -tenía 34 años- lo cual bueno pues... le dio un valor añadido ". Cayetano

Y llama curiosamente la atención, cómo ponen en valor todo lo que hacen. Para acceder a los cargos, dejan entrever, y así los perciben, como que 'están disponibles' y se lo cuentan a sí mismos y al entorno poniéndose en valor. También que lo han conseguido siendo muy jóvenes. Así relata Álvaro cómo comienza a trabajar en su hospital, y como pasó el filtro:

"Eché la solicitud y me llamaron poco después, ¿no? Era un proceso de selección duro, en el que, bueno, miraban el expediente académico y tenías que pasar una serie de filtros y... bueno pues como estaba empezando y el volumen de gente tampoco era muy grande, hasta la propia directora de Enfermería te entrevistaba personalmente y la que daba el visto bueno final, ¿no?" . Álvaro

"... una ilusión... de... como... siendo tan joven pues... de ocupar un puesto de gestión de tanta responsabilidad, ¿no? Durante mucho tiempo recuerdo que veía al hospital y yo no era consciente que era yo el que dirigía o tenía que dirigir esto; me temblaban las piernas" . Cayetano

Este otro participante, se ensalza en su relato, sea la cuestión que sea, las notas o su liderazgo reconocido por sus compañeros:

"Entonces, el gerente tuvo que nombrar un nuevo... un nuevo director... y... la Junta de Enfermería, por unanimidad, pues... estuvieron convenciéndome!j por distintos sectores para que me presentase (...) Pues... yo comienzo a trabajar en Salud Mental porque se me daba muy bien, porque ya te he comentado antes que me gustaba mucho el tema de la Psicología y demás, y tuve una buena... una buena calificación en Psiquiatría y en Psicología y... y aparte yo estudiaba y me encantaba leer y tal" . Jerónimo

Y con mucha naturalidad, lo integran en su "día a día":

"Yo era supervisor en cuidados paliativos porque me gustaban los cuidados paliativos y creía que podría trabajar con cierta expertez, con cierta maestría." Cayetano

"Mira que me han llamado de los centrales, que hay el puesto este, que quieren a alguien de fuera, quieren a alguien potente, que no esté contaminado, que esté bien formado, que tenga habilidades sociales y tal"... Y le dije mira yo tengo el tío ideal". [RISAS] Seguramente habrá más gerentes que te digan lo mismo, dice "pero tengo... me estás definiendo al tío que te hace faltaji" (Se está definiendo)". Romualdo

Aunque muestren atracción hacia aspectos no gerenciales, en los hombres no aparece la motivación hacia la relación de ayuda con los pacientes, como se observaba en los discursos de las mujeres entrevistadas. De esta forma tan rotunda lo expresan estos directivos de largo recorrido:

"... los hombres tienen un perfil de gestor más duro, ligado a... a los objetivos cuantitativos, numéricos, gestión de recursos, ¿no?, y... y las... algunas

compañeras mujeres tienen una visión más amplia que trascienden en el objetivo cuantitativo y están viendo en la repercusión de cuidados que tiene en sus pacientes y están pensando más en la prácticas profesionales de sus enfermeros, ¿no?" . Mariano

"... hay una mayoría de hombres que quizás presentan actitudes un poco más rígidas, un poco más centradas en lo operativo y en lo... cuadrulado, por decirlo de alguna manera...". Julián

Inician de forma temprana esa orientación hacia los cargos y que, independientemente de la edad o del momento vital que estén recorriendo, se mantiene. Así lo relata Álvaro que lleva 10 años en el puesto de director, está casado con una enfermera de su mismo centro y es padre de 2 hijos de corta edad:

"Trabajé en (...) hospitalización quirúrgica, ¿no?; todo lo que era cirugía. Y poco después se fue la supervisora, eh... me propuso a mí y yo a empecé a trabajar de supervisor en la unidad pues... con 26 ó 27 años, ¿no? Estuve trabajando como supervisor de la unidad un par de años o tres y luego, pues bueno, Y... bueno luego sale el puesto de responsable de la unidad de calidad y... estuve durante un par de años o tres como responsable de la unidad de calidad, ¿no? ". Álvaro

Es notorio y compartido por la mayoría de participantes, los discursos muestran una clara trayectoria en ascenso, una vez que empiezan sólo suben o se mantienen. Hasta el momento de cerrar el trabajo de campo, ningún entrevistado, después de acceder a la gestión en cualquiera de sus figuras, refiere haber retrocedido a un puesto de enfermero de base. En las mujeres esto no es tan frecuente. Sus carreras están llenas de altibajos, siguiendo a los maridos o cuidando de los hijos, o son cesadas y las derivan a su puesto asistencial al día siguiente, como ya se ha comentado:

"Eh... estuve... en la asistencia 3 años, porque a los 3 años... se crearon los distritos sanitarios, ¿no? Entonces a los 3 años salté a la gestión en atención primaria y desde entonces estoy trabajando en la gestión de atención primaria en diversos distritos de...". Mariano

"Fui supervisor de cuidados paliativos, después fui jefe del bloque de hospitalización, después subdirector del hospital este, del Hospital XXX y desde 2005 director de Enfermería." . Cayetano

"Directivos no pero sí he sido mando intermedio. Yo empecé siendo supervisor general, como te he dicho, en el año 95... estuve seis años o siete... seis, hasta el 2000 más o menos; estuve unos tres años de... de jefe de bloque y de director llevo pues desde el año 2003 entonces, pues... de XXX y ahora con la nueva... con la unificación de centros... pues desde... que se unificó esto... el nombramiento lo tengo ahí en la cartera, que me lo dieron el otro día." . Pablo

Y los hombres se mantienen a pesar de la crisis, los recortes, las fusiones, las reordenaciones, los cambios de gerencia, se van "adaptando" a los cambios organizacionales, pero no pierden estatus ni influencia, incluso algunos ganan, como en las fusiones. En general, cualquiera de los entrevistados que pueda describir, son claros ejemplos de carreras ascendentes.

Así, este actual director de hospital, al poco tiempo de trabajar como enfermero, 'metió la cabeza' en el sistema directivo y aún la mantiene dentro, sin sucumbir ante los cambios de gerencia o las fusiones, a pesar de haber pasado por bastantes gerentes:

"...A los 6 meses, el gerente del distrito donde yo estaba me llamó para que... me hiciese cargo de la dirección de los sistemas de información dentro del distrito, hasta el año 2009 donde el nuevo gerente que llegó al distrito me... me ofreció la dirección asistencial del distrito (...)

... Así estuve como director asistencial del distrito hasta 2012 y fue cuando me llamó el anterior gerente del SAS para ofrecerme la gerencia de un área de gestión sanitaria que integraba hospital y atención primaria (...)

... Estuve también de supervisor de la UCI seis meses... hasta que me ofrecieron una jefatura de bloque en (nombre centro)... y me fui como jefe de bloque de Enfermería a (nombre del centro) durante tres años." Julio

Observamos que llevan trayectorias gestoras que se inician muy jóvenes, son carreras directas, enfocadas al objetivo. Habrá que preguntarse si existe relación entre poseer esas carreras cuasi profesionales de dirección y la conexión

con la realidad, con las necesidades de las personas y con las condiciones y demandas del personal al que dirigen. Por otro lado, hay que puntualizar que se trata de un hombre casado con una enfermera que no ha salido de su puesto base y con hijos pequeños cuando inicia el proceso. Otro participante, aunque tiene más bagaje asistencial, una vez que inicia, no retrocede. Y he observado que a los hombres les cuesta menos años hasta que le proponen el primer puesto, que suele ser y eso es común en los dos sexos, un cargo intermedio:

"Mi trayectoria profesional pasa por... por trabajar en el hospital de y... y... aprendo... aprendo a... me especializo en hemodiálisis, ahí permanezco casi cuatro años, ya luego me voy a primaria..... y a los ocho años retorno otra vez al hospital y... y trabajo como supervisor de hemodiálisis, y ya luego como jefe de bloque y actualmente como director de Enfermería ... Cuatro años como supervisor de hemodiálisis y... un año y medio como jefe de bloque del área médica"....."..... y actualmente como director de Enfermería" Mario

Y casi más rápido incluso la de este participante, en otra carrera ascendente, a pesar de ser bastante joven y tener 2 hijos pequeños.

"Pasé a enfermero de EBAP y ya a partir de ahí he sido un enfermero gestor de caso, coordinador de atención primaria, director de cuidado en funciones [RIE] y ya pasé a... a responsable de conocimientos e innovación en cuidados en el área sanitaria...-que es donde hasta hace seis meses he estado- y a partir... se me ofreció la oportunidad de la dirección de Enfermería del... y aquí estoy". Romualdo

Emerge el perfil profesional de los hombres de manera casi homogénea. No sólo porque compartan características en relación a sus trayectorias gestoras, también se ve en su bagaje profesional, los servicios y actividades que han realizado con anterioridad a los cargos y donde también encuentro muchas coincidencias.

Para finalizar este apartado, en la tabla 16 muestro una matriz contextual, donde se pueden apreciar los matices, comparando dos trayectorias profesionales y directivas de un hombre y de una mujer, de edades y formación parecida. En negro los *verbatim* textuales y en rojo mis comentarios al respecto.

ROMUALDO	ROSALÍA
<p>VOCACIÓN "más salida laboral..." "mi padre quería que estudiara Medicina" "siempre he querido hacer una rama sanitaria, me decidía más por Medicina"</p> <p>Refiere un nivel de vocación inicial bajo. Estudiar Enfermería ha sido un medio para la posición actual como director, no a la profesión en sí*</p> <p>El enfoque de formación es de mejora laboral y técnica.</p>	<p>VOCACIÓN "vamos yo empiezo a estudiar Enfermería y me gusta" "estoy aquí muy a gusto y ya veré si cuando termine quiero hacer otra cosa"</p> <p>Refiere un nivel de vocación inicial, en éste sentido no hay mucha diferencia entre los perfiles seleccionados.</p> <p>El enfoque de formación es de máxima implicación con el área en la que ejerce.</p>
<p>TRAYECTORIA PROFESIONAL Ascendente rápida y con traslados Formación sobre gestión</p> <p>"Entré en el distrito de atención primaria y ya ahí... pues contrato al principio, después ya pasé a enfermero de EBAP y ya a partir de ahí he sido un enfermero gestor de caso, coordinador de atención primaria, director de cuidado en funciones [RIE] y ya pasé a... a responsable de conocimientos e innovación en cuidados (...) se me ofreció la oportunidad de la dirección de Enfermería del área XXX y aquí estoy".</p> <p>En el discurso hace referencias negativas a su paso cómo enfermero de base. Ha buscado un nicho de ascensión rápida, sin anclaje a una unidad concreta, que le aporte conocimiento más profundo y experiencia. Ha realizado formación especializada temprana en gestión con este fin.</p> <p>Recorrido enfocado a la gestión</p>	<p>TRAYECTORIA PROFESIONAL Sólida como enfermera clínica Ascendente con coherencia, profundizando en la especialización "una enfermera maneja muchas cosas que influyen mucho en el paciente, en el curso clínico... y para eso hay que estar muy formado y eso es una necesidad"</p> <p>Formación en comunicación y materias relacionadas con especialización en la unidad en la que ejerce.</p> <p>"en infeccioso, la verdad es que para mí aquello fue un cambio muy... muy fuerte en el sentido en que yo volví a descubrir mi vocación! de enfermera (...) hacia una... una consulta de enfermería a paciente VIH de adherencia, de... de introducirlos en ensayos clínicos para conseguir medicación que no estaba autorizada todavía en España y se la teníamos por... por uso compasivo... Y la verdad es que a mí aquel trabajo me encantaba"</p> <p>Observamos riqueza de detalles en su discurso, cargado de implicación personal y motivaciones en relación a su profesión y hacia los/as pacientes 7 años supervisora en su unidad 3 jefe bloque, 1 año subdirectora, lleva 2 directora Recorrido coherente con la función</p>
<p>MOTIVACIÓN POR EL CARGO Sin proceso de selección reglado "No lo sé, yo sé que tuve una entrevista con el gerente del área de ese momento, tuvimos una entrevista y le pareció muy bien tanto el modelo de gestión que yo le presenté y le gustó y me dijo que en principio era la persona idónea"</p> <p>"yo el gusanillo de la gestión siempre lo he tenido. De hecho, bueno, tengo el máster en economía... en economía de la salud, gestión sanitaria y uso racional del medicamento por la Universidad de Málaga, experto en gestión de cuidados por la Escuela Andaluza de Salud Pública, experto en investigación y epidemiología, eh..</p> <p>estrategia enfocada a los cargos, a su entender toda formación debe ir vinculada a un ascenso "muchos cursos muchos fines de semana (...) Entonces veo una tontería hacer todo eso para luego quedarte en una planta de trauma cambiando yesos"</p> <p>"Es más fácil ahora mismo acceder a puestos de dirección por hombres que por mujeres, en Enfermería". "Los hombres tienen más campo abierto y de hecho las famosas leyes de igualdad o la capacitación informales de paridad en Enfermería nos benefician" Evidencia una realidad,, las políticas de igualdad los</p>	<p>MOTIVACIÓN POR EL CARGO Con al menos un proceso de selección reglado "La junta te puede pedir que tú presentes un proyecto si tiene dudas, pero es que yo salí... todos dijeron... o sea, entre los candidatos que había no se votó a nadie más. O sea, tuve todos los votos; nadie votó a otra persona" exigencias formativas concretas "Me sorprendió mucho que no te exigen nada para ser directivo, eh"</p> <p>"una vacante en la dirección de Enfermería y hay personas que se van a presentar. Y yo no tengo ninguna intención de presentarme, entre otras cosas porque siempre he tenido muy claro que un puesto directivo es un puesto de confianza! en un equipo!, entonces tú tienes que tener una relación con el equipo. Y... bueno, yo en ese momento pues estoy en mi puesto de jefe de bloque bien, cómoda, me permitía hacer otras cosas..." Sin intención de presentarse: no se valora como "de confianza" ni "en un equipo" y valora tanto la comodidad cómo las cosas que le permite hacer su puesto actual, sus proyectos, enfocados a mejorar su práctica, con el que sí considera su equipo, las enfermeras de su servicio. "yo me acuerdo que le pregunté "¿pero tú me estás diciendo que me quede luego de directora?" Y me dijo "yo no sé lo que va a pasar"; y yo dije "bueno, pues eso me queda más tranquila" [RISAS] porque yo en ese momento me acababan de financiar el proyecto y yo tenía muchas</p>

<p>favorecen</p> <p>"Yo siempre lo digo, aunque a la gente no le guste, pero es que a mí me mola la gestión (...) me gusta gestionar". " O sea , si yo creo que tengo que hacer esto, es lo que hay que hacer; y ya está, ya veremos las consecuencias para bien o para mal. Normalmente es para bien, si no, no estaría donde estoy [RISAS]"Admite riesgos, que plantea cómo obligatorio, de ensayo-error. La autoafirmación y la valoración positiva de sí y de sus decisiones que aparece con frecuencia en los hombres</p> <p>MOTIVACIÓN PROFESIÓN</p> <p>Cero implicación. No habla de pacientes, ninguna referencia a su experiencia como enfermero, da a entender que ha sido un trampolín para su situación actual, refiere alguna "ponencia y congresos (...) organización de congresos" "redes y estrategia"</p> <p>Está motivado con unir la Enfermería "el día que la Enfermería sea capaz de unirse (...) que tiemble la organización sanitaria"</p> <p>"yo me aburro, si no aspiras a algo, te aburres"</p> <p>Todas sus referencias giran en torno a "cotas de poder", falta de dirección de Enfermería, planes estratégicos, avances de Enfermería en puestos de poder.</p> <p>Opina que la competencia profesional sólo requiere de práctica y concibe la profesión como Técnica</p> <p>"Yo siempre digo lo mismo: que "ser buen enfermero en una planta, creo que todos los que hemos pasado por asistencial somos buenos enfermeros. Lo único que puede hacer falta es un reciclaje técnico en un momento determinado. El que es buen enfermero va a ser buen enfermero. Pero hay mucho tiempo para ser buen enfermero; hasta los 65 de momento"</p> <p>"Yo creo que las oportunidades que pasen y los trenes, si familiarmente, etcétera, etcétera los puedes aprovechar, hay que aprovecharlos. Yo no me quiero morir pensando "estuve 40 años en la planta haciendo lo mismo, cogiendo las mismas vías, cambiando... por muy bien que lo hagas y sea para el paciente, etcétera, etcétera. Yo... no soy de esos. [RISAS] No soy de esos. No puedo. Nada más"</p>	<p>ganas de dedicarle a este proyecto tiempo"</p> <p>Accepta porque el cargo tiene menos responsabilidad y es temporal (Primero le plantean ser subdirectora)</p> <p>"lo que me hizo coger el puesto fue el saber que no era definitivo"</p> <p>"cada vez me encuentro con más mujeres que tras el decirles que si quieren ser supervisoras se lo piensan mucho, y ponen muchas veces el tema de la familia para decir que no, mientras que el hombre lo acepta el puesto".</p> <p>MOTIVACIÓN PROFESIÓN</p> <p>Implicación personal incluso en su tiempo libre como voluntaria y activista en asociaciones "Sobre todo la época de infeccioso hice muchísima... como dicente asistí a muchísima formación de.. comunicación, de capacidad de comunicación para poder... Porque la verdad es que ... sí que vivía situaciones con los pacientes VIH eh... muy complicadas al principio de manejar para mí, ¿no?"</p> <p>"soy socia fundadora de un hogar para pacientes con VIH - para enfermos terminales de SIDA-, eh... pues soy fundadora de la asociación de enfermeras de hospitales en Andalucía y allí estuve de presidenta desde.. y... bueno, pues no sé... soy miembro del comité científico de la asociación de Johanna Bridge; que yo a m... sí he colaborado en muchas otras cosas, ¿no?" "porque un máster en SIDA también hice -un máster en VIH/sida en aquella época-, ¿por qué? Porque yo decía "tengo que saber todo, ¿no?"</p> <p>Enfocado al paciente, desde capacitarse para mejorar la atención que se le presta a los pacientes, al más alto nivel, con investigación seria y con formación permanente.</p> <p>"tengo un máster de metodología de investigación, tengo tres proyectos financiados por la junta de Andalucía en convocatoria competitiva"</p> <p>"creo que esos pacientes o esa... mi relación con esa enfermedad a mí me ha enseñado mucho en mi vida, ¿no? Me ha enseñado muchísimo: a manejar otras situaciones, a saber poner distancia o a saber mirar las cosas desde un... una perspectiva más allá. Decir "bueno, vamos a mirar porque... uf ", realmente, ¿no?, somos muy afortunados, yo me considero una persona muy afortunada en mi vida la verdad"</p> <p>"agradezco muchísimo a la persona que me desplazó de urgencias por haber podido vivir!... porque creo que toda mi carrera profesional ha sido marcada por eso, por haber estado en infecciosos".</p> <p>Motivación hacia la esencia enfermera. Pone su esfuerzo en conseguir para las enfermeras un alto nivel de competencia para mejorar su práctica y sus resultados en salud. Para empoderarlas. Su estándar es el hospital magnético.</p> <p>"Es que yo realmente creo que una enfermera no puede trabajar sin.... sin estar continuamente! formándose"</p> <p>"la posición privilegiada que tiene la enfermera con el paciente, porque nosotros somos un acompañamiento a lo largo del proceso y eso nos da la ventaja de ver las necesidades antes que otros profesionales..."</p> <p>"Mi meta sería que este hospital sea magnético, que todo el mundo quiera venir a trabajar aquí, porque se aplican todas las últimas evidencias, las enfermeras además están muy contentas y a los pacientes se les atiende con un nivel de calidad muy alto, para mí eso sería el sumo. Que las enfermeras investigaran, pudiesen hablar en público..."</p>
---	--

<p>PERSPECTIVAS DE FUTURO PARA LA PROFESIÓN</p> <p><i>"La titulación nos merma, claro que nos merma y mucho"</i> <i>"estoy seguro de que un enfermero no es la primera opción para una gerencia".</i></p> <p>Percibe segregación vertical, aunque de haber un cargo directivo a más alto nivel lo piensa en masculino</p> <p><i>"El que no tenga claro que aquí cuando menos te lo esperes te puedes ir... mal asunto".</i></p> <p><i>"¿Qué se ha avanzado mucho en enfermería con lo que respecta a puestos de poder? Sí, pero es un camino lento, insidioso, despacio, sufrido, muy sufrido".</i></p> <p><i>" Por qué el estamento médico sigue teniendo el poder en las organizaciones sanitarias, te puedo dar muchas más excusas pero es que es eso".</i> <i>"Enfermería siempre hemos sido borregos, a nosotros nos dicen hay que hacer esto y lo hacemos, hay que hacer lo otro y lo hacemos, somos buenos profesionales y somos buenos profesionales por eso"</i></p>	<p>PERSPECTIVAS DE FUTURO PARA LA PROFESIÓN</p> <p><i>"sí creo que por el hecho de ser enfermeras lo tenemos más difícil, tenemos que demostrarlo, ..tenemos un ámbito de trabajo muy vinculado al de otra profesión cuya calificación académica siempre ha sido mayor a la nuestra eso hace que ellos tengan más cota de poder que nosotros porque tienen también mayor poder adquisitivo y eso se resume en poder".</i></p> <p><i>"La dirección de Medicina tiene más dinero que la dirección de Enfermería, ...a nivel de tecnología, de investigación... su poder y su capacidad de influenciar en la organización es mucho mayor que la de la enfermera"</i> <i>"Tenemos que poner en valor nuestro trabajo, pero no la vemos y no la hemos evidenciado y eso es lo que todavía nos queda por hacer"</i> <i>"....evidentemente el peso de la dirección de Enfermería es menor y yo creo que eso va más allá de tú como persona, sino que es porque somos menos influyentes, hacemos menos ruido, somos más obedientes..."</i> <i>"debemos seguir trabajando para que haya un marco legislativo que ampare su autonomía, porque el colectivo no tiene prácticamente autonomía en hospital aunque sí la tiene en primaria, hay una gran diferencia"</i></p>
<p>Coinciden en la subordinación estructural e identitaria de la Enfermería y perciben la hegemonía médica imperante como un factor opresor en el desarrollo profesional, más notorio en el ámbito hospitalario</p>	

Tabla 16: Matriz contextual comparativa de las carreras directivas y el enfoque de sus trayectorias profesionales de dos participantes en el estudio (H y M).

5. La Gobernanza de Enfermería en el Modelo de Gestión Clínica

En este apartado describiremos los discursos de los cargos directivos en relación a su experiencia con este sistema y al efecto de gestionar y/o trabajar por objetivos ligados a complementos e incentivos económicos. Hay una posición casi unánime que comparte la dificultad que este modelo supone en su gestión y en la de los mandos intermedios. Las personas profesionales de Enfermería, que no perciben los mismos complementos ni en la misma cuantía, ni tienen la misma ratio que los médicos, se quejan de las altas cargas de trabajo, la falta de personal y de recursos y la baja remuneración que reciben en relación a la presión y el volumen de trabajo que soportan:

"Nooo... no está la gente dispuesta. Ten en cuenta que tienen... Yo tengo...hay coordinadores que llevan el centro ellos, que no lo lleva el director. [SILENCIO] Y... y luego tienen muy poco reconocimiento, eh... No tienen

reconocimiento ni económico... para mí es muy injusto el reparto que hay del CRP; de la productividad. De la productividad me parece totalmente! injusto, ... totalmente injusto". Pitita

Según relatan algunos participantes, en los hospitales el presupuesto y la crisis "no es igual para todos", pues se gasta desproporcionada e injustificadamente en concepto de continuidad asistencial para los especialistas, y se deniega ese gasto para los efectivos de enfermería, que al no disponer de enfermeras para cubrir las necesidades de los servicios, tienen que pedirles el favor a los profesionales para que doblen turnos, hagan el turno con media plantilla o que se incorporen antes de los permisos, etc.:

"Porque.. cuando... cuando los tiempos son malos, pues los tiempos tienen que ser malos -o muy malos- para todos, pero no puede recaer todo en... Es decir, aquí no hay ningún problema -o no hay demasiado problema- en seguir generando lo que se llaman continuidades asistenciales con los mismos recursos de enfermeros. Mira: "no me montes más consultas por las tardes para que usted venga a... justificar una parte de su sueldo con los recursos que yo tengo, que no puedo. Que es que yo no puedo decirle a la gente... llamar, que me haga este favor, que me haga que, o lo que tienes que pedir. Pues eso da igual..." . Pablo

Según comentan, este proceso en su génesis creen que tenía otro sentido, se concibió con otro fin, pero con el tiempo se ha ido desvirtuando y siendo foco de tensiones y desencuentros. Una de las participantes en este estudio vivió de primera mano la iniciativa e implantación de este proceso desde los servicios centrales del SAS, así se plasma en su valioso testimonio. Aunque los efectos comentados por este modelo de gestión de alguna manera están en las entrevistas realizadas, son tocados tangencialmente, pues no tienen la posición privilegiada ni la experiencia de Rita. Por tanto, es tan clara y potente su línea discursiva, que no he querido, salvo excepciones, contaminarla con otras intervenciones, que rompían la fuerza y clarividencia de su argumentación que, en definitiva, viene a confirmar la teoría de incentivos de Bénabou y Tirole (Bénabou & Tirole, 2006).

En síntesis, desde aproximadamente el año 2000 que se comenzó a implantar las UGC, la Dirección Gerencia del SAS establece los acuerdos de gestión y el contrato – programa de los centros de la red asistencial, que los gerentes/as de los mismos deben firmar, y de los que anualmente deben dar cuenta y a los que se vinculan los incentivos salariales, que actualmente suelen ser cuantiosos si cumplen lo suscrito. Así lo relata la participante mencionada:

“El primer contexto que me... me puso a trabajar XXX fue con el contrato-programa. El SAS tiene un contrato-programa que cada año ... se escribe, se reformula más o menos y se manda a los centros, donde el gerente de cada sitio pues tiene que firmar! una serie de objetivos que son los que van a... los que van a vincular la productividad del gerente entonces... que luego ya, pues era una pequeña productividad que se daba a los... a todos los... los profesionales, ¿no?”.
Rita

Cuando se inicia este nuevo sistema gerencial, parece ser que no pivotaba sobre el complemento salarial, sino más bien, era un sistema de adscripción voluntaria y que denotaba interés y prestigio para los clínicos que lo suscribían:

“... en sus orígenes, era en realidad un enfoque de prestigio!. La unidad de gestión clínica.. ¿Por qué? Porque no había dinero. El dinero era casi simbólico. Era un bien de prestigio”. Rita

“Entonces ser! director de una unidad de gestión clínica, era que voluntariamente! uno se autoimponía! una serie de... aspectos de calidad contrastada y que lo iba a desarrollar en una unidad concreta. Y entonces, pues la verdad, eso fue funcionando muy bien porque... sólo se sumaron a eso la gente que ya! era muy buena ...”. Rita

“Si empiezan a sumarse gente que ya es muy buena y encima van mejorando porque tú les haces el trabajo de decirles dónde están las buenas prácticas, dónde está lo que es ya... hasta la evidencia probada de tu unidad, con... mandándole datos comparados, ¿no?”. Rita

En esta primera andadura de las UGC, incluso se elevó el nivel científico y se produjo un feedback colaborativo en el que las actuaciones y relaciones entre el órgano gestor y las unidades asistenciales propiciaban la participación de los equipos y/o a los profesionales y se potenciaban.

“Bueno, luego sí, la gente pública, estudia, pero sí tú ya se lo das fácil, no solo al que es más ilustrado, ¿no?, sino que es un conocimiento socializado, ¿no?; para que todo el mundo participara, ¿no?”. Rita

Pero ir armonizando y haciendo posible este nuevo sistema gerencial no fue fácil. Un elemento limitador habitual es el ‘dinosaurio’ de la tecnocracia, que funciona con su propia lógica, con lentitud y complejidad, donde a veces la realidad se va difuminando:

“Entonces yo me fui... a los centrales... como técnico, me senté en una mesa y mmm... empezaron a darme tochos de papeles. Unos tochos que yo veía que... que había unos mundos paralelos que jamás se iban a tocar: era el mundo del papel, de la burocracia y de los magníficos planes escritos y el mundo de la realidad que yo conocía bien.....”. Rita

La mirada de la enfermera ayuda a incorporar las necesidades de las personas en el órgano de decisión de las políticas sanitarias:

“Entonces, me pareció una cosa tan... apasionante intentar que se reconociesen [RISAS] mutuamente, que creo que había que echar la energía allí o por lo menos intentarlo, ¿no?” Rita
“Bueno, yo empecé a pensar en cosas para los pacientes...”. Rita

De esta forma el órgano gestor decide y diseña los proyectos desde su perspectiva burocratizada, que luego deben ejecutar los profesionales, quizás de forma poco participativa, con pocas explicaciones y que son vividos en las unidades como impuestos. De hecho a veces, suelen acogerse y percibirse como poco útiles, por lo que el profesional no se implica, hace una labor muy de pasar el trámite:

“En realidad aquello era una cosa que yo, cuando leí el primer contrato-programa digo ¿Pero esto quién lo ha escrito? Pero aquí no se habla de enfermos”, ¿sabes? Ni de enfermedades siquiera. O sea, es que era una cosa ... tan fuera de la realidad. Eran unos... unos objetivos centrados en el gasto, en el no gasto, en... en fin; una cosa absolutamente... extra... extraña, ¿no? O sea, fuera de la realidad”. Rita

Y con objetivos percibidos como irreales al que se adscribían mediante la firma, como trámite imprescindible para cobrar el incentivo económico.

*"Entonces los gerentes llegaban, firmaban eso, como si tuviesen que firmar otra cosa; yo creo que esto no tenía ningún problema, vamos, porque daba igual".
Rita*

Una planificación tecnócrata y dirigida que distancia de la realidad y que propicia un determinado tipo de directivo/a:

*"... o sea, en la gestión corres el riesgo de... de perder el sentido de la realidad y... y volverte marciana. [RISAS]".
Merche*

*"Pues como personaas lejanas a la realidad, al día a día; personas que toman decisiones sobre papeles; eh... personas que están más interesadas en lo que otros le dicen que tienen que hacer, que en los que tienen que ejecutar las cosas".
Malena*

Además se implementa la acción a realizar, pero no se diseña e incluye la evaluación, solo se contrastan los objetivos economicistas, con lo cual la carga de subjetividad y la percepción de inoperancia e injusticia es mayor aún (no olvidemos que desde el principio va ligado al cobro de complementos salariales):

*"Entre otras cosas, la evaluación que se hacía era... casi ninguna y lo único que se podía evaluar era si te habías gastado más o te habías gastado menos".
Rita*

Los profesionales sanitarios tienen una visión de las necesidades de las personas y por tanto del sistema diametralmente opuesta a los gestores de alto nivel y, desde su percepción en este modelo, quedan fuera los aspectos fundamentales, inherentes a la atención sanitaria:

"No había seguimiento de listas de espera; las listas de espera estaban disparadas, nadie sabía cuánto se esperaba, ... nadie se sabía cuánta lista de espera había para las pruebas diagnósticas, nada... no se sabía nada de... de cuál era -digamos- la productividad! de los equipos. Es decir, ¿por qué aquí se opera más y allí se opera menos? ¿Cuáles son las indicaciones? ¿Cuáles..? Algo, algo." Rita

En la lógica gerencialista que impregna el Modelo de Gestión Clínica la mirada de los cuidados no está muy presente, cuando en teoría va dirigida a la salud y el bienestar de la población. La entrevistada lo pone en valor y empieza a darle la vuelta a la planificación, centrándola en la gente y no en los

profesionales. En relación a la confección de los objetivos de los contratos-programa relata:

“Yo empecé a decir ‘¿aquí se pueden añadir cosas?’ Cosas así como básicas... La personas que hacía el... el contrato-programa, digamos la redacción!, ¿no?, pues era un jefe de servicio evaluación, ...con el que yo tuve mucho contacto y mucho vínculo ya... y empatía personal! y profesional. Entonces yo empecé a contarle a este hombre que la gente... que si queremos mejorar en la salud de la gente, había que pensar en la gente. Que, bueno, que gastar se gastaba y que eso era inevitable, ¿no?, pero yo decía mmm... "mira, hay una cosa que yo creo que es fácil, que la podíamos poner, a ver qué te parece...". Rita

“Bueno, yo empecé a pensar en cosas para los pacientes...”. Rita

A pesar de estas dificultades, el balance, la impronta que deja la primera etapa de la gestión clínica cuando prácticamente no estaba ligada a incentivo económico sino al liderazgo clínico, fue motivador, incluso, parece que iba bien:

"¿Por qué la estancia media no la podemos bajar en un día más? Pues vamos a proponer a ver qué hacemos... Entonces las enfermeras proponían cosas la gente proponía cosas... Y era... Era una cosa que ... fue muy bien". Rita

Pero la motivación profesional se distorsiona con la condición de obligatoriedad y el incentivo económico:

“Y dejó de ir bien cuando -desde mi punto de vista- se metió tantísimo dinero. Ahí se ha metido tanto! dinero que se ha emponzoñado el... la idea original. [SILENCIO] En segunda parte, porque lo hicieron obligatorio. O sea, tú no podías dejar de ser; entonces, algo que a ti te obligan, pues ya ves... ¿Qué... qué vínculo tienes tú con eso? Ninguno”. Rita

Y emerge el conflicto por los criterios de asignación y la jerarquización de las retribuciones, que corresponde a cada una de las categorías profesionales que integran las unidades. Esto viene muy marcado por los acuerdos de gestión suscritos con la gerencia de los centros, aunque también dependen en gran medida de la capacidad y la visión que tenga el directivo de la unidad. En ambos casos, salvo excepciones muy concretas, las direcciones son médicas (más en masculino). Así, el liderazgo de la persona que ocupa la dirección de la UGC es un

factor diferenciador. La clave está en centrar la atención en el paciente. Cuando esto sucede, las personas son las adecuadas y realizan un liderazgo equitativo y dinamizador, es un elemento que favorece el clima laboral y la consecución de los objetivos programados:

“Las unidades cuando están muy bien integradas y cuando hay un clima laboral y cuando están liderándolo personas, ¿vale?, que lo que les importa es el paciente y son capaces de... de ser permeables de un lado para otro, chapó; la unidad funciona, vamos, alucinante. Es como un fluido de... [RISAS] de maravilla”.
Sabrina

En muchas ocasiones, los directivos/as de las unidades se centran en los intereses particulares, chocando los de los profesionales de medicina con los de enfermería, rompiendo el equipo en perjuicio del paciente y propiciando la confrontación:

“Pero sí hay intereses diferentes de cada uno de los que estén liderando las áreas suyas de conocimiento, pues entonces ya ahí la hemos cagado. Ahí ya no”.
Sabrina

Y les resulta muy difícil a los que ocupan los cargos directivos en Enfermería, plantear cuestiones de calidad que redunden en una mejora de la práctica y en la satisfacción de usuarios y profesionales, ya que la gestión, la rendición de cuentas, está muy enfocada a la consecución de objetivos economicistas y cuentan además con menor presupuesto para realizar las acciones que el sector médico. Hablan de una situación donde su liderazgo y dirección están en función de números, han estado ahí y lo han hecho, pero no es lo que quieren, les sale la motivación intrínseca:

“...me gustaría, bueno, y con el equipo que tengo, redise... redireccionar un poco nuestro trabajo y no tan pensado en... en números, en pensar solamente en recursos humanos... me... nos... vamos, nos gustaría... ahora hemos abierto líneas... un poco de líneas de trabajo relacionadas con intervenciones enfermeras y poderlas medir. Eh... medir cargas de trabajo a nivel asistencial que... a nivel de hospitalización... que no están medidas; pues un poco cambiar la orientación”.
Mario

El incentivo económico, de alguna manera, ha agudizado la brecha entre las dos profesiones. Es tradicional en el mundo sanitario que los profesionales médicos obtengan prebendas – materiales y no materiales- relacionadas con la categoría profesional, en relación a las que poseen las profesionales de enfermería. El sueldo que perciben lógicamente es mayor, dado que tienen otra categoría profesional y otro nivel de responsabilidad, pero la productividad, los incentivos de los laboratorios, el prestigio o la autoridad son aspectos donde estaba más o menos naturalizado el predominio del sector médico.

Al plasmarse tácitamente los objetivos del contrato-programa de las UGC ligado a complemento salarial, se ha aglutinado a distintas especialidades médicas y a otros profesionales, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores, y que clínica y organizativamente deben funcionar de manera integral. Sin embargo, la retribución está muy jerarquizada y estos sectores no hegemónicos, tienen la percepción de no recibir la parte alícuota de la productividad asignada y la que creen corresponde a su trabajo. Y no solo esto, sino que en el contrato-programa el trabajo de las enfermeras se gestiona en parámetros respecto a los consumos, por lo que cuantifican exhaustivamente nuestra contribución como horas de trabajo:

"El contrato-programa que firmaa el gerente del hospital con centrales eh... tiene unos determinados parámetros al respecto de los consumos. Igual que se consume... farmacia, se consumen! horas de enfermería, y eso es una cosa que no debería estar. A nosotros sí nos cuantifican por las horas de trabajo, a otros colectivos no tanto". Pedro

"Los complementos yo tengo un nivel , eh... otros tienen otro nivel... Esto es así. Y... y el sueldo va en... en función al grupo profesional al que perteneces; eso está establecido. Pero una productividad que depende! lo... que esa gente, ese equipo, consiga los objetivos, ¿vale?, no depende del director ... solo. [SILENCIO]

"¿Y por qué por ser de un grupo profesional? No, un director cobra... puede cobrar hasta... ahora con las bajadas y tal, 12.000 euros.." Pitita

En este sentido hay un escollo importante que actúa como barrera y es el tema de la evaluación de los resultados enfermeros. Según manifiestan los directivos, los indicadores de resultados en salud que consiguen las enfermeras, no están claramente definidos y ponderados en el contrato-programa de las UGC, ya que casi todo el espacio y resultados que consiguen con su trabajo está asignado a la parte médica de la unidad. Por tanto, a pesar de que en los hospitales las enfermeras llevan gran parte del peso asistencial, es difícil demostrar su aportación, lo que representa un factor limitador para su promoción profesional.

"Mientras que la... mientras que todos nuestros indicadores... casi sanitarios [RISAS] estén... estén vinculados al colectivo médico, es complicado tener... tanto poder a nivel... a nivel de políticas estratégicas. No sé si es que no... no sé ... la verdad es que no; yo ahora mismo no lo veo, no sé si dentro de unos años a lo mejor cambiará. Pero ahora mismo no". Mario

Y en relación a esto, a los elementos que afectan la motivación intrínseca de las enfermeras, no solo está el complemento salarial, dado que el sistema formal y simbólicamente las excluye o, al menos, no las reconoce. Y esta cuestión no es baladí ya que los emolumentos están asociados a objetivos y estos objetivos en los que las enfermeras trabajan con ahínco, están asociados al cupo médico. Por tanto, su trabajo, su aportación tomada como fuerza de trabajo, está incorporada a los objetivos de los médicos, o al menos en gran parte. El sistema no visibiliza su contribución, ni le reconoce la autonomía a los profesionales de enfermería que no tienen su cupo, fomentando la confrontación y permitiendo la inequidad hacia el colectivo. Así lo describe esta directora de AP en relación a los objetivos de economizar en el gasto farmacéutico a través de la prescripción y, según comenta, es peor aún en el caso de los hospitales:

"Es que las enfermeras no tenemos cupo por ejemplo en primaria, ¿no? Entonces claro, estamos prescribiendo y -que me parece que es un hito importante- y a la hora de sacar datos de quién prescribe, cómo prescribe, si se está ahorrando, si no se está ahorrando, si lo hacen mejor que los médicos... resulta que está

asociado al cupo médico, y no se puede discriminar! lo que hacen las enfermeras como no sea a través de los cupos médicos". Amparo

"Llevan años diciendo que el cupo médico ya está... el enfermero ya está, ya está, ya está. Le quedará poco, pero bueno yo llevo oyendo eso hace años. Y en los hospitales ni te cuento... Ni te cuento". Amparo

Es una distorsión fundamental que se debería corregir si se pretende avanzar en la profesión.

"Entonces ahí si deberían dejar un espacio porque la Enfermería es un colectivo con un valor y un... una... digamos 'campo de acción' muy importante. Entonces si ellos abren eso, esto avanzará también". Marina

Este aspecto se agudiza en el hospital percibiéndose como más desigual, ya que el funcionamiento del hospital, en palabras de esta directora, lo llevan las enfermeras:

"Y a nivel hospitalario eh... tiene mucho peso, ¿no?, el personal facultativo, cuando quien lo lleva realmente -y eso siempre lo hablamos- que la columna vertebral del hospital es [RISAS] es la Enfermería, ¿no?". Loreto

"Porque el médico, yo siempre lo he dicho: el médico pasa... pasa consulta. O sea, pasa una consultita. Luego nosotras somos las que estamos las siete horas con el paciente... y conoces más al paciente". Pitita

Y otra participante lo apoya, ya que las necesidades de la población requieren un cambio de organigrama y lo lógico es que los hospitales estuvieran organizados por niveles de cuidados y, por tanto, gestionados por las enfermeras. Pero la tradición con incentivos de por medio, hace que sigan organizados según la perspectiva médica y a criterio de los médicos, cuando en los hospitales, las enfermeras son imprescindibles, por las necesidades de los pacientes que requieren sus cuidados tendría más sentido este criterio de organización:

"Los hospitales están organizados en función de los médicos y es un error desde mi punto de vista. No está organizado en función de los cuidados, por ejemplo, que es lo lógico. [SILENCIO] Esooo no lo vamos a cambiar nosotras... creo". Amparo

"Yo pienso que, vamos eh... La Enfermería es de lo mejor... lo mejor que hay en el hospital..". Loreto

Sin embargo, para la profesión ha sido complicado, de hecho al principio de las UGC no se marcaban objetivos para los profesionales de enfermería. Aunque ahora se haya avanzado un poco, los comienzos fueron muy difíciles para las enfermeras, que siempre tienen que estar en la lucha porque el propio sistema parece no reconocerlas.

"De hecho nosotros conseguimos que la supervisora firmara con el jefe de servicio los acuerdos de gestión clínica, que eso era impensable hace 20 años en (lugar).. ahora ya está asumido. Entonces... hombre, esa etapa fue difícil". Amparo

A esto contribuye que las enfermeras no tienen fácil el acceso a dirigir las UGC y, en el caso en que ejerzan la dirección, suelen encontrar dificultades importantes por parte del otro colectivo, así lo relata esta misma participante, directora de AP:

"Hemos tenido un conflicto donde la directora de la unidad era una enfermera y el sindicato médico, que estaba pidiendo su cabeza -vamos que de hecho la sigue pidiendo- con escritos, con movidas en prensa... "Amparo

Y requieren mucho respaldo del equipo directivo para mantenerse:

"Lo hemos discutido los cuatro, lo hemos valorado, se ha sopesado y el equipo ha decidido apoyar a la... a la directora, que es mujer! y enfermera!. Y ahí estamos aguantando el tirón". Amparo

Y hasta determinación personal, ya que según la entrevistada relata la presión que debe soportar esta enfermera directora de UGC es constante y están buscando su dimisión. Y es vivido como un enfrentamiento interprofesional, en el que median los incentivos, aunque no estén explicitados. En este sentido, esta otra participante directiva de AGS responsabiliza al sindicato y a los colegios profesionales de enfermería de no reivindicarlo, y de no contribuir en demasía a su regulación, achacándoles la competencia que no tienen:

"No sé si ella será capaz de aguantarlo porque... están todo el día delante de la puerta suya en el centro de salud pidiendo su dimisión, pero bueno, ahí estamos..." . Amparo

"Pero yo los culpo a ellos, porque si son ellos los que se sientan a una mesa sectorial, son los que tienen que.. .que proponer otras medidas y no... no quedarse tan tranquilos y luego echarle la culpa a la administración cuando yo no tengo capacidad de poder modificar esas decisiones, ¿no?" . Concha

Consultado el sindicato, nos abre 'la caja de los horrores', pues desde que se ha implantado este modelo, que "nos ha llevado a la fatalidad; a decir: "da igual lo que hagamos, no va a cambiar esto", ¿no?" (Pedro) y que ha producido una desmotivación muy difícil de evaluar y revertir:

"El elemento de... desmotivación yo creo que no se ha cuantificado por parte de los responsables del servicio de salud, pero yo creo que es uno de los elementos más difíciles! de recuperar y que más daño le va a hacer a la asistencia; no solo a nuestro colectivo, sino a la asistencia. Ese elemento de desmotivación ha sido muy, muy, muy importante". Pedro

Y según manifiesta, el problema tiene difícil solución ya que desde la normativa y la cúpula gestora no se está favoreciendo que las enfermeras tengan más poder de influencia, accediendo a las direcciones de las UGC en otras condiciones más igualitarias:

"Las limitaciones que tiene la propia normativa, que tiene muchas". Amparo

"Pero es que nosotros tenemos la formación adecuada y luego las normativas en Andalucía todavía permite que una enfermera sea directora de una unidad... o director de una unidad... de gestión clínica. O sea, en atención primaria está descrito en el decreto y en hos... en hospitalaria, como no hay decreto, no está descrito. Pero bueno, hay una creo o dos, ¿eh?, en toda Andalucía; es anecdótico". Malena

Y parece ser que en Andalucía no es la que tiene más restricciones a este respecto, no sabemos por cuánto tiempo:

“Eh... pero... Es que ya está llegando en otras comunidades que es por ley! no pueden! acceder. ¿Por qué? Y el argumento que dan es, ¿cuál? Que somos! de inferior categoría, que cómo una persona -un profesional!- de inferior categoría... va a poder ser jefe de alguien de superior categoría”. Malena

Aunque las que actualmente están ocupando estas direcciones, desde la visión de los sindicatos, son por exclusión porque esas no les interesan a los médicos:

“Sí, hay algunas....Pero, ¿dónde son las enfermeras directoras de unidades de gestión? En aquellos sitios donde los médicos no quieren serlo.” O sea, son... nosotros somos directores de unidad de gestión por exclusión! de los otros; porque los otros no quieren serlo”. Pedro

El nivel de desencanto y frustración de los profesionales de enfermería a este respecto en general y de los que gestionan en particular, es muy notorio y está generando desilusión por la profesión, desinterés en el trabajo y absentismo y desencuentro de los directivos con los de base:

“También estoy un poco desencantado, ¿no? El... el sistema me está... me está jorobando. Porque no nos están dejando ningún margen de maniobra. Nos han tocado unos años... los últimos años son excesivamente... difíciles. No sé si has tenido más entrevistas de estas con gente, pero supongo que en esto -aparte de lo demás que ya son cosas muy subjetivas- la crisis esta que hay y el cómo está afectando a la contratación, a los recursos disponibles, a la continua bronca con los profesionales de que “esto que no podemos, [GOLPES EN LA MESA] de que para acá, de que para allá”..Pablo

Es curioso que denomine al Modelo de Gestión Clínica como al modelo que ha escogido Sevilla, refiriéndose a la gerencia del SAS y sus decisiones:

“ Y el modelo de gestión que ha escogido Sevilla, que es de tenernos un poco... por lo menos en este centro, ¿no? [GOLPES EN LA MESA] Vamos, en ámbito del complejo, [SILENCIO] tenernos tan... tan sumamenteeee jodidos de no tener ni un mínimo margen de maniobra de decir ‘déjame que haga lo que quiera, hombre’”¡¡¡ Pablo

Y este directivo evidencia uno de los efectos no deseables del modelo y que los mandos enfermeros, tanto hombres como mujeres, viven con

desesperanza. Es el de la distribución del capítulo 1 del presupuesto, que prioriza otros sectores, impidiendo poder cubrir las demandas de profesionales de enfermería en las unidades. En este sentido, refieren que los mandos intermedios han sufrido muchísimo, y junto con los profesionales de base han conseguido no cerrar los centros, ante una situación que en palabras de este participante, roza el límite de lo aceptable

"Y no les doy respuesta porque no tengo; no tengo... La crisis estos dos o tres últimos años -y parece que vamos saliendo de la crisis, pero a efectos de recursos, a efectos económicos ji, pues como que no tengoiji,.. pues la verdad sí que hay tensión en los centros porque... el nivel de exigencia con respecto al nivel de... cosas que le ponemos para que las cubran... está... rozando... el límite de lo aceptable (gesto grave)".Anselmo

"¿Los cargos intermedios? Esos sí que lo han pasado mal!. No mal, mmm... lo siguiente. Porque es que se veían entre el profesional y el directivo de verdad y sin recursos. Y las han pasado canutas". Pedro

"Yo, si alguien tengo que decir que conjuntamente con el profesional de base han sido los héroes de mantener abiertos los centros, han sido los cargos intermedios. Yo, con todo el respeto para los directivos, pero..". Pedro.

En definitiva, este modelo "que con el nombre de gestión clínica se ha inventado otra cosa, que es un modelo organizativo! que dice que está basado en la gestión clínica y que está basado en un modelo de unidades de gestión clínica [SILENCIO]".Pedro. Está haciendo un uso utilitarista y sectorizado de su verdadera función y posibilitando e imponiendo direcciones favorables sin que se haya establecido un baremo que garantice la competencia en base al mérito (1), y otra vez la sombra de los incentivos por productividad que perciben, planeando sobre esta cuestión (2):

(1)"Que al final se ha convertido en un instrumento para acabar con los antiguos jefes de servicio y convertirlos... - antiguos jefes de servicio que, al fin y al cabo, pasaban un proceso selectivo ante sus compañeros... y donde había una cuestión de méritos y, si no, no eras jefe de servicio – eh.. a un modelo de director de unidad de gestión clínica... que es nombrado por la dirección del centro y... y el servicio de salud para ejecutar los objetivos". Pedro

(2)"A partir de ahí, ¿qué pasa? Que la prioridad de mantenerse en el puesto es lo que prima. [SILENCIO] Cuando uno adquiere un nivel de retribuciones por productividad importante, las personas que adquieren ese compromiso no quieren dejarlo, independientemente de que año a año los objetivos sean más duros para su equipo de profesionales" Pedro

Y los directivos de Enfermería que están ejerciendo, que también cobran una cantidad sustanciosa por productividad u otros complementos, pueden acabar acatando e imponiendo unos objetivos que han diseñado profesionales que en gran parte son de otra disciplina, para poder mantenerse en el cargo y sometiendo al colectivo a una muy complicada situación (1), como ha ocurrido en estos años de crisis. Con la capacidad de liderazgo coartada (2):

(1)"Y además tenemos la mala suerte de que esos directivos que tenemos en el ámbito a veces ocurre que hay algunos de ellos que, por aquello de que son enfermeros, intentan demostrar que son los mejores gestores en el momento que se ponen la bata de gestor. Y eso es lo peor que le puede pasar a su propio colectivo [GOLPE EN LA MESA]. Son peores incluso que los otros". Pedro

(2)"Que el directivo depende absolutamente del Gerente de turno... el directivo de Enfermería. Y el Gerente de turno, en la inmensa mayoría, es de otra profesión y ve la sanidad [GOLPES EN LA MESA] desde la óptica – queramos o no queramos – de esa profesión. Como además no hay [SILENCIO] una adjudicación de presupuestos para todas las necesidades de un determinado centro, incluidas las de Enfermería o separar la Enfermería, pues pasa lo que pasa: se consume en otras cosas" Pedro

Asumiendo el desvío presupuestario de las enfermeras para otras cuestiones (3), hay quien lo haya peleado y otros/as que se han centrado más en querer demostrar a la dirección médica y a las altas esferas de gerencia que son muy eficientes para el sistema, perpetuando el conflicto (4):

(3)"Y cuando ves que... la gran restricción presupuestaria es a costa de las enfermeras, por ejemplo, pues dices "coño, esto no... esto no cuadra". Pablo

"Pero nuestros directivos tienen que cumplir también objetivos. Y nuestros directivos... han perdido capacidad de... liderazgo y de [SILENCIO] influencia dentro del organigrama del centro" Pedro

(4) "Y los nombramientos de los cargos directivos tienen mucho que ver con el asentimiento permanente a los criterios que hay desde la gerencia. Y de la gerencia del centro o de la gerencia del SAS. O sea, que eso va en cadena" Pedro

6. El techo de cristal para el liderazgo en Enfermería: barreras, facilitadores y políticas de igualdad en el SSPA

En este apartado analizaremos cómo es percibido, y por tanto expresado en los discursos, el denominado '*techo de cristal*' en la profesión de Enfermería en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con el objeto de desentrañar las condiciones de desigualdad para las mujeres dentro de la empresa sanitaria pública y las medidas que provee en relación a fomentar su acceso a los puestos directivos.

El origen de este *techo de cristal* nace de la desigualdad inserta en el sistema patriarcal y en la endoculturación estereotipada que en el entramado social infiere en las relaciones de hombres y mujeres y que se reproducen en el medio asistencial, incidiendo frontalmente y obstaculizando la capacidad de las mujeres enfermeras para ocupar puestos de primer nivel en la política sanitaria.

En este sentido, en los relatos de las personas entrevistadas emerge un discurso que hemos denominado '*el discurso de la dificultad*' que se articula en tres ejes. Primero un eje estructural que se origina desde la propia estructura organizativa del sistema sanitario, la dinámica gerencial que impone y las relaciones asimétricas que propician en los equipos entre los distintos colectivos profesionales. El segundo eje es el de género, donde los aspectos identitarios de la socialización diferencial de hombres y mujeres implican una manera de estar en la profesión, generando una doble segregación que dentro del colectivo sufren las mujeres en relación a la posición, ejercicio y expectativas de sus colegas masculinos, ya que ser mujer las posiciona en un rol determinado en las familias y en la sociedad. Por último, en el eje socio-político, indagaré como institución pública si el Servicio Andaluz de Salud tiene planificado e implantado la normativa vigente sobre la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres y

analizaremos qué acciones propicia al respecto, y cómo permean en la estructura y en sus dirigentes.

6.1. Trabas Estructurales y de Profesión

Hay un sentido casi unánime por parte de los participantes del estudio en relación a las barreras que sufren las enfermeras en el mundo sanitario español y andaluz, que asientan en la relación asimétrica que se establece entre la profesión de enfermería y la profesión médica y en el sistema jerarquizado que propicia, construido desde la desigualdad de estas dos realidades profesionales. Así lo expresan Nerea en relación a la opresión que sufre el colectivo de Enfermería por parte del colectivo médico que no quiere perder cuotas de poder; o Romualdo, convencido de que por el hecho de ser enfermero/a nuestras posibilidades están mermadas en el sistema. Es decir, los discursos se manifiestan en el sentido de señalar que la segregación vertical existe en el SSPA:

"La titulación? La titulación nos merma, claro que nos merma; nos merma mucho" Rogelio

"...que realmente estamos siendo maltratadas! por el sistema. Y es así; estamos siendo maltratadas. Y no quieren! perder sus cuotas poder! en este caso. Aunque en el colectivo médico hay hombres y mujeres, pero es un colectivo machista!, de poder y de imponer, ¿no?" Nerea

"Que por ser enfermeras, mmm... eh... lo tenemos complicado... lo tenemos más difícil". Rosalía

Y esta dificultad para las enfermeras se origina en dos pilares fundamentales, por una parte un sistema sanitario medicalizado y centrado en los hospitales, donde se da una clara hegemonía de la profesión médica, que representa al segundo; y en esto hay un gran acuerdo entre las personas participantes. Por tanto, aquí subyace un fuerte elemento de discriminación laboral que es estructural:

"Entonces, bueno, pues cuando decidimos el plan de vacaciones: cuando yo digo "¡Hacen falta más enfermeras (..) no es contigo pero [IMITANDO GRITOS] tú sabes que los médicos"... [RISAS(..)] Lo que pasa es que la estructura! y la organización es hospitalocentrista! y medicocentrista!" Amparo

"Es lo que te decía antes, ¿no?, que estamos en un Sistema Sanitario Público Andaluz que es hospitalocentrista y medicocentrista". Coral

Las razones de por qué es así tiene profundas raíces en las relaciones de poder y valía, que están presentes a efectos académicos (1), en la distribución de funciones, responsabilidades y gasto sanitario asignado(2), pero también desde cómo se han construido ambas profesiones, con un papel subordinado de las enfermeras en relación a la profesión médica, -en masculino-, que aunque con el Grado de Enfermería la distancia se va acortando, sigue vigente. Estos elementos de segregación aparecen con mayor o menor rotundidad dependiendo del contexto (3):

(1)"Probablemente porque hemos partido (...) tenemos un ámbito de trabajo... vinculado al de otra profesión, cuya eh... cualificación académica siempre ha sido mucho mayor que la nuestra. Ahora siguen teniendo un mayor eh... peso! académico ellos, ¿no?, y digo "ellos" personalizando! en... en la Medicina... en masculino y... y (..)más cuota de poder". Rosalía

(2) "La dirección médica mueve mucho más dinero que la dirección de Enfermería (...) a nivel de inversiones, de tecnología, de gastos, el daño que puede hacer el que se suspenda un quirófano porque no tienes un cirujano cualificado, el... Entonces la... su! poder y su.. capacidad! de influenciar en la organización es mucho mayor que la... que la de la enfermera. Y creo que eso es lo que influye" .Rosalía

(3) "Había una clara división entre médicos y enfermeros, ni se comunicaban y el colectivo médico pensaba que el colectivo enfermero era su chacha, su técnico" Julio

La hegemonía médica ha propiciado un efecto devastador rebajando nuestro estatus, minando la capacidad ejecutiva y hasta socavando la asistencial de la profesión enfermera. Con los cambios de modelo organizativo de la administración sanitaria andaluza de los últimos 10-15 años, esta cuestión no ha hecho más que agudizarse y se ha hecho presente en todos los niveles

asistenciales. En este sentido, las entrevistadas, que están o han ocupado puestos directivos de primera línea opinan, que ha habido un detrimento en la consideración e importancia de la Enfermería en general y sus profesionales en particular, una presión constante por parte del colectivo médico para controlarlas, que se siente amenazado con su progreso, que no entiende, que no quiere. Así lo relata esta entrevistada que lo vivió de primera mano:

“O sea, el problema era que no mandaban suficiente! sobre las enfermeras y que por eso la atención primaria y los domicilios tenían problemas” Rita

Aunque donde más marcada está la influencia médica es en el nivel asistencial hospitalario. En este ámbito, la propia estructura de las UGC ha afianzado el predominio médico sobre el personal de enfermería, acentuado la brecha interprofesional, desplazando a las enfermeras y sus directivos y afianzando la verticalidad (1). En muchas de ellas, el poder que exhiben los directores médicos es caciquil, tratando de imponer su criterio en todos los temas, incluyendo los de Enfermería(2) y también "edulcorando" con un discurso vacío de que la Enfermería es el alma de los hospitales(3), a la vez que le sustraen su autonomía como directivos. En este contexto, la gestión clínica venía a facilitarles ese control, ya que se podía sobreentender que estarían bajo la responsabilidad de los médicos, cuestión que sigue siendo abrupta y produciendo enfrentamientos entre los distintos colectivos, con implicación del Sindicato Médico, como se ha expresado anteriormente

(1) "No quiero la verticalidad para nada, me... no la quierojj" Por eso... me parece que la mejor manera de organizar no es la gestión clínica, porque la gestión clínica ... convive con la verticalidad" .Paloma

(2)"Costaba muchas broncas en el despacho con el gerente y con... y con el director médico. Y, por supuesto, si hacía algo! que no le gustaba a un médico, aunque fuera a un médico... .. un director de gestión... de unidad de gestión clínica... de estos reinos de taifas; de cortijos... señoritos cortijeros – que son señoritos cortijeros – pues eso... eso fue bastante frustrante". Lola

(3) A mí hay una frase que me... que me jode! personalmente y es "el alma! de la organización. El alma! de los hospitales". Digo "sí, pero un alma sin cuerpo... como que es una cosa tan etérea"...Pablo

"Porque cuando el discurso no para de ser el alma y cuando ves que.. ... la gran restricción (...) pues se van viendo pequeños detalles, pequeñas exclusiones, ¿no?, de que "no hace falta que vengas, que ya"...Pablo

Incrementado si cabe en los hospitales universitarios, donde el peso de las jefaturas de servicio, masculinizadas y medicalizadas, históricamente ejercen un poder tácito.

"...es un hospital que estaba vinculado a la universidad y donde los jefes de servicios eran los catedráticos!. Entonces, claro, hablar con un catedrático! de que se iban a cerrar las camas, o que mi! enfermera de mi! supervisora y decirle a un león catedrático "no es tu supervisora, [GOLPES EN LA MESA] no es tu enfermera, y los cambios de enfermeras...los hago yo" Amparo

"Hombre, siempre he tenido más problemas cuando he intentado abordar temas de Enfermería con la parte médica -ya no la dirección médica sino con los jefes de servicios-". Amparo

En Atención Primaria las enfermeras destacan por una práctica profesional más autónoma. En este nivel existe un conflicto entre la asociación de médicos de familia (SAMFYC) y los profesionales de enfermería, ya que los primeros están dificultando su avance, al percibirlo como una amenaza, más que como un desarrollo profesional autónomo

"Porque ya la SAMFYC había dado muestras de su enfado, de su tensión con el tema de las enfermeras, que `esto qué pasa´. Entonces había celotipia, temor; era una mezcla de todo. Entonces, ... querer tener a las enfermeras controladas....."Rita

"Y luego no nos dejan; no nos dejan. El colectivo médico no nos deja. Yo te estoy hablando de primaria, eh. Es que le quitamos su!... se sienten amenazados: su espacio, mmm... su poder... No, no, no. Sobre todo las sociedades científicas". Pitita

El efecto del corporativismo y esa mal entendida competencia está incidiendo en el estatus profesional conseguido en la atención primaria, para invisibilizarlo (1). A pesar de que puedan perder protagonismo, las enfermeras se muestran inclusivas y siguen apostando por el trabajo en equipo como medio para conseguir resultados en los pacientes y para el sistema (2):

(1) "Esto es una forma de diluir! y de invisibilizar otra! vez a las enfermeras, ¿sabes? Es que esto siempre tiene muchos caminos, pero todos conducen al mismo sitio. Es! no darles oportunidades, no darles protagonismo, no darles el papel que pueden tener con los pacientes; en definitiva es quitar, siempre es quitar". Rita

(2) "¿Qué me gustaría a mí encontrarme a mis compañeros, los de la dirección? Me gustaría que lo vivieran como yo, que fuéramos dos; uno pero... o dos en uno, o como queramos llamarlo, porque él y yo sumamos. Pero hay mucha dificultad porque hay muy poca cultura". Paloma

"Yo lo que quiero es resultados. Pero quiero que salga de la participación de todos, que lo vean. Si ellos no lo ven, esto no va a salir nunca". Paloma

Por tanto, el clima laboral segregacionista que rige el sistema sanitario se ha potenciado con el modelo de la gestión clínica y ha propiciado una devaluación de las direcciones asistenciales de Enfermería:

"Pues... el papel de la Dirección de Enfermería ha perdido mucho!... eh... mucha toma de decisiones, ¿no?" Julio

"Al final la toma de decisiones... también depende de la variable económica, ¿no? Y... y en ese aspecto estamos un poco... limitados a la toma de decisiones en los hospitales. Y dentro de los hospitales pues eh... las direcciones de Enfermería... hemos tenido mmm... [SILENCIO] mayor nivel de toma de decisiones en nuestra! división, pero para llegar a lo que yo te he dicho que queríamos llegar -que es para conformar equipos de trabajo multidisciplinares, donde se trabaje en red y no se trabaje de forma piramidal, sino que al final las unidades de gestión clínica sean los nudos esa red que tiene que conectarse con otras unidades de gestión clínica- [SILENCIO] pues... el papel de la Dirección de Enfermería ha perdido mucho!... eh... mucha toma de decisiones, ¿no?". Julio

Esta dificultad de las gerencias médicas hacia las `cuestiones de las enfermeras´ emerge en aspectos muy relevantes para la práctica enfermera. Así, según Álvaro, han coartado el tema de la prescripción:

"...pues que las categorías como los médicos son lobbies de poder en los que nadie quiere soltar ahora mismo el lobbie de poder que tienen. O sea, al fin y al cabo los enfermeros no están prescribiendo, no porque no estén capacitados, sino porque es un lobbie de poder de los médicos. Con las gerencias pasa lo mismo: no es que no hayan identificado que los enfermeros son capaces, es que es un lobbie de poder de médicos, al que están empezando a llegar economistas, algún que otro abogado... y en el que, claro, saben que, cuando los enfermeros lleguen en tromba, acaban ocupando la gerencia de los hospitales, ¿no? A mi entender, eh" .Álvaro

O en relación a la implantación y utilización de la metodología enfermera, incluso aunque haya una normativa nacional de obligado cumplimiento, un BOE que se paraliza años, cuestionándose su aplicación. Así describe una entrevistada lo que ocurre en un hospital andaluz, donde se resisten a incluir los diagnósticos enfermeros en la historia digital de los pacientes (1). Y las direcciones de enfermería muy a menudo se sienten maniatadas por las direcciones asistenciales médicas que actúan restringiendo y limitando la autonomía y el desarrollo del colectivo enfermero (2):

(1) "En el 2010 salió un decreto, un... en el BOE que decía que entre el conjunto mínimo de datos que tiene que incluir el informe! de alta tienen que ir los diagnósticos NANDA; en el 2010... hace cuatro años. Claro, eso lo dice un decreto [RISAS] a nivel estatal. Pero todavía en el Hospital XXX -que es el hospital que yo tengo más cerca- están discutiendo si, lo mismo que el CIE9, se van a... van a aparecer las NANDAs de los diagnósticos enfermeros. Y lo están discutiendo hoy y hay un decreto de 2010 [RISAS] que dicen que tienen que estar incluidas". Amparo

(2)"...direcciones de Enfermería pues están... Están un poco haciendo de gestores de contratación, gestores de conflictos y gestores de poco más; de poco más. Entonces está perdiendo... la Enfermería como tal está perdiendo un poco su identidad, su independencia -digamos-, y su capacidad de decir "mira, que tú tienes tu tarea y que yo tengo la mía. Tu tarea y la mía son complementarias, pero eso: no complementa el que tú me estés continuamente diciendo lo que hay que hacer o no hay que hacer. Que yo sé lo que hay que hacer también. Estamos

llegando un poco a eso, ¿no? No sé si será una visión pesimista, pero me está recordando los tiempos aquellos de '¡que te levantes niño!'. [SILENCIO]Pablo

Que en general, y Mariano lo describe bien, nace de las representaciones estereotipadas que se han elaborado en relación a las profesiones sanitarias, que están ancladas en el sistema, y se siguen reproduciendo.

"Las que... Las que tienen que ver con... -cuando antes te decía- los valores ideológicos y culturales del sistema en el que trabajamos, que es un sanitario pues... medicalizado, de hombres y eh... y con cierto patrón cultural de, ¿no? Entonces yo soy hombre! pero no soy médico!, ¿no? Y además planteo cosas que plantean las enfermeras. Y las cosas que plantean las enfermeras eh... a veces se entienden y a veces no se entienden. Es más, cuando están en lo accesorio se aceptan aunque no se entiendan, pero cuando vas a lo nuclear eh... a veces se percibe hasta con desconfianza, como "parece que la enfermera está pisando un pie donde no debe!" Eh... Y eso genera conflictos. Además al estar en un contexto -donde, ya te digo que tengo colegas que, que... son excelentes profesionales, ¿no?; creativos-, al gustarme a mí recoger iniciativas de estos agentes creativos, he planteado esas iniciativas que salen de las fronteras de lo tradicional que hacen las enfermeras. Cuando planteo ese tipo de iniciativas con mucha frecuencia me encuentro suspicacia, ¿no? Porque parece que las enfermeras no deben hacer eso, ¿no?". Mariano

A estas alturas podríamos preguntarnos cuál es la respuesta de las enfermeras como colectivo. La primera apreciación pudiéramos decir que es 'al peso', pero un peso 'descompensado', porque cuantitativa y cualitativamente las enfermeras tienen mucho peso en la población en relación al peso en salud que aportan y que no utilizan, pero soportan el 'peso del colectivo médico sobre ellas'(1). Así lo denuncia esta participante reivindicando un lugar preponderante en la gestión sanitaria para la profesión (2). Y 'el peso' 'le pesa mucho' al colectivo enfermero ya que los médicos tienen más poder y en el imaginario social y organizativo el rol preponderante y lo ostentan, naturalizado esta relación asimétrica (3):

(1)"¿Como colectivo? [SILENCIO] Pues... no sé. La parte médica tiene mucho peso..."Loreto

(2)"Y el 80% de lo que se produce en los centros -de producción, hablando de gestión pura- lo producen los enfermeros. [SILENCIO] Y a mí se me cae la boca de

decirlo. Tanto PICUIDA, dirección... "Dirección General de Asistencia Sanitaria. ¿Tú que eres enfermera? ¿Tú vales? Ahí. [GOLPES EN LA MESA]. (.....)sólo haría falta que lo probaran". África

(3)"Entonces, socialmente eh... nosotros tenemos la clase médica, ¿no?, [RISAS], que está... tiene un estatus como más elevado, ¿no?, a... a... pero a nivel de... de lo que es usuario, fíjate, eh. [SILENCIO]" Loreto

A pesar de ello, he encontrado diferencias entre lo hospitalario con otros contextos comarcales y comunitarios, donde la relación de cercanía, el conocimiento personal, los recursos, y hasta el ambiente modulan otro tipo de relaciones y perspectivas y retienen a otro tipo de profesionales. Así es la experiencia de esta directora de AGS, que en ocasiones ha tenido que realizar funciones de gerencia médica, ganándose el respeto a base de eficacia. Su estilo directivo no pone el foco en el corporativismo, su iniciativa emana y antepone al paciente y en esto es contundente:

"Pero cuando al final la directora de Enfermería es la que ha solucionado el tema... porque tampoco soy yo muy corporativa con Enfermería, médicos... no... Aquí somos un equipo, trabajamos para los pacientes" Aurora

Y es que *".. yo entiendo que eso... tiene que ser así por parte de un equipo"*, aunque lo achaca a la suerte *"he tenido la suerte de trabajar con gente que también lo ha entendido así"*, a pesar de que reconoce que al principio se sentía evaluada y observada en su trabajo

"Quizás al principio me preguntaban más cosas a ver si me pillaban, [RISAS] pero... de momento no me han pillado muchas veces, entonces la verdad es que..."Aurora

Por tanto, otra forma de relación interprofesional es posible. Es arbitrario e injusto que estas cuestiones queden al albur de los contextos, de las situaciones, de las personas y sus relaciones, y que esté propiciado y amparado por el sistema. La propia Paloma, que ahora no encuentra "la manera", en un cargo anterior la experimentó con una gerente mujer (1), o como el relato de esta otra directora nos confirma. La clave la conocen bien las enfermeras,

centrando la atención en el paciente, normalizando la práctica y trabajando desde el respeto y la responsabilidad (2). Como opinaba África unas líneas más arriba, solo haría falta que lo probaran, ya que "*... cuando hay enfermeras en los sitios que ejercen de enfermeras, las cosas se mejoran*". Rita

(1)"Lo que yo viví con... con (nombre gerenta), yo eso aquí todavía no lo he conseguido" (...).ella y yo establecíamos la gobernanza de la unidad; sabíamos lo que queríamos, a donde queríamos llegar, poníamos las estrategias. Y ella me decía `y ahora, que hay que trabajar con los profesionales, te lo dejo a tí'. Paloma

(2)".. al final todo el mundo me conoce y al final todo el mundo se va a sentar con Aurora , pues no... eso ha facilitado también el romper barreras" Aurora

" Y al final eh... pues...el responsable de los servicios de información y yo nos hemos sentado en multitud de ocasiones con los jefes de las unidades o jefes de servicios para hablar de sus indicadores, de su estancia media, de...de sus listas de espera... y nadie ... mmm... ha tenido más problemas". Aurora

Y el sistema nos resta oportunidades de desarrollo, siempre nos cuesta más llegar en comparación con otras profesiones sanitarias. Cuesta más llegar y demostrar lo que somos capaces de aportar:

"Pues... yo creo que... pues tiene que seguir habiendo gente que se dedique a la... a la... alta dirección, no es alta dirección pero sí es una dirección de... importante... y tendremos que eh... seguir demostrando, por encima de la media de otras profesiones, que somos tan válidos y competentes como otros". Anselmo

Y nos va a seguir costando mucho, ya que, según esta entrevistada, la segregación se produce en el mismo colectivo médico con respecto a las médicas y los puestos de responsabilidad. Así lo observa Rosalía en la composición de la junta directiva de su hospital y las jefaturas de servicio, donde existe un claro predominio masculino.

"Hombre, en... en Medicina por ejemplo me llama mucho la atención que no tenemos ni una... solamente tenemos una directora de unidad de gestión que sea mujer. Eso es muy llamativo. En la Junta Facultativa solamente hay hombres;

la única mujer soy yo, que soy la directora [RISAS] de Enfermería, ¿no? Eso para mí es muy llamativo..." Rosalía

En los hospitales, los médicos (en masculino) siguen copando cualquier puesto que tenga capacidad de influencia, aunque sea una comisión de trabajo, y este comportamiento no se observa en el funcionamiento del colectivo enfermero:

"Pero en... en el tema médico sí me llama mucho la atención que casi todos los jefes de unidad y eso son... son hombres, ¿no? Y en las comisiones... de calidad - las subcomisiones de calidad- hay más hombres que mujeres, que también me llama mucho la atención. Del colectivo médico, del colectivo enfermero, no... Pero el colectivo médico sí". Rosalía

Y en este sentido y llegados a este extremo el asunto es político. Y lo es porque el efecto más devastador de la hegemonía médica sobre la profesión y el estatus de la profesión enfermera es que nos han sesgado la representación en la estructura organizativa, la capacidad ejecutiva en la organización sanitaria. Si nos remitimos a la etapa previa al Modelo de Gestión Clínica, aproximadamente en la década del 2000, encontramos que desde la estructura estaba normalizada una Enfermería empoderada con un nivel en la organización de una Subdirección General en el SAS, la de "Estrategia de Cuidados de Andalucía" y eso se plasmó en un gran desarrollo disciplinar y profesional, que permitió a sus directivos/as asumir más responsabilidades en gestión, tal y como nos comenta Anselmo "En aquella época, le dieron también otro tipo de responsabilidad en el tema de gestión"
Anselmo

Y en este momento, la experiencia en esos niveles de alta dirección sanitaria sigue siendo lo mismo, segregación vertical más por la profesión, pero también por ser mujeres. Hemos sucumbido con los cambios organizativos en la implantación del nuevo modelo gerencial, y esto representa en la actualidad uno de los 'techos' que más constriñe a la profesión y es que no tenemos estructura directiva propia.

"Pero... pero nosotros no tenemos estructura directiva enfermera". Pedro

Y en esa cota del staff gerencial en este momento las enfermeras no tienen representación:

"Yo creo que hay una cultura un poco como que la enfermera llega hasta unos niveles y tiene unos sitios, pero nada más. Luego estructuralmente nuestra organización también es rígida respecto a eso". Marina

El máximo nivel de representación de la profesión en la estructura es el Plan Integral de Estrategia de Cuidados de Andalucía (PICUIDA), que al estar ubicada en la Consejería de Salud, como órgano político, no tiene la misma capacidad de influir:

"El Plan Integral no es... No me vale que sea un Plan. En el caso del Plan hay Planes Integrales de todas las cosas, pero que Enfermería se reduzca a un Plan Integral..." Pedro

Las personas profesionales entrevistados plantean la necesidad urgente que la Enfermería recupere ese nivel de representación en el SAS, como lo ostentaba antes de la Gestión Clínica (1), aunque a nadie se le escapa la dificultad debido a la oposición de gran parte del colectivo médico (2):

(1)"... Para la Enfermería es vital! que haya... mmm... en los órganos de decisión de la Consejería y del SAS, no personas relevantes que asesoran; no, no: personas con mando en plaza. Personas con responsabilidades orgánicas!, tanto en la Consejería como en el SAS ". Pedro

(2) "Lo que tiene que haber es algo! mmm que de verdad tenga... traducción orgánica y que tenga capacidad (...) intentar convencer a la Consejería. Pero es muy difícil. Porque el lobby médico es muy fuerte". Pedro

Por tanto, resulta un hándicap poder dar el salto a otro nivel de representación, y las que están, tienen muchas dificultades (1), y no es casualidad esta situación pues de nuevo está presente el que en la cúpula de la organización la mayoría son hombres y médicos(2):

(1)"Para los cargos de alta dirección del SAS y eso, uf, ser enfermera sí es hándicap. Tengo opciones por ser (dice su nombre). Francamente...[SILENCIO]. Tengo opciones por ser... por ser... yo! Pero... una enfermera... No hay una dirección general ni una subdirección que esté representada ahora mismo en el Servicio Andaluz de Salud por una enfermera". África

(2)"Pero la mayoría son hombres; en el ámbito del SAS, de las direcciones generales, está la Dirección de Recursos Humanos que es una mujer, pero todas las demás direcciones generales son hombres. El Gerente del SAS es un hombre. Además, de todas las demás direcciones generales, son hombres! y de una determinada profesión [GOLPE EN LA MESA]. Son médicos". Pedro

"Eso ha hecho también... es que... como esta profesión va muy vinculada al género, Pero, curiosamente, (...) también muchos son médicos.. Uy "médicos"; hombres". Como que la gestión! la han dejado muy en manos de hombres. [SILENCIO]"Paloma

Por tanto, aunque puedan producirse algunas salvedades, este grupo profesional tiene mucho poder sobre las decisiones estratégicas y es tan potente el enfrentamiento corporativo médico/enfermera que las injusticias de género pasan a segundo plano. Y es un techo que está perdurando y restando oportunidades de crecimiento laboral y disciplinar, resultando discriminatorio hacia la profesión, ya que otras mujeres de su mismo estatus pero con otra titulación no lo sufren como nos ilustra esta participante:

"He sentido más... discriminación y que era más difícil llegar a que te escuchen por ser enfermera y no tanto por ser mujer". (.....) "Pero, sin embargo, yo veo otras compañeras que... están en una dirección general, por ejemplo, y que no es por ser mujer; porque tienen otras profesión y se les escucha". Nerea

Y eso que, según otra participante, puede ir a peor si se produce un cambio político hacia la derecha en la comunidad autónoma. Y quizás precisamente por eso, por el tinte político de nuestro gobierno autonómico actual, esta situación de inequidad e injusticia no debería existir. Y aún nos va a costar cambiarla (1).Y ya cansa, siempre teniendo que demostrar, desarrollando

habilidades de supervivencia a base de trabajo, entrega y estrategia; siempre como colectivo, mucho más que cualquiera, cuando aportamos unos valores que son intrínsecos a la disciplina y la profesión y que el sistema debería reconocer e incorporar (2), pero que se obvian única y exclusivamente por verticalidad, por jerarquía y segregación (3), comparable para esta directiva a episodios nefastos de oligarquía y abuso de poder (4):

(1) "Eso imagino que todavía... uf nos va a costar unos años... y que... no haya un cambio de orientación política que haga que desandemos [RISAS] que desandamos, desgraciadamente... Pero es así, es así". Rosalía

(2) "Yo veo muchos compañeros y compañeras, excelentes profesionales y que a veces se agotan en tener que demostrar lo que otros no tienen que demostrar, ¿no? Pero, claro, teniendo en cuenta que necesitas un plus de fuerza, y un plus de...de motivación adicional [SILENCIO] si los tienes... si puedes crecer y llegar, porque aportas valores al sistema; valores que otros no pueden aportar". Mariano

(3) "[RÍE] Es poco políticamente correcto... lo que te voy a decir, pero yo creo que es una cuestión todavía de... de verticalidad, de roles... de roles pero de roles entendidos como jerarquía. [SILENCIO] Tan simple como eso. Yo lo veo así. [SILENCIO]". África

(4) "Aquí se habla de facultativos. Cuando seamos todos facultativos no sé qué van a hacer. [RISAS] Nos pondrán una estrella amarilla ¡¡¡. No sé". África

Y en realidad esto no tendría que estar ocurriendo ya que, son el recurso humano más numeroso en el SAS, con la importancia de los resultados que estos profesionales alcanzan para la población y para el sistema. Los avances conseguidos son referencia para otras comunidades, sin embargo, la representación del colectivo en la estructura de la organización sanitaria está ocupada por una sola persona en la Consejería de Salud, enmarcada en un plan integral (la directora del PICUIDA) y se ha perdido la Subdirección General de Estrategia de Cuidados de Andalucía. Es un ejemplo de inequidad, pues como lo define este directivo estamos en una infrarrepresentación "salvaje" (1); pero también de ineficiencia e incompetencia por parte del sistema, de los/las

gestores/as y del propio colectivo que se subyuga y hasta de la sociedad a la que servimos bien (2):

(1) "Aunque sí que es verdad que los enfermeros tienen menos opciones, desde una perspectiva no de género sino de perspectiva médico-enfermera, sí que es más complicado acceder a los servicios de apoyo si eres enfermero, ahí sí que la relación de jefes de servicios, de subdirecciones, de direcciones es en relación enfermera médico muy muy desigual, puede haber un 97% de médicos los que se mueven en los servicios de apoyo, y somos un colectivo que representamos casi al 50% de todo el grueso de los profesionales sanitarios y estamos infrarrepresentados en los servicios de apoyo y por lo tanto infrarrepresentados en la toma de decisiones de cosas que son nuestras, se puede subir pero estamos en una minoría salvaje" Anselmo

(2)"Hombrej lo que desgraciadamente no es lógico es que hoy en día, con el avance profesional que tenemos en Andalucía en Enfermería, tengamos solamente una enfermera y no tengamos más! enfermeras ocupando puestos de dirección... generales o de secretarías generales, que deberíamos de tener y que desgraciadamente, pues todavía no hemos llegado a eso, ¿no?...". Rosalía

Les parece que no existe mucha intención de cambio, pero tampoco se ha producido una reacción del colectivo:

"... si no nos dejamos de arrastrar por la política que de manera representativa te pone tres enfermeros gerentes para tenernos callados y si no luchamos de manera frontal contra los lobbies, no vamos a conseguir nada" .Álvaro

En los discursos se refleja la opresión que sienten los directivos y el temor que perciben las sociedades médicas por la pérdida de protagonismo:

"Aquí siempre hay un temor, ¿no?, el temor de perder los protagonismos, ¿no? Entonces... hay... Yo creo que, por ejemplo, las asociaciones de médicos,(.....) ... de médicos traumatólogos, que les da igual; las enfermeras es que a ellos... eso no está en su campo de acción, pero, ¿con quién compiten? Compiten con la SAMFYC, ¿no?, por ejemplo, los médicos de familia... que como ellos se sienten abandonados por el sistema, pues las prebendas, los complejos..."Rita

Otros profesionales sanitarios no tienen esas dificultades en el acceso al *staff* gerencial. Economistas, preventistas o farmacéuticos, son promocionados y están sobrerrepresentados en el organigrama ejecutivo o en los consejos de dirección.

"Y luego ya para arriba, para lo que tú has dicho, también hay muchos techos. Si tú eres médico... o eres economista, o eres.... no sé qué decirte, otra carrera, tienes como mucho más fácil los puestos políticos y los puestos de gerencia. Si eres enfermera te limita, te cuesta llegar... hasta... hasta unos niveles llegas, pero luego de ese nivel ya es un escalón muy difícil de subir". Marina

Ante esta situación, habría que preguntar a la ejecutiva del SAS qué piensa de la aportación del colectivo enfermero y reflexionar sobre el origen y la razón de esta inequidad.

"Es por ser enfermera. Es por ser enfermera es muy difícil llegar a ocupar puestos realmente de responsabilidad en es... vamos, en esta organización ahora mismo. Yo me siento escuchada, pero cuesta muchííííísimoo trabajo, ¿no?". Nerea

En este sentido interpele a los representantes sindicales que, en definitiva son los que se sientan en una mesa grande con la administración. Éstos opinan que está conformada por hombres y mujeres de otras titulaciones, que son producto de la misma cultura segregacionista y que desconocen -y parece que no les preocupa en demasía- qué es y qué aporta una enfermera en la actualidad (1), consideran a los profesionales de enfermería como fuerza laboral y no como profesión(2), cuestión que su propia organización permite. Y a ello se le suma la propia percepción que el grupo profesional enfermero tiene de sí mismo (3):

(1)"La Administración, ese mismo concepto que muchas enfermeras todavía tienen, está conformada por mujeres y hombres que NO son la inmensa mayoría de ellos conocedores de lo que es una enfermera. De lo que es una enfermera hoy, ¿vale? Entonces para ellos somos fuerza laboral". Pedro

(2)"Para mi percepción de lo queee me parece a mí que tiene la Administración sobre las enfermeras es que somos fuerza laboral. [SILENCIO]"Pedro

(3)"Los miles de profesionales que somos, no sienten tema profesional, crecimiento de la profesión, desarrollo profesional individual... Esas cuestiones que en otros colectivos – lo digo porque yo lo veo en las mesas – son prioridades absolutas, en nueestro colectivo hay todavía una parte importante que tienen la conciencia de que son fuerza laboral". Pedro

Pero la percepción de este `choque corporativo´ para los profesionales no sólo alcanza al sistema, sino también a los colegios profesionales y a los sindicatos, que tendrían que estar reivindicando estos aspectos. Por desgracia, muchos directivos/as lo perciben así y hasta piensan incluso que `lo dificultan`, sienten que se alían con el sistema en estos aspectos, en vez de sumar.

“Es más, ahora mismo también con los... con los... agentes sociales, ¿no?, ellos se ponen muchas medallas, pero en realidad van siempre en contra de todo lo que hacemos. Ellos siempre hablan de seguridad, pero si tú pones medidas de seguridad en tu centro de trabajo, pues van en contra, ¿no?; todo. Y después se quieren colgar ellos la medalla, cuando ellos tenían que ir en el mismo carro que nosotros. Y alguien debería también tomar las riendas de esto porque ellos nos tienen que servir a nosotros como apoyo! también, ¿no?; no solamente tienen que ir en contra nuestra”. Concha

Entre las cuestiones estructurales que los directivos y directivas increpan al sindicato, además de la pérdida de la Dirección Regional de Cuidados del SAS, está la afirmación compartida de que los recortes salariales en la crisis pesaran fundamentalmente en la división de Enfermería, dando como resultado la pérdida estructural de muchos puestos de Enfermería que los médicos no han sufrido en la misma cuantía (1). Con estos recortes aplicados a los profesionales de enfermería, los y las líderes de cuidados han tenido que parar los proyectos de emprendimiento y desarrollo disciplinar (2) y han tenido que readaptarse a esta situación para no perder más puestos de Enfermería (3):

(1)“Se recortaba en recursos en Capítulo 1 y en eso se recortó, priorizaron el tema de la atención médica sobre la atención enfermera”. Pedro

“...es el que más sufrió la crisis, al que más recortes se le ha hecho y al que más se le ha dicho que se... apriete el cinturón...”.Lola

(2) “...pueees yo he pasado una crisis profesional porque yo fui con muchos proyectos de implantar cuestiones de calidad, de homogeneización de la práctica clínica, de... muchísimos proyectos que tengo incluso por escrito y que he tenido la oportunidad de desarrollarlo en mi formación académica, pero que ahora

mismo, pues desde que estoy en la dirección de cuidados, me ha tocado lidiar con recursos económicos, fundamentalmente". Fátima

(3)"Tenemos que ser camaleónicos en la gestión, adaptarnos a los tiempos en los que estamos y yo ahora mismo lo que intento es, dentro del campo de gestión que yo tenga, con la... con la... priorización que yo tengo que hacer ahora mismo de mi tiempo, uno muy importante es la gestión de recursos. Porque yo no quiero que se pierda ni un solo enfermero". Fátima

Se produce un discurso muy homogéneo relativo a la necesidad de reconocimiento de las enfermeras y los enfermeros, de romper ese techo profesional que permita llegar a los más altos niveles de gestión a los profesionales de la Enfermería:

"Cuando tú ves que... la valoración y los resultados el colectivo enfermero ocupan un espacio mínimo; cuando tú ves que realmente, cuando tú los implicas... digamos... por ejemplo, una enfermera directora de distrito- yo creo que hay una en toda Andalucía una o dos, hay dos: uno es de hospital y otro de enf...". Marina

Paralelamente se observa un sentimiento generalizado de desánimo, porque en mayor o menor medida, en otros contextos donde las enfermeras desarrollan su función, presentan la misma situación. Una entrevistada pone la mirada en la academia (1) y relata la dificultad añadida que tenemos también en ese contexto, como profesión ejercida mayoritariamente por mujeres (2):

(1)"En los... en las universidades qué tú las conoces también, si tú eres enfermera también tienes unos techos y unas dificultades". Marina

(2)"El día que tú te saques lo de doctora seguro que no es igual que si dices que es un doctor y todavía te tienes que abrir... [RISAS] muchos espacios con dificultad...". Marina

En los entrevistados/as se construye una voz unánime para reclamar al sistema que deje de situar a las enfermeras como profesionales en minoría de condiciones o en permanente minoría de edad. Sobre todo, las personas participantes que llevan más tiempo sienten que hemos crecido, que estamos

formadas y capacitadas al menos al mismo nivel que otras profesiones concomitantes en la administración sanitaria y apuestan por la inclusión en el sistema en puestos de responsabilidad ejecutiva al más alto nivel, como se hace con los profesionales de otras disciplinas. Ir más allá de los puestos específicos para las enfermeras. Así lo expresan Rosalía o Marina (1), que perciben un pernicioso desequilibrio (2). Porque como ellas argumentan, la Enfermería y dentro de éste las enfermeras, constituyen el colectivo más numeroso de la organización (3):

(1) "Yo siempre lo he dicho... no tiene que haber una dirección específica de Enfermería; no!. Tiene que haber... una enfermera tiene que estar en la Dirección General de Recursos Humanos. ¿Por qué no hay una enfermera ahí? Cuando somos el colectivo mayoritario... ¿Por qué no hay una enfermera directora general de investigación? ¿Por qué no? ¿Por qué siempre tiene que haber 'otras' categorías profesionales?". Rosalía

(2)"Entonces ese... ese desequilibrio, que se... que se viera, ¿no? esas cosas se tienen que ver. Hay gente muy válida en Enfermería que tengan un puesto a nivel gerencia, [GOLPES EN LA MESA] a nivel director de distrito; a otros niveles, ¿no?.. A nivel de arriba, de direcciones generales." Marina

(3)"Y no creo que la solución sea crear una Dirección de Estrategia o una Dirección de un Plan Integral, no!. Yo quiero estar en el mismo puesto que está 'este'; en el mismo!. No quiero que me crees uno para mí! aparte!. Es que yo no soy aparte, soy de la organización, ¿no? Y creo que eso es importante". Rosalía

Pues como dice Romualdo, aunque lo piensa en masculino, son muchos o muchas , las que pueden estar ahí, al más alto nivel.

" Y... bueno....que... Que, evidentemente, dentro de nosotros los enfermeros, como enfermeros- hay... hay muchos enfermeros que estarían capacitados para estar ahí". Romualdo

6.2. Trabas de Género: La Identidad Profesional y el Rol Familiar

A pesar de la influencia que lo estructural tiene sobre la capacidad directiva de enfermeros y enfermeras, no es el único elemento modulador. Hemos de considerar, además, lo identitario, más relacionado con la socialización desigual de género y su reproducción en el medio sanitario y de lo que implica en el ser y estar como hombre o mujer en esta profesión. Sin olvidar las barreras y/o facilitadores que la familia y la sociedad ejercen sobre directivos hombres y mujeres del estudio.

Entrando ya en las barreras intrínsecas, una de las que aparece es el sentimiento, más o menos compartido, por el colectivo gestor entrevistado y es la reflexión de que no tenemos ambición (1), tomada como cuestión identitaria para esta otra participante (2). Y aún en el caso de tenerla, sería el propio sistema el que no nos daría la opción, como ya hemos reflejado (1).

(1) “Y las enfermeras no tenemos ambición por llegar. No tenemos. Las enfermeras... Y luego no nos dan oportunidades, ¿eh? A igualdad de oportunidades, a igual de formación, a cuando se barajan dos nombres para una dirección general, te puedo asegurar que raro es llegar a terna siendo enfermera; pues si llegas, no te van a elegir. Vamos, yo no he conocido... ninguna”. Malena

(2)”... Nos pueden poner cuatro años de carrera, cinco años o seis; da igual, eso da igual. Podemos ser doctoras! Pero da igual. El problema no es ese. El problema no es de capacitación o... académica ni curricular; es un problema, creo, de creérnoslo nosotras al final. de... Efectivamente, de identidad. Eh”. Lola

Las personas entrevistadas consideran que el colectivo parece que tuviera interiorizado la ‘no protesta’, la obediencia. Consideran que las enfermeras son menos reivindicativas que otros profesionales de otras disciplinas del medio sanitario e incluso la diferencia la perciben entre los hombres y las mujeres de la profesión (1). Y son los rasgos identitarios interiorizados por el colectivo médico y enfermero los que generan las normas de funcionamiento y la relación entre ambos, así que los médicos funcionan como un bloque y las enfermeras, “no hay

manera" (2). Así, África, además de compartir la misma apreciación de unidad en el colectivo médico, repara en la normativa política vigente, que constriñe las posibilidades, al ser dictadas por la misma cúpula organizacional que las discrimina (3):

(1) "Es porque [SILENCIO] somos menos influyentes, o hacemos menos ruido... somos más obedientes! también... [RISAS]". Rosalía

"Sí, pero... mmm... por lo general los enfermeros somos disciplinados y somos muy..." Cayetano

(2) "Lo otro es un bloque; los médicos son un bloque; eso no hay quien le meta mano por ningún lado, pero las enfermeras, juntas a tres y tienen tres opiniones distintas. [RISAS] Pero es que a lo mejor tu les dices "mira, hay que tener cuidado con esto'. Bueno, pues hay alguna que va y la caga. [RISAS]". Rita

(3) "Hay un decreto de estructura primero que te encasillas, ¿no? El colectivo médico es fuerte, se une y... los enfermeros muchas veces nos unimos para destrozarnos, yo no lo puedo entender; yo no lo puedo entender. Muchas de las cosas del no avance de la Enfermería la tenemos los propios enfermeros; lo tenemos los propios enfermeros". África

Otro aspecto característico en la identidad colectiva enfermera, que emerge de los discursos, es la variabilidad de perfiles y de perspectivas, dado que hemos venido conviviendo en el medio asistencial desde diferentes situaciones. Por un lado, los profesionales que provenían de ATS, con una cualificación no universitaria y una formación biomédica; los diplomados universitarios y los que además de ser enfermeros son licenciados y/o doctores en otras disciplinas; los que entienden su función como rutinaria y los que trabajan desde la evidencia y la formación continua; o lo que es lo mismo, confluyendo en la práctica como bases pero con una inclinación y expectativa dispar. Así de potentes son los contrastes que los discursos nos muestran:

"Sí, yo creo que conviven... el perfil... biomédico, el... el perfil enfermero con líneas de... verdad, que tienen muy claro hacia dónde tiene que ir el enfermero y dónde tiene que invertir los... los recursos". Pedro

"Hemos convivido ATS y enfermeros... que los ATS hay algunos! que se han reconvertido, no solo en titulación, sino también en convicción". Pedro

"Entonces, me encontré con unas enfermeras que sabían! lo que es ser enfermera, estaban orgullosas! de ser enfermeras, que esa es una cosa importante. Es decir, uno tiene que saber que hace un trabajo muy! necesario para los pacientes y que hacerlo bien, no es fácil y que hacerlo bien mmm... es una manera de desarrollarse profesionalmente". Eva

También hay que tener en cuenta que la edad media del profesional enfermero es media-alta, todo el devenir y desarrollo profesional acaecido en los últimos 20 años, al que han tenido que adaptarse, y sus condiciones laborales con una ratio enfermera-paciente de las más altas de Europa. Por tanto, la afirmación que subyace en la mayoría de intervenciones, de que en la profesión no hay un sentimiento de unidad o de identidad compartida, llega al punto, como expresa Julián " *Yo es que creo que no es un colectivo. Te lo digo como lo siento*". Y son los propios profesionales los que muchas veces no valoran los avances conseguidos, no se les da el significado ni la importancia , aunque otros los vean vitales y los defiendan .

"...una minoría de personas... [SILENCIO] comprometidas eh... que les gustaría que la profesión fuese de una determinada manera, que le gustaría que la sociedad nos viese de una determinada manera,(...) Que nos gustaría que todo eso que publica en Canadá y todas esas cosas pues también lo hiciésemos aquí; que nos gustaría eh... que cuando salen los enfermeros en la tele pues salgan de otra manera a como salen... Pero entiendo que hay una inmensa mayoría que le importa eso bastante poco, me da la sensación". Julián

"Entonces, por lo tanto, no somos un colectivo. O en cualquier caso somos dos colectivos un pequeño grupo (...) clamando para que Enfermería ocupe el lugar que tiene que ocupar(...) y uno puede coger la bandera y ser la avanzadilla en esas cosas, pero cuando mira para atrás dice`¡Coño, pero si no viene nadie!`Entonces... yo lo veo bastante complicado mientras no seamos un colectivo real". Julián

Por otro lado, consideran que muchos profesionales realizan un quehacer rutinario que perpetúa la percepción subalterna de la profesión en el sistema (1), circunstancia que actúa como factor limitador y no reconocen que los elementos de desarrollo profesional lo son también de valía profesional individual y, como

dijo Florence Nightingale (1859), "sólo podemos prosperar con el sentido individual de la responsabilidad colectiva"(Nightingale,1990) (2). Por tanto, tampoco tienen asumido la función profesional actual ni han incorporado el conocimiento y los elementos de desarrollo disciplinar y muchos/as no la ejercen ni ayudan a avanzar a la profesión (3):

(1) "Porque la mayoría de nuestros compañeros su preocupación absoluta es su jornada de trabajo, sus retribuciones, su tiempo de trabajo en el SAS y su tiempo libre con su familia. No está entre sus prioridades... Estoy hablando del colectivo en general, no estoy hablando de las individualidades". Pedro

(2)"Entonces yo lo que veo que teniendo en cuenta el colectivo, los miles de profesionales que somos, no sienten tema profesional, crecimiento de la profesión, desarrollo profesional individual... Esas cuestiones que en otros colectivos...". Pedro

"Y es un colectivo ... minoritario, entiéndeme; demográficamente es mayoritario en el sistema sanitario, ¿no? Pero desde el punto de vista de su influencia y del... del empoderamiento es minoritario, ¿no? "Mariano

(3)"Las enfermeras no tienen claro todavía que dentro de su tiempo de trabajo hay una parte para la investigación; una parte que tendrían que dedicarse a hacer, ... en la medida que sea, de docentes de otros compañeros, los que son más expertos; y que después otra parte es la asistencial". Pedro

"¿Qué le falta? Pues: fuerza, conocimiento y voluntad". Necesitamos más fuerza. Ya que somos muchos, pues parte de la fuerza debe venir de la consciencia de que somos muchos. Pero que todos debemos querer lo mismo". Mariano

Como señala una directiva, es inaudito que los profesionales aún se estén cuestionando la importancia de los registros, la planificación de cuidados, como función de la profesión y elemento de desarrollo; ni siquiera los jóvenes. Y entender esto sería vital para la consolidación de la profesión y un efecto a imitar de nuestros colegas médicos. Como esta participante señala, que además es muy reconocida y un referente para muchas entrevistadas que se han formado con ella "De los médicos hay que copiarlo todo, menos el modelo que no nos sirve", afirma en relación a la sistematización del trabajo y el uso del método científico como cuestión inalienable a la profesión y sus resultados.

“¡Qué no hagan una continuidad de cuidados a un paciente, no hagan un informe de alta, no le hagan una valoración... ¿Cuándo has visto tú que un facultativo no haga una historia a una paciente? ¿Qué se va a ir un enfermo sin un informe de alta? Pues los enfermeros en mi área lo consienten, eh. Y te da mucha pena, pero es que eso está dentro de nuestros deberes (...); que eso no son un antojo de... del gerente de turno (...). Vamos y que... y que lo tienes que hacer, ¿no? Y que la gente parece que no”. Concha

Otro elemento que ralentiza nuestro desarrollo y que está imbricado en la crisis económica y el sistema gerencial establecido, que ya hemos comentado, pero que hay que mencionar aquí, es “el hartazgo “del colectivo:

“Y... Y la gente... no sé si es por esto, o por los recortes, están muy cansadas, la gente colabora poco y entonces... es difícil... es muy difícil.” Concha

Con este contexto las bases no son muy proclives a la participación, a apoyar liderazgos, ni tienen sentimiento de pertenencia con la empresa (1) y acaban contaminando a las que están (2):

(1)“ El mensaje que es porque tú eres un poco.. tonta; eres un poco tonta’. Vamos a ver, con cariño, ¿no? ... Lo que te decía: la sensa... no tienen sentimiento de pertenencia hacia... hacia la empresa; no lo tienen.. y eso un poco te lo transmiten, ¿no?, como diciendo] “Anda, con lo bien que podrías estar...con lo bien que podrías estar”. Pitita

(2) “A veces también lo digo, ¿eh? Digo “es que... es que esto ya tiene que llegar a su fin”. Porque yo en mi centro de salud estaría estupendamente; sería reina con mis abuelitas, mis abuelitos, porque es lo que tienes allí en definitiva, ¿no? Digo, vamos, echa una reinona. [RISAS]”. Pitita

Y el hecho del relevo generacional es un factor controvertido para el avance, hay quien por su experiencia lo mira con escepticismo (1) e incluso lo que está aportando el grado universitario (2). Sin embargo otros entienden que tienen que provocar un impacto, una influencia benefactora para la profesión (3), aunque pueda provocar en la práctica situaciones incómodas por comparación, tal y como ocurrió con los DUE y ATS en otros tiempos (4):

(1) *“En mi área hay profesionales muy jóvenes, (...) Ellos quieren descansar todos los fines de semana, nada más que quieren trabajar... entre semana, pero tener muchos días libres y desconectar del entorno del paciente. Así no se consigue tener una buena calidad en cuidados, ni seguir una continuidad..” Concha*
“Son gente muy joven y tienen mucha trayectoria profesional, se creen que ya lo saben todo y tienen que aprender mucho; muchísimo, ¿eh?”. Concha

(2) *“Yo creo que cuando se afirma como un axioma que el grado nos ha dado, nos está dando, está aportando... no es tan real; el grado no está aportando tanto..”Álvaro*

(3) *“... Eso tiene que tener un revulsivo, que dentro de la políticas del hospital las influye seguro, sin duda. Eso tiene influencia”. Cayetano*

(4) *“El resto de enfermeros, su posición se vuelve incómoda. Porque, no sé, ahí vienen contratados con grado, o que es máster, el compañero de la planta que ha hecho el doctorado, el residente que rota y su posición se empieza a volver incómoda. Su posición, la cómoda se vuelve incómoda. de comodidad rutinaria se vuelve incómoda. Yo creo... y eso, bueno... pues hace que esto se remueva”. Cayetano*

Y en relación a las nuevas generaciones, otra amenaza que viene acechándonos en los últimos tiempos es que aterrizan en los estudios de Enfermería una mayoría de estudiantes de la rama de Salud que no han obtenido nota suficiente para acceder a Medicina, y bien se trasladan cuando tienen la oportunidad o se quedan sin motivación ni convicción en nuestra profesión, con incluso un sentimiento de fracaso que poco ayuda a su desarrollo.

“Que la gran mayoría de la gente quiere estudiar Medicina. Entonces, el que no estudia Medicina, se mete en Enfermería. Pero no se mete en Enfermería por convicción; se meten porque creen que es lo más parecido a Medicina. Entonces están saliendo ahora otra vez muchos enfermeros con perfil biomédico. Y eso es preocupante; eso es preocupante”. Fátima

Hasta ahora se han planteado resultados que afectan a todo el colectivo, pero dentro de éste hay matices importantes en relación a la identidad de género. Así en el desarrollo de las entrevistas la posición de los hombres en una profesión feminizada, aparece estéticamente como posición privilegiada, aún más siendo directivos, gozan de cero trabas. Desde su mirada hegemónica, la

mayoría no sienten ni han sentido discriminación, incluso cuando sus jefas son mujeres, niegan incluso la existencia de techos en relación al cargo que ocupan y así lo expresan:

“De hecho mis jefas siempre han sido jefas cuando me he dedicado a calidad en el distrito, y actualmente la gerencia del distrito también es una mujer, yo nunca he sentido discriminación en ningún sentido, es que es más en Enfermería yo no he sentido nunca esa discriminación, ni competencias que se digan este hace esto y esta lo otro por ser hombre o mujer, sinceramente nunca he vivido eso”.
Anselmo

“Yo no creo que se le hayan puestos techos, por qué personalmente no lo he vivido” Anselmo

Sin embargo, cuando se trata de la representación directiva que tiene el colectivo, en relación a los otros colectivos en el sistema sanitario, como la sienten más suya, sí perciben la discriminación. Y entonces nos hablan de que la posibilidad de acceso está en minoría aplastante y de infrarrepresentación en los servicios directivos.

Este hombre representa muy bien la dualidad de hombre con una parte femenina y cuidadora, pero a la vez su sexo, talante, amabilidad y competencia le ha provisto de ‘buenas experiencias’ y tiene un recorrido de caballo ganador, por tanto el problema de la estereotipia no está en su cosmovisión y no lo percibe. Es más, creo que mira el mundo con la mirada de mujer y el empoderamiento de varón, ¡la conjunción perfecta!. A pesar de ello, aunque comience negando las trabas de género, a lo largo de su interlocución acaba reconociendo una obviedad, que el número de mujeres que acceden a las carreras de Medicina y Enfermería se eleva en cada promoción”..*de esto tanto de Enfermería como de Medicina, eh... eh.... evidentemente... el porcentaje de mujeres con respecto a hombres es inmenso!, es infinito, ¿no? (..), pues... puede ser de 90-10 o una cosas así ”* Anselmo.

Por tanto, la relación entre el nº de mujeres y de hombres en la profesión está muy desequilibrado y esto no tiene reflejo en los puestos directivos,

donde las mujeres están infrarrepresentadas, incluso llega a estimar la proporcionalidad de cómo debería ser nuestra representación en puestos directivos que sitúa en un 90%, pero expresando que no ve quién pone los techos:

"Yo no sé quién pone los techos... pero yo no creo que sea por las competencias, eh.... No sé quién pone los techos, sinceramente" Anselmo

Y aunque no se ponga en solfa la competencia de las mujeres, enseguida aparece "la culpa" que tienen porque "no desean", achacando a las mujeres de la profesión la responsabilidad de esa ínfima representación

"Yo no creo que la competencia venga dada por un... yo creo que también es por la... también por la disposición también del hombre o la mujer a... a adoptar lo mismo determinados cargos, de responsabilidad". Anselmo

Esa mirada masculina, compartida en los discursos, imprime un matiz prejuicioso sobre sus homónimas mujeres. Y es que al menos cierto sector de los hombres, culpa a las mujeres del estancamiento de la profesión. De hecho, en el discurso de este participante emerge la idea de que la profesión está frenada por el porcentaje tan mayoritario de mujeres y denuncia la falta de liderazgo, de ejemplos a seguir (veladamente nos está achacando esa culpa también):

"Tampoco ha habido ejemplos de liderazgo a seguir, ya que el camino va enfocado mucho en el camino de Enfermería tenemos que ser líderes a otro niveles para gestionar todo". Julio

Nos dice que la "profesión no ha dado el paso necesario, en general, al final nuestra profesión es mayoritariamente de mujeres y no ha tenido a gente que tire, gente con másteres, con doctorados..."Julio. Y continúa responsabilizando a la mujer de 'el techo de cristal'; son ellas las que "no dan el salto" como si de una decisión personal se tratara y no de los sistemas identitario y estructural que las discrimina:

"Desde el punto de Enfermería, creo que está bastante implementada la igualdad de oportunidades, luego también creo que hay que romper el techo de cristal de las mujeres y que den el paso" Julio

"No creo que haya diferenciación para el género femenino y masculino por parte de la empresa, cosa diferente es que luego por cultura o por lo que sea, la mujer no dé el paso." Julio

Ni tomar por hecho que son las mujeres las que deben ocuparse de la familia y por tanto no tener la posibilidad o bien tener mucho conflicto familiar si accedemos a un cargo directivo. Y este hombre puede servirnos para mostrar como hace falta deconstruir lo establecido para construir en igualdad. Como hombre de su generación y contexto, y por lo que manifiesta su entrevista, la mencionada autonomía que se otorga para liberarse de su responsabilidad familiar y dedicarse a la gestión, le supuso el divorcio. Pero sigue de directivo y tiene otra pareja actualmente. No sabemos si la directora a la que alude dejó el puesto en relación al conflicto familiar que él le presupone y menciona en su interlocución:

"¿Se dan igualdad de oportunidades? Yo considero que sí, yo considero que sí... Eh... Esto lo hilvano con mi juicio de valor de que la mujer no tiene la predisposición en tiempo a ejercer cargos directivos que un hombre, ¿no? Por lo mismo que te he dicho la autonomía que tengo para la gestión, pues... seguro que la anterior directora tenía tres hijos y a lo mejor no tenía la independencia o tenía más conflicto personal o familiar a la hora de la gestión". Pepe

"Pienso que siendo un colectivo tan de mujeres, de tantas mujeres, hay muchos puestos ocupados por hombres, ¿vale? Y yo creo que es por la carga familiar. La... la mujer... -yo siempre lo digo- `yo no sé porque no hemos conseguido más cosas, porque es que si nos unimo'", pero como que la enfermera es... la ayuda o el complemento... al aporte del marido". Pitita

O sea, no se equivoca en una cosa este otro directivo, hay una doble segregación:

"¿Por qué? Porque en el otro lado existen dos techos de cristal, ... que es lo que tú estás estudiando: el de los hombres! y el de la profesión. Es decir, hay mucho personal con una visión [SILENCIO] masculina... y masculina de su profesión! Yo soy de los que piensa que hay profesiones macho y profesiones hembra." Pedro

Y eso lo saben bien las mujeres, si difícil es llegar como profesional de enfermería, como mujer es casi más difícil mantenerse; así de elocuente lo relata esta profesional con mucha gestión en sus espaldas, opinando de las trabas estructurales y por el hecho de ser mujer:

"Dificultades he llevado... para alicatar cuartos de baño jj. Y cuando le pregunto ¿... son más estructurales de la propia organización, por ser enfermera o por ser mujer? Contesta rotunda: "Fundamentalmente de los tres en el orden que tú lo has dicho: por ser mujer, no; por ser enfermera, sí; y estructurales de la gestión... ". Malena

Por eso desde las mujeres resulta vital poder desprenderse de tanta disciplina para cubrir las expectativas del rol y, aunque no todas sean capaces de adelantarse, al menos reconocer y agradecer a las que tienen la valentía, prestándole apoyo y no juzgándolas. Es habitual que las mujeres inconscientemente utilicen el mandato de género para controlar a 'las díscolas', así lo relata esta participante que intenta alternar sus dos roles, pero teniendo un cargo directivo con niños pequeños se gana la amonestación de sus compañeras y nos habla de su desgaste, cuestión que no sucede cuando lo hacen los hombres, a pesar de ser padres.

"... es un desgaste fuerte que yo creo que eso también es un lastre para las mujeres, que nos está... nos pasa... Realmente podemos hacerlo cuando ya los niños están muy grandes, o... "este es el momento", ¿no? Y si además están pequeños, te miran mal, porque `esta vive la tía... mañana, tarde y noche, y no para'; [SILENCIO] encima te miran mal, porque a ellos no lo miran... no lo miran mal. Pero, [RISAS] pero a nosotras nos miran mal porque encima no... no estamos atendiendo ni a... , ¿no? "Sabrina

Así una vez más, las propias mujeres no admiten los comportamientos competitivos en las mujeres y al alabarlos en los hombres impulsamos su liderazgo.

"Y si yo públicamente dijera -vamos lo he dicho, y me han mirado-... que públicamente yo dijera que a mí me gusta dirigir, [GOLPES EN LA MESA] que soy ambiciosa [GOLPES EN LA MESA] y que soy competitiva [GOLPES EN LA MESA] ...

me mirarían...(..) Ahora, un hombre llega diciendo `soy competitivo, soy ambicioso, quiero lo mejor para vosotros, os voy a dirigir para ello´... El público se pone en piejj. Pero si tú llegas y dices `porque yo soy ambiciosa´´, te miran con cara de”¡uf!, madre mía. Vaya bicho que se me ha metido por las puertasij”.
Malena

En este sentido, las identidades también se vislumbran en las trayectorias directivas, su perspectiva y la manera en que mantienen los cargos. Así he encontrado que algunas mujeres describen con más frecuencia en su ejercicio directivo frecuentes enfrentamientos con los directores de UGC y/o gerentes, que hace que el ejercicio del cargo a veces les resulta frustrante y agotador, y en ocasiones, acaba costándoles el puesto o abandonando. Ese es el caso de Lola, que tras su conflictiva experiencia no contempla volver a ser directora de Enfermería, describiéndola como la peor experiencia de su vida laboral.

"Eso me costó... que estos señores le pidieran la... mí! dimisión al director-gerente. [SILENCIO](gesto grave)". Lola

"Yo jamás! volvería a ser directora de Enfermería. [SILENCIO] Te lo digo así. A mí me frustró... y puedo decir que fueron los peores años de mi vida profesional".
Lola

Y llama la atención que este tipo de conflicto salga más en las mujeres directivas (con criterio) con los gerentes hombres y o no aparezca o aparezca más suavizado en la experiencia de los hombres, que se manifiestan a favor de la Gestión Clínica -aunque en otro momento de la entrevista reconozcan que han perdido autonomía- ,

"Históricamente la división de Enfermería y la división médica siempre han ido en paralelo; eh... eran como dos líneas de trabajo diferenciadas y siempre habíamos cre... pensado -yo entre ellos y el gerente que estaba que era (Hombre).- éramos de la opinión de que la gran potencialidad de... eh... del... del hospital y de la... y del sistema sanitario público para que siguiera creciendo era la conformación de unidades de gestión clínica y ya no hay esas líneas paralelas de Enfermería y médicos que, prácticamente, con objetivos diferenciados que tan siquiera muchas veces ni se... comunicaban, ¿no?". Julio

o de las directivas con las gerentas. Es decir, he apreciado más confrontación cuando *el tándem* lo forman un gerente varón con una directiva enfermera mujer. Nótese el tono cordial en el siguiente *verbatim* de un equipo de dos mujeres:

“Nosotros somos un equipo de trabajo. Es decir, eh... la directora gerente es la... por supuesto es la cabeza de ese equipo de trabajo (.....)los acuerdos de gestión los trabajamos en conjunto, los contrato-programa los trabajamos en conjunto, las decisiones de recursos humanos las trabajamos en conjunto, las de gestión, la sostenibilidad, el tema de financiación; todo lo trabajamos en conjunto. O sea, que no hay... no hay ninguna brecha, de ningún tipo". Coral

Y otra cuestión que subyace en las entrevistas es que a los hombres se les permite más que a las mujeres la incompetencia, cómo lo afirma Eva con rotundidad a la luz de su variada y larga experiencia gestora (1)

(1)"Bueno, pues lo mismo... personas ... que si fueran mujeres no se les hubiesen consentido la... la incompetencia, han estado años y años siendo así de incompetentes de directores de Enfermería en un hospital. Que, posiblemente, si hubiera sido una mujer así de incompetente! no se lo hubieran consentido. Estoy pensando en... en hospitales con nombre y apellidos... que... personas tan! incompetentes en la gestión ... han aguantado porque eran hombres, ... no por... las mujeres hubieran durado menos". Eva

Y en este sentido ya he expresado como varias participantes han sido cesadas en cargos anteriores y no hay ninguna referencia sobre esto en los hombres entrevistados. ¿Quizás ellos `tragan´ más que las mujeres? (2) o desde su perspectiva más alejada de lo cuidador que algunos comparten: ¿Les vale si salen los números? Supeditando así su autonomía gestora a la dirección asistencial y por tanto a las UGC que normalmente dirigen médicos hombres (3).

Es decir, es alguien proclive al sistema que se implanta y por eso está ahí, pues a los pocos minutos reconoce que:

(2) "La dirección de Enfermería de ese momento – y no sé la de ahora cómo estará; me temo que sigue igual – está muy supeditada a la dirección médica. Siempre tenemos o necesitamos como autorización de la dirección médica. Yo

me opuse a eso frontalmente, de una manera... algunas veces con vehemencia. Me enfrenté..." . Lola

(3)"Al final la toma de decisiones... también depende de la variable económica, ¿no? Y... y en ese aspecto estamos un pocoooo... limitados a la toma de decisiones en los hospitales. Y dentro de los hospitales pues eh... las direcciones de Enfermería... hemos tenido mmm.... [SILENCIO] mayor nivel de toma de decisiones en nuestras! división, pero para llegar a lo que yo te he dicho que queríamos llegar -que es para conformar equipos de trabajo multidisciplinares, donde se trabaje en red y no se trabaje de forma piramidal, sino que al final las unidades de gestión clínica sean los nudos esa red que tiene que conectarse con otras unidades de gestión clínica- [SILENCIO] pues... el papel de la dirección de Enfermería ha perdido mucho!... eh... mucha toma de decisiones, ¿no? Julio

Por tanto, ellas pierden oportunidades en el sistema sanitario y son conscientes que es, además de por ser enfermeras, fundamentalmente por su condición de mujer. Y denuncian que mujeres potentes no tengan la oportunidad de escalar en el sistema:

"Yo creo que... si yo hubiera sido hombre hubiera tenido otros puestos seguramente... y si no hubiera sido enfermera también, creo ¿eh? -claro, igual estoy equivocada- porque yo creo que hay muchas mujeres con mucha valía que no van a llegar nunca a determinados puestos de responsabilidad. Porque siempre hay hombres que no tienen que demostrar nada, que creo que en el caso de las mujeres hay que hacer un sobre-esfuerzo para estar donde están". Amparo

Y a las causas por la que no ascienden, además de las mencionadas, se unen una serie de percepciones de autolimitación de las mujeres, que el discurso señala. Es un juicio que puede alterar las decisiones a la hora de `señalar´ y proponer a alguien para un puesto, con el que no sólo ejerce influencia en el plano de motivación personal, sino que es también estructural, es decir, influye a la persona de la estructura responsable de elegir a alguien (recordamos que casi todas admiten acceder sin proceso de selección y sin motivación hacia los cargos). Imbuidas de estereotipa por la socialización de género priorizan la vida familiar restándose a sí mismas oportunidades de ascenso y desarrollo, y no encuentran en su trayectoria modelos de referencia a imitar o son muy aislados:

"Porque... nos lo venden tanto como que es la vida familiar, no sé qué no sé cuántos, la mujer es la que cuida... este tipo de cosas que tenemos en nuestra cabeza, que si no se da la posibilidad de que haya más mujeres que lo hagan, para que lo vayan haciendo más fácil, yo creo que es muy difícil" Nerea

Y nunca se sienten lo suficientemente preparadas y, por tanto, siempre están formándose, representando un "Techo Auto-impuesto":

"Los hombres parece que siempre están más predispuestos a ocupar puestos que las mujeres, ¿no? Porque la mujer parece que siempre tenemos las trabas de la familia, de tener que organizar nuestra casa... Pero, es lo que te he dicho antes: yo ahora mismo, en mi equipo de mandos intermedios, tengo a más mujeres que hombres. Pero casi siempre ha sido... un rol más de hombre, ¿no? Parece que siempre los hombres han sido más propensos a ocupar los puestos directivos porque les ha gustado más que a las mujeres" Concha

Sin embargo los hombres no solo se sitúan 'disponibles' para los puestos clásicos que vienen ocupando, sino que incluso muestran mucha seguridad a la hora de valorar sus posibilidades de escalar a otro nivel dentro del organigrama del SAS *"¿Por qué, no? Creo que puedo tener todas las posibilidades"* afirma categórico Julio.

Y algunas mujeres, precisamente para estar ahí y conseguir promocionarse, imitan el estilo de mando más masculino y lo consideran como un error, verbalizando que cuando hacen eso son peores que ellos, y opinan que han incorporado ese modelo masculino de gestión y no han tratado de feminizarlo.

"Porque tenemos ese defecto también: que al final clonamos o imitamos la conducta masculina cuando llegamos al poder, pero bueno. Sí es verdad que.. que va cambiando" .Amparo

"... nos parece que una mujer gestora cuando... mmm... quiere ser mujer, parece que es más débil ij. Yo no sé si los hombres no verán más débil, pero sí que nosotros nos sentimos más débiles. Entonces arrancamos con 'pues yo más, ¿no? Pues tú más', y... y nos... hacemos a ese mundo... Somos... somos muy agresivas!..." Malena

"...por ser mujer pues veo que pues que en la gestión hay un modelo masculinizado! que las enfermeras... o sea, que las mujeres no lo hemos trabajado para feminizarlo". Malena

El impulso de las familias y las barreras de la conciliación

Otro aspecto a tener en cuenta en el eje de género y que aparece en los relatos de los y las entrevistadas, es el de la familia como elemento impulsor o desmotivador en el ejercicio de la función directiva. Así en relación al nombramiento y el ejercicio de los cargos, observo compartimientos discriminatorios según lo ocupen los hombres o las mujeres. A pesar de que algunas participantes llevan mucho tiempo en el puesto directivo, la mayoría de las mujeres entrevistadas opinan que, desde lo social y desde la familia, se desmotiva a la mujer para emplear tanto tiempo y esfuerzo en el trabajo. Y cuando son nombradas, no se lo reconocen y las desmotivan:

"Uy, lo vivieron como una amenaza absoluta. ¿Mi entorno familiar? Como una amenaza absoluta. "¿Esto te merece la pena? Tanto lío, ¿para qué?" "Bueno, bueno, bueno". África

"Que trabajo mucho, que siempre estoy liada, hombre la niña me dice a veces 'Es que siempre estás en el ordenador' pero bueno tampoco veo yo esto... mi hija sí percibe que necesita más atención por mi parte" (...) "Yooo... no tenía apoyo... mucho apoyo familiar". Bárbara

"Al principio sí: "tienes que... Ahora tienes que dejarlo", sobre al principio de la separación. "Lo tienes que dejar y dedicarte más a la niña". Coral

En este aspecto cobra relevancia el patrón de socialización que se da en las familias y es importante la herencia que se transmite de madres a hijas. Y el caso de esta entrevistada nos lo ilustra. Su tendencia gestora, que salía a borbotones durante la entrevista, incluso la potencia de su voz y sus gestos, tiene un antecedente familiar: su madre. Este caso nos sirve para plantear una revisión de los estereotipos, porque cuando hay otros modelos de referencia de más libertad, y en lucha por la equidad y la justicia, la hija lo incorpora. Trasladando esto a la esfera profesional, me interesa resaltar la importancia de los modelos profesionales que socializan a las nuevas enfermeras en formación,

elemento clave para la ruptura con el rol de sumisión asignado históricamente a nuestra profesión.

"Yyy... y me he ganado el respeto de ellos ahora. Mi madre... me respetaba... Bueno, mi madre sabía que... que si lo hacía lo podía hacer bien. Pero me decía 'uf, anda ya chiquilla'... porque a mi madre también... a mi madre le habían dado palos hasta en el cielo de la boca. Mi madre es maestra... (..)tú sabes; mucha educación pública pero... Y mi madre montaba en cólera, unas peloterías con el director". África

Es muy ilustrador la diferencia de posicionamiento y la asignación de roles en la misma familia, el padre demanda como prioridad el rol de cuidadora a su hija, que ya es directiva, por lo que vive el ascenso como una amenaza, por el tiempo y la atención que le dejaría de dedicar.

"Y también vieron una amenaza... Mi padre vio una amenaza... no social, sino de que le iba a prestar menos atención cuando decidí tener una hija. Dijo 'pero si tú eres mi cuidadora. Tú eres la que me lleva y me trae'. No me lo dijo así pero era..." África

Sin embargo, cuando el que asciende es un hombre, es muy valorado por su familia y su entorno, al contrario de lo que suele ocurrir a las mujeres (1), como se queja esta entrevistada. Ellos no muestran que la familia sea un factor limitante para la promoción, pues aunque puedan consultar el tema con su pareja, lo hacen casi como deferencia, ya que o han aceptado o piensan hacerlo de todas maneras. Contrariamente, las mujeres a menudo ponen al marido y los hijos por delante cuando se les propone un cargo y es una condición que anteponen y que debe estar clara y resuelta antes de decidirse (2). Si no es así, no dan el paso, y no siempre encuentran el apoyo de los gerentes como en este caso. Esto no lo he visto en los hombres, sino todo lo contrario, ni tampoco que reivindicquen su participación o preocupación por el cuidado de los hijos.

(1) "En el hombre (...) entonces, incluso eh... ese ascenso es muy! valorado por su familia y por su entorno, mientras que en las mujeres muchas veces he oído yo a compañeras "es que mi marido dice que por qué no dejo la dirección... `Es que mis

hijos...Es que... 'Hay una presión a lo mejor si tú le dedicas mucho tiempo a un puesto directivo mmm... en contraji.... y los hombres noji" Amparo

(2)"... no tenía idea de donde me metía, pero que lo que más me preocupaba también es que, bueno, que ante todo era una mamá. Tenía dos niñas pequeñas, ¿no? Entonces... quería seguir siendo mamá, a pesar de directora. Y, bueno, la respuesta que tuve del gerente la verdad es que fue buena. Me dijo "yo quiero una directora de cuidados que... qué bueno, ¿qué es mamá? Pues estupendo. Sin problemas. Entonces flexibilidad horaria, tú te organizas. Mientras el trabajo estuviese hecho y lo lleves... y en el momento en que digas hasta aquí llego pues bueno, sin problemas". Y empecé así." Marisol

Por tanto, sigue presente en las familias el mandato de género, ya que se ve mal si anteponen unos estudios o una dedicación profesional intensa al cuidado de los hijos y el marido, del hogar. Y esto modula su papel y colaboración para que las hijas prosperen, ya que sin la ayuda de los abuelos ellas no podrían, sin embargo ellos lo tienen más fácil. Así, a veces las mujeres dependen, en gran medida, de la actitud que adopten sus progenitores para poder acceder y he encontrado las dos casuísticas, una en la que los abuelos han sido los que han posibilitado su dedicación(1) y la que no obtiene ayuda alguna, ni es comprendida o apoyada en su decisión(2):

(1)"Bueno...esto.... ¿sin mi familia? Imposible. O sea; imposible. Mis padres desde el principio, eh.... Mis padres es -como decimos en primaria- el dispositivo de apoyo logístico absoluto; absoluto... Yo estoy metida en temas de gestión y muy implicada con este tema de cursos fuera, de estar fuera con mis niños pequeños... Mi padre y mi madre son las personas a las que... que han salido al frente de todo antes de que yo diga... que necesito ayuda" .Aurora

(2)"Mis padres... mi padre los primeros meses no entendía nada. ¿Cómo una mujer, siendo mujer, deja a su marido, a las niñas en Cádiz y se va todos los domingos en el coche cama de por la noche toda la noche de viaje a Madrid y se vuelve el viernes otra vez? No le parecía bien; mi padre era muy clásico, muy normal y muy como todo el mundo; no le parecía nada bien". Eva

" Mi suegra, mi suegra lo llevaba muy mal porque, (...) cuando yo me fui a hacer el máster ella no fue a mi casa a ayudar a su hijo nunca!, porque la que tenía que estar en casa era yo". Eva

Y para el acceso de las mujeres a la gestión, el 'techo de la familia' es limitante y casi exclusivo de ellas, no sólo en el periodo de embarazo y parto, que

pueda ser más justificado, sino que se extiende a todo el periodo amplio de crianza, cuestión que podría ser compartida en corresponsabilidad, pero está aún muy marcada por la desigualdad. Y los hombres no son conscientes de ella muchas veces, así este participante, que en principio negaba los techos de cristal, reconoce que las mujeres tienen “chinos” con los niños pequeños y con el embarazo y la desconexión profesional que supone. En este sentido, las declaraciones de la mayoría de los hombres que, subconscientemente asignan a las mujeres el trabajo de reproducción, no solo durante el embarazo, sino en el cuidado de los niños de forma casi exclusiva (2), incluso cuando están en el ejercicio del cargo (3), pues ellos se abstraen de esa responsabilidad.

(1)“Yo veo y entiendo las barreras el tema de embarazos, de niños pequeños... que eso si son chinos en el camino, pero después como caminos diferentes yo creo que las barreras que existen son las propias, que un embarazo tiene después una baja maternal que te desvincula de tu trabajo, pero por lo demás yo en el ámbito que me desarrollo no veo diferencias”. Anselmo

(2)“Yo creo que en toda nuestra plantilla no hay ningún hombre con la re... con una reducción de jornada por cuidado de hijo. Uno! creo que hay. Uno. Un enfermero de Urgencias. Pero su mujer también la tiene, vaya... los dos”. [SILENCIO]Aurora

(3)“Ellos tienen una capacidad de abstracción de los problemas domésticos -por llamarlo de alguna manera- o de los problemas familiares, que nosotras no tenemos esa capacidad de abstracción”. Rosalía

(3)“Nosotras eh... estamos en nuestra profesión pero siempre! nuestra prioridad creo que es la familia, en la mayoría de los casos. Y eso no sé si será un tema educacional -que me imagino que sí... que con los años irá cambiando”. Rosalía

Y esta misma circunstancia alrededor de la maternidad sigue funcionando como elemento de segregación autoimpuesta hacia las mujeres (1), y los hombres (que son padres de familia también), actúan culpabilizándolas por su dedicación a la familia, así lo relata este directivo joven, casado y con hijos. Y son sorprendentes las declaraciones de machismo recalcitrante de estos enfermeros,

que proponen acabar con las actividades de promoción de la mujer y sustituirlas por hombres, así se termina el problema de las bajas por los embarazos (2):

(1) "Las mujeres son las que se tienen la... como la obligación, ¿no? De conciliar la vida familiar. Parece que los hombres no tienen...o responsabilidades familiar o la necesidad de conciliar nada. Las mujeres son las que se piden las reducciones de jornada". Aurora

(2) "El comentario de ¿Enfermeras y no enfermeros? ¿Jornadas de mujeres y no de hombres? ¿El día de la mujer trabajadora y tal? Si tuviéramos más hombres en vez de mujeres, no tendríamos tantos embarazos y no tendría tantas reducciones de jornada... Y digo mira, mira: paso. Me doy la vuelta y me voy". Rogelio

Y en relación a modificar el rol que cada uno ocupa en la familia, para favorecer el ascenso de las mujeres, hay pocas perspectivas, pues no solo el sistema y su dinámica nos excluye (1), ya lo hacemos muy bien nosotras mismas (2) apareciendo la culpa que como mecanismo regulador es tan efectivo y nos ha constreñido tanto (3):

(1) "Entonces, si tú quieres entrar en esa élite -entre comillas- tienes que saber que... hay una serie de condiciones y... y claro, está... no puede haber igualdad de oportunidades entre un hombre de 35 años y una mujer de 35... porque a los 35 posiblemente no tendrán niños y se estarán planteando. [SILENCIO] Y... hay desigualdad... Quiero decir... hay desigualdad, pero porque tú sabes ya que es que lo que te espera es eso". Malena

(2) " .. nos echamos muchas más culpas de muchas más cosas. Y muchas veces eso nos echa más para atrás .. a las propias mujeres. Es muy fácil discriminarnos; ya nos... ya nos ayudamos nosotras mismas". Eva

(3) "Además somos más autocríticas; nos echamos muchas más culpas. Nos echamos culpas de que "hay que ver, mis niños que están solos y yo aquí currando". `Hay que ver, mi marido que está solo y yo aquí currando´. `Hay que ver, mi casa desarreglada y yo aquí currando´. `Hay que ver, ¿lo habré hecho mal?´ `Hay que ver, ¿he perjudicado a este?´ `Hay que ver, ¿le habré..? ¿No habré tenido la consideración adecuada?´". Eva

Por otro lado, cuando se trata de hombres la actitud y posicionamiento de la familia suele ser bien distinto. Aquí predomina el sentimiento de orgullo

por el logro alcanzado actuando como elemento reforzador (1) y de "recompensa" hacía una trayectoria (2). Esto no es tan usual en las mujeres, aunque cuando las madres no han tenido acceso a los estudios, han apoyado a las hijas para que vivan una situación mejor que las que a ellas les ha tocado vivir (3), actuando como agentes de empoderamiento y autonomía para las hijas (4):

(1)"Pero mi madre, pues, muy orgullosa de su hijo y muy... feliz de que yo tenga un trabajo así. Mi familia más cercana ahora - mi compañera, mis hijos, ¿no?- ... eh... yo creo que ellos... eh... están contento conmigo porque, en la medida que me ven feliz en lo que hago, comparten esa felicidad conmigo". Mariano

(2)"Mi madre encantada. Mi madre... `mi hijo´ Mi madre retuitea en Facebook y en Twitter todo lo que yo pongo, ella está más orgullosa que todo `si es que tú vales para esto, es que yo lo sabía... y es que tú te lo mereces, porque tú has trabajado mucho´... Encantada; mi familia encantada... Mis hermanos lo mismo, bueno. Lo que pasa es que los hermanos también son mayores que yo, entonces `tú lo vales´, todas estas cosas...A nivel familiar y de amigos, sin ningún problema, vamos. Todo lo contrario; lo ven como una recompensa a una trayectoria". Rogelio

(3)"... mi madre iba a oírme [RISAS] cuando yo volví a Cádiz y iba a dar una conferencia en el hospital, ella se metía y al fondo se quedaba ella para escucharme... y para decirme que se sentía muy orgullosa... Mi madre era analfabeta, entonces, claro pues... ella sabía leer y escribir, no había estudiado nunca, y además ella vivía muy mal... Quizás por eso yo he sido tan reivindicativa, también; mi padre muy machista" Amparo.

(4)"Entonces desde pequeñitas, a mi hermana y a mí (...) mi madre era `ustedes estudiar, ustedes ser independientes, no deberle nada a nadie, a tu marido no... tú tu carrera, tú tu dinero, tu sueldo, pu, pu, pu´.. Y lo consiguió, la verdad". Amparo

También en el factor relacional dentro de la familia, que han formado los hombres y mujeres del estudio, siguen apareciendo aspectos de clara estereotipia. Así, en la disponibilidad y el reparto de espacio y de tiempo entre la vida laboral y familiar para cada sexo, sigue habiendo una clara desigualdad, a favor de los hombres. En la mayoría "desde tu educación o de cómo has sido educado, de lo que has vivido desde pequeño" se sigue perpetuando el modelo patriarcal(1), por lo que a los hombres se les permite que ocupen el cargo, a pesar del claro detrimento que supone para la corresponsabilidad familiar (2),

aunque les ocupe todo el tiempo (3) y la percepción de la familia cercana de los hombres, lo perciban más frecuentemente como elemento de valía y obvian la desigualdad que conlleva (3).

(1) " Parece que al varón lo entrenan un poco más para ser el que manda -sigue siendo así- y, por otra parte, porque las situaciones personales y familiares pues desgraciadamente siguen siendo diferentes. Siempre digo igual: los hombres me contestan los correos a las seis de la tarde y las mujeres me los contestan a las doce de la noche. Eso lo tengo yo, vamos... lo tengo yo clarísimo. En casa por la tarde el varón está sentado en el ordenador -por eso contesta a las seis de la tarde- y la mujer cuando puede contestar pues a lo mejor ya es cuando ya está todo hecho, ¿no? Se da; yo eso lo observo". Julián

(2) "En el momento en que surge la oportunidad de afrontar un cargo de dirección -que de entrada ya sabes que no desconectas nunca, que trabajas desde casa un montón de veces, etcétera- ahí entra tu! situación personal. Y desgraciadamente pues lo que vivimos es que generalmente las mujeres tienen muchas más dificultades para asumir eso porque generalmente también... están asumiendo mucha más carga en casa que los hombres. Eso todavía es así y... tendríamos que ir cambiando". Julián

(3) "A nivel de satisfacción familiar, pues para ellos es una satisfacción que su padre y su eh... marido pues que esté en el puesto que estoy. Y máxime sabiendo ellos mejor que nadie como... como soy. Que, como decía antes -bueno eso no debo decirlo yo-, pero... ... me gusta mi profesión; disfruto con ella y...". Pepe

Por otro lado, ellos asumen el coste pero no inmutan su trayectoria, no tienen por qué ya que el coste-beneficio les sale rentable, anteponiendo y a veces hasta imponiendo su proyecto profesional al familiar (4 y 5):

(4) "No consigo compaginar la vida personal con la... O sea, esto es mi vida... Te lo he... [RISAS] Te he dicho antes `esta es mi vida`; esta es mi vida. Y eso a largo tiempo te debilita porque, , trabajo y ahora me voy a mi casa y sigo trabajando con el VPN. Y... ya mi hija tiene 18 años(...)Yo empecé aquí... me parece a mí que todavía no había hecho la Primera Comunión. Y... es complicado. Es complicado eso, eh". Cayetano

(4) "Hombre claro, costes ha tenido, ¿no? Yo siempre he tenido bastantes problemas con... con mi mujer a raíz de mi dedicación a esto, ¿no? Y ella siempre quiere... siempre quiere pues... absorberme más, ¿no? Ella quiere otro ritmo de vida que el que tengo, pero me gusta lo que hago y me siento cómodo así". Julio

(5)"Entonces... bueno pues sí creo que ha entendido el sitio donde me encuentro, el cargo que tengo... Y creo que también ha entendido que realmente me gusta la gestión y que aunque quiera... es que no me lo... no me lo va a quitar". Rogelio

Así dentro de la familia que crean, el papel de las parejas es fundamental como elemento facilitador, pues cuando las mujeres se sienten respaldadas y reconocidas en el ámbito doméstico, se lanzan más, puesto que se traduce en apoyo y esto ocurre más a menudo dentro de una relación de igualdad. Aunque encuentro connotaciones de que necesitan su aprobación para sentirse tranquilas en esta dedicación, es muy sutil, pero sigue estando en el subconsciente la dedicación a la familia, hasta en las más decididas

"Mi pareja y mi familia me han apoyado y les parecía bien, además mi pareja sabe que esto no es eterno, a mí siempre me ha parecido que esto es un período y que se iba a acabar muy pronto, entonces era meter mucha presión para hacer muchas cosas porque sabía que se iba a acabar pronto," Rita

Aunque pueda presentarse también con ambivalencia, así Loreto refiere apoyos y colaboración de su marido para a continuación reconocer que no la anima a continuar en el cargo, ni a ascender, sino a volver a ser enfermera de base para no instalarse en un cargo, consejo que desconocemos si él sigue. Pero la manera en que lo expresa, es como si hablara su marido, no sabemos qué piensa por ella misma, ya que da muchas justificaciones, parece que necesita convencerse. La mayoría de los hombres entienden y ejercen las trayectorias directivas de largo recorrido con la anuencia de sus esposas (2), sin embargo a muchas de ellas sus maridos las presionan para que las abandonen (3):

(1) "Buen, como yo siempre he respetado a nivel laboral a mi pareja, ¿no?, pues él lo mismo. Es decir, que él me ha respetado muchísimo en... en todo... en los horarios... lo que ha tenido que colaborar, pues... Vamos, me ha apoyado". Loreto

"Mi pareja siempre me dice eso -lo que te decía antes- 'los cargos no deben ser para siempre; no debe verse como algo que eso es tuyo o es', ¿no? (...)¿no? Sino que es algo puntual y ponerte siempre una fecha de... de fin. Porque al final, (...) las situaciones, eh... al final se desvirtúa un poco... [RISAS] Entonces pienso que hay que volver[RISAS]". Loreto

(2)"Cuando tu pareja pues te ve queee... te encuentras cómodo, que te gusta y que te encuentras feliz pues... evidentemente esto es un... una relación de "yo doy y tu das, yo cedo y tu cedes". Y mi pareja sí ha cedido mucho; sí ha cedido mucho! para que esto más o menos funcione. (...) Ha cedido; ha cedido un montón. Si no cede un montón... es imposible". Anselmo

(3)" Esa fue una de las cosas que me costó mí matrimonio ...,porque mi marido no lo entendía". Malena

Un importante factor coercitivo lo constituye el hecho de que la unificación familiar normalmente es asumida por ellas y, aunque sean líderes contundentes, es a su costa, ellas van al remolque del marido. Por tanto, cuando los roles emergen se doblegan a ellos, y aparece el sesgo de pareja, con prejuicio hacia las mujeres y favorecedor para los hombres (1). Así lo expone esta participante confesando que su marido al revés no lo hubiera hecho (2) y desde luego no es nada habitual que la mujer fuerce el traslado familiar (3), cuestión muy limitadora para que las mujeres accedan a los puestos de más nivel.

(1)"... Me casé con un médico- entonces.....y ya ahí yo he ido remolque de él (...).la unificación familiar siempre soy yo la que va detrás, hablando de roles femeninos y masculinos". Amparo

(2)... yo no sé si él hubiera hecho lo mismo, por ejemplo. Yo eso siempre lo he pensado: yo no creo que mi marido [RISAS] hubiera hecho lo que yo hice" Amparo

(3) "Que solo conozco a una -habrá más- pero sólo conozco a una mujer que se haya trasladado y que haya trasladado marido, hijos y todo en repetidas veces. Es decir, `directora de un hospital de no sé qué'; bueno, pues para allá. Eh... `ahora directora del área del distrito de no sé cuánto'; para acá. Sólo... sólo conozco una. Eso ha frenado bastante el... el desarrollo de muchas mujeres como cargos ... en Andalucía". Merche

En definitiva, los discursos traducen que las mujeres se autolimitan para poder conciliar la vida laboral y su responsabilidad familiar. Los hombres tienen naturalizado y es socialmente aceptado, que primen su faceta productiva antes que la familiar que cubren las mujeres mientras ellos prosperan.

6.3. Trabas Socio-Políticas: Condiciones y Políticas de Igualdad en la Empresa Sanitaria Pública

Los resultados obtenidos en el eje de género nos sitúan en unas condiciones de inequidad social, por tanto, la primera medida de igualdad social sería que los hombres compartieran su corresponsabilidad, para que ellas pudieran encontrar un espacio y hasta un permiso para promocionarse. Y esto tiene que ser un compromiso global, un gran pacto social, no sólo de las mujeres

"...la mujer lo tiene muy difícil, incluso teniendo orientación, para compatibilizar! el tema familiar! con la gestión." (.....) Es muy! difícil compatibilizar eso. Y eso es muy difícil de cambiar... hasta que el hombre no se integre más en lo doméstico. Eso no pasa por leyes ni normativas porque en tu casa... a ver qué ley aplicas tú [RISAS] al que tienes al lado" Amparo

Otro de los focos a intervenir en relación a la igualdad de oportunidades, para que las mujeres ocupen puestos directivos y que tiene que ver con la normativa y con su puesta en escena -lo más intangible que conlleva- , está en los procesos de selección, ya que su arbitrariedad puede estar perpetuando elementos de segregación que se aplican de forma ordinaria a las mujeres.

*"Además, a la hora de seleccionar unnn directivo o un alto directivo, en mi caso, ya te digo; me preguntaron si tenía cargas familiares. [SILENCIO]"
S= ¿Tú crees que esa pregunta se la hacen a los hombres?
"No. Porque las cargas familiares son de las mujeres" .África*

Y en la organización sanitaria, al igual que ocurre en el mundo empresarial cuanto más subamos en la escala directiva, más se acusa esta segregación y el mecanismo inconsciente que utiliza. Si en el sistema al final todo es político, prevalece en sus modos de relación y de gerencia el alineamiento con las directrices de la organización y la relación personal que al emerger con fuerza pueden constituir una circunstancia que, desde lo social y normativo, esté favoreciendo la masculinización del contexto y, como consecuencia, acaba patrocinando a los directivos varones.

"Vuelve a pasar lo que pasa también en otros ámbitos de la vida, pero yo creo que aquí con menos participación del sistema: Según vas subiendo para arriba, los directores son hombres, [RISAS] los gerentes son hombres y los directores de Enfermería son hombres". Eva

"Yo he escuchado decir: `para este cargo mejor un hombre porque esto necesita muchas horas y un hombre sería mejor". Malena

Incluso en esa red de relaciones, puede prevalecer la identificación del candidato con el sistema y/o el alineamiento al partido político gobernante, como sutilmente sugiere este directivo:

"Y creo que no se ha dado ese paso, porque al final para gestionar a niveles del SAS y tal, al final es todo un tema político, tampoco nos vamos a engañar, o, por lo menos, de alineamiento y conocimiento de personas, y al final tú para estar en ese tipo de sitios tienes que ser conocido, tienes que ser aceptado y tienes que estar alineado, entonces bueno pues depende de los momentos y de las circunstancias, tenemos compañeros nuestros que son gerentes de distritos, gerentes de áreas... poquitos, pero algunos tenemos". Julio

Incluso, en un momento dado, esta cuestión trasciende el sexo:

"...O de mucha confianza si es enfermera y entonces es allegado al partido, ¿no?". Amparo

"Entonces claro... Yo eso sí... Quizás no tanto por ser mujer y ser enfermera, sino porque, bueno, se buscan perfiles más... afines a la ideología, ¿no?". Amparo

Y a esto contribuye que la legislación vigente no sea muy favorecedora para las mujeres ni facilite el compatibilizar el trabajo y el cuidado de los hijos, dificultando aún más su paso a la alta dirección, como relata esta otra interviniente, en relación a la duración y características de los permisos por maternidad y lactancia en este país:

"Yo creo que cualquier trabajo para una madre... dejar a su hija con cuatro meses... Eso es otra, que aquí las bajas maternas eso de los tres meses y medio manda muchas narices. Y encima ten más hijos que ¡¿cómo te vas a meter en el mundo laboral con eso?¡". África

A pesar de todo ello, aunque existan desigualdades y sesgos importantes que hay que corregir, el SSPA, el SAS como empresa pública es una organización más igualitaria que la empresa privada, tanto en los sistemas de acceso como en los sueldos, y eso hay que ponerlo en valor, aunque aún queda mucho camino por andar, como iremos documentando en este apartado:

"Vamos a ver, los sistemas sanitarios públicos, ¿vale?; los públicos, son los más igualitarios.(...) hoy los sistemas sanitarios están llenos de mujeres; en la mayoría de los servicios son fundamentalmente mujeres". Eva

Un indicador de ello es que en otros procesos establece un sistema de acceso por mérito objetivo, como es la prueba de evaluación para la formación de especialista residente en medicina o enfermería, dado que la participación de las mujeres se fomenta cuando el sexo es sólo una característica (1) y los profesionales, a igual puesto y categoría, reciben de la empresa el mismo salario (2), por lo que la participación de las mujeres aumenta cuando el criterio que prevalece es el mérito contrastado.

(1)"Es decir, cuando tú ... ingresas en un hospital... El MIR de los médicos, (...) o los EIR -de las enfermeras- independientemente de su sexo, independientemente de ... tú entras por tu nota, entras por tus méritos, eliges hospital por tus méritos y eliges hospital por tu nota, independientemente de que seas hombre o mujer, ¿vale?".Eva

(2)" Y luego tiene otro elemento muy importante -no nos olvidemos- que es la igualdad de salario (...). Y yo creo que eso! es una parte importante de la no! discriminación". Eva

Aunque esto sea innegable y haya más facilidades en el sector público que en el sector privado: "Otra cosa es que sí creo que hay un.. un compromiso que yo lo veo mayor que en otras esferas de la sociedad, ¿no? Yo creo que en la empresa pública -frente a la empresa privada- es más fácil que este tipo de ideas se planteen" apostilla Mariano. El sistema es complicado para las mujeres, las cuales siguen teniendo muchas dificultades, y el hecho de aplicar la legislación no asegura que la desigualdad se resuelva:

"Pues... el sistema es... eh... lo mismo que te he dicho antes para la enfermera general; para las mujeres es un sistema... correoso. Es decir, eh... las políticas las asume, pero es que las políticas no dejan de ser de ser un intento de dibujar algo que se pretende que seajj pero eh... no garantizan per se que las cosas sean así; hay muchas dificultades para que lo sean, ¿no?". Mariano

Quizás, incluso esas dificultades para las mujeres se hayan incrementado con la obligatoriedad de la normativa y el sistema gerencial implantado, que en palabras de esta participante trasciende el sexo, y propicia los líderes laissez-faire (dejar hacer) para mantenerse en los cargos, a los que como hemos comentado, son más proclives los hombres.

"La empresa sanitaria ya tenía un número de mujeres muy importante. [SILENCIO] O sea, mmm... la paridad por ejemplo sería absurdo en empresas donde la mayoría son mujeres. ¿Qué es lo que pasa? Que... dependiendo... dependiendo de quién selecciona los cargos, hay más tendencia a escoger hombres que mujeres. [SILENCIO] En algunos hay más tendencia a escoger tontos que listos. [RISAS]".Merche

Como empresa pública el SAS -y lo tomo como medida protectora de derechos- está obligada a poner en práctica todo lo legislado en materia de igualdad. Pero en este sentido hay controversias en las percepciones por parte de las personas participantes. Así, en los discursos aparecen manifestaciones que ponen en tela de juicio tanto la intencionalidad como las medidas adoptadas y la intensidad o el empeño de la organización. Se vierten opiniones en la línea de que no se están implementando iniciativas, que éstas se reducen al tema de las cuotas, o que se podía hacer más. Y en este sentido, por lo que conocemos y extraigo de las entrevistas, las cuotas son paritarias. Si el porcentaje de feminización está en torno al 80%, sería más equitativa la discriminación positiva para las mujeres. Iniciativas como ésta se echan en falta, a juzgar por la verbalización de estos/as directivos/as.

"La administración lo que hace son las cuotas porque políticamente están pillados". Rita

"Yo creo que la organización hace poco por la igualdad... o... espérate, lo voy a cambiar: podría hacer másjjj. Vamos a dejarlo así que es más... es menos... es más correcto" (...) *"Mmm... Eh... Respeta, mantiene cumple con lo... pero no promueve... no promueve iniciativas nuevas, no". Cayetano*

"No, no hay iniciativa. No hayyy... no. No hay una discriminación positiva en ese sentido, no. [SILENCIO]" (... ..) yo tampoco entiendo que a la hora de seleccionar, se selecciona por el... por el género, ¿no? Se selecciona más bien por la capacidad. O quiero! enten... o quiero! pensar así, vamos". Coral

Pero no todas lo perciben. Algunas participantes, cuando han tenido una experiencia directiva, en equipos muy masculinizados o en altos niveles de gestión y aunque la medida concreta no sea la ideal, reivindican la manera de favorecer el paso de la mujer.

"Ahora, tal y como lo veo desde aquí, entiendo que si no se les da una oportunidad va a ser muy complicado llegar. Y que tiene que haber como una discriminación para que las mujeres empecemos a ver que eso es un camino; y que se puede". Nerea

"... pienso que hay que hacer estrategias de discriminación positiva cuando se quiere poner en valor! determinadas acciones....." .Malena

Como no podía ser de otra manera, la empresa sanitaria insta a sus directivos y directivas para que implementen las iniciativas aunque, según los relatos, éstas consisten en aplicar la normativa o recomendaciones, no tanto en otras medidas más de promoción y reparación de sesgos

"Aquí se promueve mucho que haya paridad en todo, ¿no? (...)Y así nos lo exigen correos... varios, desde centrales. En servicios centrales lo exigen mucho, muchísimo". Camila

"Desde lo que es la organización o la empresa en sí, eh... sí están por el tema de...de la igualdad. De hecho ahora nos... nos tienen puesto como objetivo que tenemos que tener unas comisiones de...de igualdad en... al menos en los distritos, ¿no?" Marisol

Según menciona algún representante de distrito, están explicitadas las actuaciones y recomendaciones que incluso llegan a plasmarse en los acuerdos de gestión, al menos en este ámbito:

"Y... bueno eso es algo impuesto por la organización y hay que revisar la documentación que damos a los usuarios, a los profesionales, lo que tenemos colgado en páginas web, hay que tener revisado el lenguaje, notas de prensa que hacemos tienen que estar revisados todo eso... Entonces yo creo que bueno... en ese sentido si están por la labor del tema de la igualdad" MariSol

Como comentaba al principio, las percepciones sobre la iniciativa de la empresa no son tan halagüeñas en todos los casos. Al recaer la responsabilidad de su aplicación en las direcciones, algún participante opina que no hay una respuesta unánime ni adecuada y la hace extensiva a su contexto:

"Es que yo creo que... que el tema este de igualdad de oportunidades, yo creo que los... los que estamos a pie de... en este caso yo estoy en dirección, pero a pie de... de gestión -por decirlo de alguna manera-, yo creo que nadie nos planteamos eso". Mario

Quizás se trate de una percepción desde la mirada y condiciones de hombre, ya que la necesidad de implementarlas, además de mediar leyes de por medio, es bien objetiva y los datos están disponibles en la Dirección General de Profesionales. Son las mujeres las que masivamente solicitan los permisos o exenciones laborales para el cuidado de hijos y mayores, reduciendo su salario al disminuir su jornada laboral. Según relatan, los hombres normalmente no lo solicitan, por lo que es fácil deducir que no están asumiendo esas responsabilidades, o al menos no lo hacen en la misma medida:

"De venir a la dirección general profesionales y que digan: "número de licencias por el cuidado de familiares, o por el cuidado de hijos, -porque por el embarazo eso es lógico; son mujeres. Pero por el cuidado de hijos o de los familiares, que podían hacerlo tanto hombres como mujeres- y género" .. y el 90% son de mujeres, no de hombres". Mariano

Y parece que, a pesar de las normalizaciones, es determinante la sensibilidad o el convencimiento de los gestores para poner en marcha el mecanismo: Comisión de Igualdad, diagnóstico de igualdad, como establece este directivo varón, encontrando evidencias claras de desigualdad que desde su posición directiva piensa intervenir:

"Yo estoy en la comisión de igualdad del Distrito. En el distrito hay una comisión de igualdad donde analizan pues... desde las contrataciones, la selección de mandos intermedios, eh... el lenguaje corporativo... eh... Y cuando analizamos esa... esa situación y se hace el diagnóstico de igualdad, pues constatamos que hay esferas donde hay diferencias eh... de género importantes. Claro, claro, claro que sí". Mariano

Por lo que llevamos analizado las condiciones de vida familiar, por tanto laborales, no son igualitarias para ambos sexos y reflejan la desigualdad social imperante, entre otros, en el sector laboral. Por lo que algo de razón contendrá la afirmación de esta participante, que expresa que a pesar de tener las herramientas bien no lo estamos haciendo:

" Que, bueno, que tenemos las herramientas pero que no las ponemos en marcha... o no las estamos poniendo... no las estamos haciendo... Bien no lo estamos haciendo, vamos" Sabrina.

Por tanto, en el SAS y en la sociedad hay que hacer un esfuerzo de introspección, de asimilación para transformar en necesidad sentida para hombres y mujeres la igualdad de oportunidades y que se traduzca en expectativas reales a su favor, aunque sea complicado:

" Uff...Es muy complicado porque fijate, así como normativa... en la normativa parece que todo, ¿no?, es... igualdad de oportunidades... En la vida no; en la realidad. No creo que sea tanto la empresa como la sociedad en sí misma. Quiero decir, la empresa...". Nerea

Para realmente posibilitar que las mujeres accedan a condiciones de vida y laborales idénticas a la de los hombres, donde hay que incidir, según esta participante, no es sólo en la participación del sistema, sino en las propias mujeres y la función preponderante que sigue cubriendo en las familias, pues le resta oportunidades para ascender en la escala directiva:

"Y ahí tiene que ver muchas veces también! el... el... la posición de las mujeres... en algunos aspectos: la necesidad de conciliar, el peso todavía que significa la vida familiar en las mujeres...". Eva

Para lograr este compromiso social, un sistema público, que se jacta de propiciar condiciones igualitarias, no debería tener entre sus directivos a gente

que culpabiliza a las propias mujeres de que no prosperen en la organización. Además de tremendamente injusto hacia ellas, de alguna manera se puede pensar que trasladarán este sesgo a la gestión que realicen en su área de influencia. En este sentido, quedarse en agilizar los permisos solicitados por las mujeres por el cuidado familiar o culparlas de que son ellas las que no dan el paso, -como manifiesta uno de ellos en otro momento de la entrevista-, no es la mejor manera, sobre todo siendo directivo de un colectivo fuertemente feminizado. Pongo el énfasis, otra vez, en el prejuicio de los hombres sobre las mujeres, tomando como personal lo que es estructural y social:

*"Yo, igualdad de oportunidades, en mi centro creo que sí... creo que existe!. Otra cosa es que las mujeres o las profesionales las... utilicen, ¿no?, o se presenten".
Pepe*

*"Es decir, lo que sí hay por parte de la empresa es un tema de conciliación familiar que intentamos llevar a cabo incluso más allá de lo que dice la... la norma, ¿no? Que normalmente se aplica la mayoría de las veces -en un 95%- al género femenino, que es la que te demanda ese tipo de cosas, ¿no? Entonces nosotros somos bastante receptivos en ese aspecto".
Julio*

Lo mismo que siendo mujer y directiva se desconozca o no parezca interesada en lo que se mueve en este tema en el distrito que dirige.

*"Sí, ahora están haciendo un proyecto de igualdad pero no te puedo decir, porque no estoy muy metida y no sé realmente en qué consiste".
Bárbara*

Por tanto, queda mucho por hacer para lograr la igualdad de género, desde lo educacional, desde los cimientos, las identidades y desde la empresa, porque son los hombres y mujeres de la sociedad y el colectivo los que perpetúan la inequidad. En este sentido, tampoco parece que las organizaciones paralelas con capacidad de influir, como los sindicatos, estén muy avezados en esta imperante cuestión de la igualdad de oportunidades:

*"... lo que sí hemos decidido es hacer un plan de igualdad porque, evidentemente, tenemos que tomar esas... ese tema no lo podemos seguir dejando aparcado ahí. [RÍE]"
Pedro*

Y aunque están empezando a moverse para las acciones a emprender, es peligroso pensar que igualdad es solo paridad:

"El tema de género en nuestra organización... en cargos directivos pero gestión esto ya es como imbuido, ¿no? Instintivamente, si tú vas a crear una comisión, instintivamente yo ya miro! que haya paridad! relativa entre hombres y mujeres"
Pedro

"Y además debe ser... equitativo e igualitario, ayer precisamente se constituyó la comisión en el distrito. Somos tres mujeres y tres... tres hombres y luego pasará al comité, con los sindicatos también que tendrá que ser también de esa manera. Y de hecho yo ejerzo de presidenta de la comisión y la secretaria lo va... lo va a llevar un hombre, ¿no?" Lola

La opción de las cuotas de paridad como medida para favorecer la igualdad entre hombres y mujeres es un tema controvertido en la sociedad en general y en nuestros/as entrevistados/as en particular. Es obvio que en un sector laboral feminizado el aplicar la paridad beneficia a los hombres, por lo que era de esperar que las mujeres directivas se hubieran pronunciado mayoritariamente en defensa de la discriminación positiva, que asegura una representación equitativa, aunque no es lo que traducen los discursos:

"...yo diría hay que buscar mujeres y para encontrar mujeres hay que buscarlas, no coger a esta misma que pasaba por aquí; yo pondría una cuota del 80-20, se conforman con las primeras que pasan por rellenar la cuota". Rita

Y encontramos casos donde no se tiene tan claro lo que implica la proporcionalidad: *"Yo creo que están bien. [SILENCIO] Igualdad en todo, ¿no? [RISAS] Igualdad en todo. Pero igualdad jij, no 60-40... sino un 50-50, ¿no? Lo que vaya por encima de 50 te lo ganas tú".* Camila

Paralelamente, emergen de forma contundente liderazgos de compromiso franco con las mujeres, con la organización, defendiendo los cupos en este momento como medida neutralizadora de la desigualdad (1). Entendiendo que es la única manera de cortar la hegemonía de los hombres - tanto médicos como enfermeros- en la representación directiva del colectivo (2), y abogando por copar los puestos en todos los ámbitos relacionados con las

enfermeras, no solo la organización sanitaria, los colegios profesionales, los sindicatos (3):

(1) "Es decir, hoy por hoy, todavía... eh... yo soy una defensora de los cupos".
Eva

"Que si existe cremallera, hombre y mujer, hombre y mujer, hombre y mujer... pues sí, yo estoy de acuerdo. Ahora, ¿actualmente? Estoy de acuerdo. ¿Dentro 20 o 25 años? Pues te diría, eso, que ya estamos un poquito... que ha pasado [GOLPES EN LA MESA] Pero yo creo que no". Sabrina

(2) "...vamos, hay que.. hay que... favorecer! el que las mujeres asciendan. Y en nuestra profesión, que somos todas mujeres, no tiene ningún sentido que sigamos dejándoles! a los hombres que nos dirijan, pero muchos años nos han dirigido los médicos y ahora nos dirigen nuestros colegas masculinos. [RÍE]". Eva

"Pero es que, ahora mismo, nos hace falta esa ayuda, porque es que si no, no estaríamos. Y no significa que es que... , bueno, que sean las mejores mujeres, pero es que tampoco son los mejores hombres. Entonces, ¿de qué estáis hablando?". Sabrina

(3) "¿Te has dado cuenta que somos la mayoría mujeres, que somos la mayoría enfermeras y que tenemos de presidente a un médico y hombre? ... ¿En qué estamos pensando?' Bueno, y llevábamos años así; (...)Y entonces hicimos un asalto al... al... al poder, claro. Porque no tenía sentido... que siendo la mayoría mujeres y enfermeras, tuviéramos un médico y hombre director. Y... y eso te costaba!". Eva

En esta acción estratégica esta participante relata las dificultades con sus colegas mujeres, ya que no fue una visión compartida por todas y un sector importante defendía el liderazgo del hombre(4).

(4) "Y encima no lo ve... había hasta algunas que no lo veían bien: "si lo está haciendo muy bien". Digo 'Si yo no digo que lo haga mal o bien, pero nosotras lo podemos hacer igual' De alguna manera... Pero... pero... la paridad, la igualdad de derechos..., los mismos sueldos... eso no... todavía no está... mmm...". Eva

De hecho, hay más hombres que mujeres que abogan por una mayor representatividad femenina. Primero porque son hombres que ya tienen esa sensibilidad hacia la equidad (1), entendiendo claramente que es una medida para neutralizar la infrarrepresentación femenina, incluso trascendiendo el tema cuotas, porque siempre es bueno mezclar, ampliar las miradas (2)

(1)"Yo soy de los que opina que son positivas(...) durante 30 años hay que estar haciendo cuotas, luego ya... supongo que ya estará tan instaurado que no hará falta hacer cuotas". Manuel

(2) "Yo creo que son necesarias y son buenas, ¿no? No sólo; no sólo! eeen género". Mariano

(2)"...todas las especificidades de los seres humanos suponen oportunidades e inconvenientes. Si tuviéramos aquí... muchos profesionales inmigrantes! sudamericanos, seguro que el hecho de ser inmigrante te aporta algo... eh... que no tenemos los autóctonos, ¿no?". Mariano

Este grupo de directivos, que así se manifiestan, reconocen que el rol profesional de predominio cuidador está sobre todo en las enfermeras y por eso quieren a mujeres en sus equipos, les gusta trabajar con ellas, reconocen su liderazgo diferencial y lo que aportan al paciente y a la organización. Por tanto, la paridad obligada perjudica su visión y proyecto directivo y cuando pueden no la emplean, favoreciendo la presencia de mujeres en sus dispositivos. Así, este participante manifiesta que las cuotas lo limitan y aplica la norma en la constitución de comisiones, pero sin embargo conforma un equipo solo de mujeres:

"Yo no estoy a favor de las cuotas. Porque... mmm... las cuotas te limitan". Cayetano

"Es más, fíjate tú: la cuota que tengo yo de participación en mi equipo es todo mujeres. Y además a mí me dicen ellas -se meten conmigo- y me dicen `sí tú estás demasiado cómodo con nosotras´. Porque cada vez que metes a alguien metes a una mujer. Nunca metes un hombre. [RISAS]". Cayetano

Otro aspecto que emerge en la aplicación de la paridad es que las cuotas para los cargos directivos perjudican a las mujeres y por ende a la organización, al considerarlas mejores gestoras (1). Esta habilidad la adquieren gracias al ejercicio profesional cuidador y al papel que ejercen en las familias, concibiéndolas como líderes transformacionales para la organización (2).

(1)"Hombre, las mujeres gestionan muchas cosas mejor que los hombres. No sé si es porque todavía el modelo familiar que está gestionado por mujeres... Las mujeres yo creo que son mejores gestoras que los hombres. Sonnn... más ordenadas. Los hombres no sé... funcionamos más por otra forma de pensar y no...no es igual que las mujeres. No sé. ..".Raúl

(2)"A nivel organizativo, de gestionar, yo creo que ellas le ponen uuun... una a intensidad que no... que no se la ponemos los hombres. Que es distinto a la hora de provocar cambios, ¿no? Son más... como más viscerales, las mujeres.". Raúl

El resto de participantes, que salvo excepciones están en contra de las cuotas, presentan matices diferentes en función del género. En el discurso de las mujeres hay un sector que se mueve aún en la ambivalencia. A aplicarlas para que lleguen, pero que lleguen las válidas:

"Pienso que en ocasiones... dan oportunidad para entrar a gente que no es válida, por cumplir la cuota... y quedándose gente fuera válida". Malena

"Yo opino que si no hubiese cuotas las mujeres no llegarían pero también por el hecho de rellenar las cuotas hay gente ahí que no merece la pena, entonces es la pescadilla que se muerde la cola. Creo que es algo que tendríamos que revisar, yo no haría cuotas de 50-50,".

"Creo que es un error el que tú quites oportunidades a alguien por razón de su género, sea masculino [GOLPES EN LA MESA] o sea femenino. Creo que hay que ir a buscar las mejores". Rosalía

Y otras que claramente se manifiestan en contra, prevaleciendo la idea inocente de que prosperas si vales y que, por tanto, hay que demostrar la competencia y que deben estar los más capacitados, independientemente del sexo, y en algunas hasta de la profesión de origen.

"Yo en eso discrepo, no tenemos por qué ser 50%-50% pienso que deberían ocupar esos puestos los que estén mejor formados, yo creo que la igualdad empieza cuando nosotros mismos no vemos esas desigualdades". Bárbara

"Yooo no veo tan!... tan imperante el que tenga que ser una mujer el que ocupe un puesto, ¿no? Puede ser un hombre y no pasa nada... Si es la persona adecuada". Concha

"La persona más capacitada en gestión no nec... no necesita ser mujer o un hombre, y no necesita ser una categoría profesional determinada". Coral

Digo inocente porque pueda parecer inmadura la creencia, como lo expresa esta directiva: *"Antes yo nunca estaba de acuerdo con las cuotas, ¿sabes? Porque esto que cuando eres más joven dices `no, porque la mujer se lo tiene que ganar. No puede ser que pongan a una mujer porque tenga que haber cinco y cinco, sino que se lo gane´ [RUIDO DE GOLPE EN LA MESA] Pero ahora no lo sé...j" Nerea*

Es como si no hubieran caído en la cuenta que los hombres no llegan por su mérito o, al menos, no en todos los casos, sino por el simple hecho de serlos. Así tan claramente se manifiesta ésta mujer `crecida y empoderada´, en relación a esa corriente de opinión:

".....a mí me pone muy de los nervios... cuando dicen: `es que hay que ser, tienes que valer"; una mierda "tienes que valer". Yo quiero ser ministro siendo tan gilipollas como muchos de los ministros que tenemos. Es decir, ¿por qué una mujer tiene que demostrar que vale y un hombre no tiene que demostrar que vale?". Eva

Y algunas lo incorporan con el tiempo, sobre todo después de una experiencia directiva en equipos muy masculinizados o en altos niveles de gestión, y aunque la medida concreta no sea la ideal, reivindican la manera de favorecer el paso de la mujer. Y siempre con la cautela, con la prudencia:

"Ahora, tal y como lo veo desde aquí, entiendo que si no se les da una oportunidad va a ser muy complicado llegar. Y que tiene que haber como una discriminación para que las mujeres empecemos a ver que eso es un camino; y que se puede". Nerea

"Igual hay que poner una cuota, ¿no?, y decir `pues se reparte y esto lo va a hacer una mujer´ [RUIDO DE GOLPE EN LA MESA] Darle una oportunidad. No sé. Ahora sí, en este momento". [RISAS]". Nerea

"... pienso que hay que hacer estrategias de discriminación positiva cuando se quiere poner en valor! determinadas acciones. Pero, a veces, esas acciones se nos vuelvn en contra. Y para eso las mujeres somos lindas y únicas". Malena

Independientemente del sexo, hay quién utiliza la ambivalencia a conveniencia y encontramos un discurso masculino en principio a favor de la igualdad y que reconoce el peso histórico de la mujer. Sin embargo, hace prevalecer la competencia para el liderazgo pensando en consolidar el suyo

propio; ya que si la paridad fuera proporcional, quizás no sería director de Enfermería en un hospital de primer nivel, donde la mayoría de profesionales son mujeres:

"...mientras no haya una conciencia social! (...) sí creo que es necesario que existan. Porqueee... hay ciertas áreas que necesitan que... la aportación de la mujer, la visión de la mujer que... pues... que esté presente, ¿no? (...) Debe de ir vinculado al liderazgo personal y profesional sea hombre y mujer". Jerónimo

O dependiendo del tipo de organización y los niveles de ésta, una mujer no lo tenga tan fácil y como quiere estar, no quiere ni pensar en cuotas, solo que corrijan la desproporción que la ayudaría a ella en una organización de hombres:

"Yo lo que sí sancionaría a organismos públicos y privados que desde luego no tuvieran presencia las mujeres como... como deben. Yo eso sí lo haría. Y eso se puede hacer normativamente. Primero el SAS! Mi empresa que la quiero mucho, pero que ahí se equivoca jj. [SILENCIO]".Lola

Para ocupar puestos directivos de más responsabilidad, donde escasean los profesionales de enfermería, hay que estar en contra de las cuotas aunque sean las de profesión, como manera de consolidar el liderazgo enfermero en otros niveles de decisión, donde los profesionales de enfermería no solemos estar.

"No creo tampoco mucho en el tema de las cuotas, ni que tenga que haber x" ni `y', sino que a mí lo que me gustaría es que la variable `profesión de origen' estuviese fuera de los criterios de selección de los puestos directivos. Seguro que eso por sí solo aumentaría el número de enfermeras que acceden, sin necesidad de establecer un número clausus, de algún modo".Julián

Y encuentro cierta coincidencia al señalar que no le gusta que se las impongan, lo viven mal

"Yo creo que no debería estar estipulado o impuesto. Debería ser algo, algo... mmm... algo natural o algo normal en la rutina diaria, ¿no?". Marisol

Y el resto de los hombres entrevistados se manifiestan en contra de las cuotas de forma contundente. Observar que lo hacen desde su posición

privilegiada y desde la mirada masculina que no ha sufrido discriminación, sino todo lo contrario. La mayoría llevan una larga carrera de directivos en un colectivo feminizado, donde obviamente el sexo no ha sido un impedimento para estar. Abanderan otros méritos para estar, la competencia, el talento, que se adjudican por tanto. Y una vez más el destacar, 'para estar ahí', tal y cómo ha emergido en los resultados que describen como han accedido al cargo:

"¿Las cuotas? Pues sinceramente me parecen ridículas. Yo considero que la persona más apta! es la que tiene que tener el cargo" De verdad es que yo no lo he vivido nunca como una competencia el género. [SILENCIO]". Anselmo

"No, no estoy a favor. Estoy a favor de... que los puestos los tienen que ocupar aquellas personas que tienen talento y que están preparadas para hacerlo". Álvaro

"Las cuotas; eso me parece un absurdo, ¿no?, absoluto. Porque... [SILENCIO] porque el hecho ya de insistir en eso, es como una especie de discriminación, [GOLPES EN LA MESA] en el sentido de que hasta la ley tiene que obligarte a hacerlo, porque no sale de uno mismo el... de forma razonable". Pablo

".....pero en una administración pública, la verdad es que no lo veo. Porque yo creo que el que quiere ser... hoy en día... el que quiera ser un cargo, no creo que nadie se le limite por el.. por el género. Se presenta o se posiciona, sea hombre o mujer; no lo creo que eso sea un impedimento". Mario

Y como no están de acuerdo no las utilizan, a pesar de estar normatizado:

"Yo es que eso no lo he tenido nunca en cuenta y ahora te tienes que poner a hacer un poco de .. de ingeniería diciendo 'Coño, pues si esta es mujer el otro tiene que ser hombre, porque tiene que ser la paridad". Qué tontería. Qué absurdo". Pablo

"Yo nunca he... nunca he seleccionado un responsable mío porque sea hombre o mujer". Álvaro

Por tanto, se puede entender que no todo el colectivo entrevistado concibe las cuotas como un mecanismo regulador de la estereotipia, ni como garante para que las mujeres estén más presentes en los puestos de poder, incluso no tienen la experiencia o la sensibilidad y, por tanto, no están a favor. Ni las mujeres de forma mayoritaria reivindican la discriminación positiva como

medida para la equidad en un sector profesional tan feminizado y con tan clara infrarrepresentación directiva femenina.

Como conclusión en este apartado, me quedo con el testimonio de Aurora, desde su experiencia reivindica la importancia de la formación en género, entendiendo que es la manera para favorecer la igualdad y eliminar los efectos de la estereotipia en el sistema sanitario y en la sociedad en general. Ella nos ilustra muy bien que, sin ese conocimiento y reflexión consciente, el asunto pueda parecer pueril, incluso jocoso como algún participante manifiesta. Defiende ese espacio diferencial para que las mujeres accedan y lo mejor, `lanza un aviso a navegantes': *"Hemos venido a quedarnos"*. Y esta afirmación desde el paradigma de la integración que ejerce no debe suponerles inquietud a los hombres, rasgo de un liderazgo diferencial femenino. Quizás sea verdad que la organización ganaría con más mujeres en los puestos donde se toman las decisiones importantes.

"Yooo... antes de hacer una formación muy específica centrada en la perspectiva de género, eh... pensaba que eso era una tontería; que ahí tenían que llegar las personas que pudieran y que... eso estaba abierto para todo el mundo y que quien no llegaba era porque no llegaba y ya está..."Aurora

"Me di cuenta de que eso era necesario; de que es necesario hacer un espacio diferencial y que las mujeres lo tengan que ocupar. Porque lo del techo de cristal... existe". Aurora

"Creo que es un apoyo necesario para que las mujeres lleguen. Y también para que los hombres vean que no... que no pasa nada; que estamos aquí y que hemos venido a quedarnos... que no pasa nada". Aurora

7. Los discursos de Género: De los "Hombres de Harrelson" SWAT a las "Mary Wollstonecraft"

En el análisis de discurso, revisando y contrastando los relatos, me asalta una idea que me parece una metáfora adecuada para definir los distintos perfiles que se van dibujando en este mosaico de profesionales y la argumentación que de ellos resurge. Así conviven 'Los Hombres de Harrelson' el grupo SWAT (Special Weapons and Tactics: armas y tácticas especiales)²⁵ que fue una de las series televisivas de más éxito en los 70 y, por otro lado, una de las mujeres de los inicios del feminismo a la que profeso especial admiración por su obra sobre la vindicación de los derechos de las mujeres, más si cabe por la época en la que vivió, Mary Wollstonecraft; de alguna manera y explicaré por qué más adelante, tiene cierto paralelismo con la disección practicada a los discursos en este trabajo.

Hasta ahora se han ido dando elementos en los resultados expuestos que van configurando lo que en éste traigo a reflexión. En primer lugar, hay entre los cargos directivos entrevistados dos ejes discursivos: Tecnológico-Gerencial versus Cuidador-Integrador. En segundo, parecen estar asociados a características de género. En este sentido, el primero se muestra con más frecuencia en los hombres entrevistados, aunque alguna de las mujeres del estudio comparta similitudes, también con matices diferentes. Y la mayoría de las mujeres, y es su característica más común, comparten, se sitúan y actúan desde la opción cuidadora-integradora, aunque no por ello algún hombre pueda incluirse aquí. Este factor además actúa como impulsor de un liderazgo diferencial, femenino y masculino, con una misión, visión y valores diferenciados,

²⁵ Conocida en España como Los hombres de Harrelson, en alusión al capitán del grupo, la serie narra las aventuras, quehaceres y misiones de un grupo de policías pertenecientes al cuerpo de los SWAT (Special Weapons and Tactics: armas y tácticas especiales) en la ciudad de Los Ángeles. La serie seguía los parámetros de otras series policíacas de la época, se plantea un problema o una situación de emergencia que sólo puede ser resuelta por Harrelson y sus hombres.

independientemente del sexo del directivo, aunque casi siempre coincide sexo-género-tipo de liderazgo. Y esto determina la participación y porcentaje de hombres que componen el *staff* directivo. Si la dirección enfermera trabaja desde lo Cuidador- Integrador aunque la ostente un hombre, la mayoría de su equipo está compuesto por mujeres, a las que se reconoce esa capacidad. Por otro lado, porque el perfil centrado en el cuidado actúa como revulsivo para los hombres:

"El posicionamiento enfermero en el hospital -el posicionamiento cuidador de los enfermeros en el hospital -quien lo entiende es la enfermera mujer; es asíj. Yo he tenido subdirectores hombres y se convertían en mini gestores de recursos... en gestores de recursos. Y convertían toda... de él para abajo toda la estructura en gestores de recursos. Y no se hacía ni en paralelo si quiera no sé... quién tenía colchón anti escaras y quién no tenía, ¿no? la infección nosocom.. Nada... nada... Todos éramos... Todos contábamos días y contábamos enfermeras, ¿no? Y la mujer compatibiliza bien ¿no? Compatibiliza bien ambas cosas. Y lo que no se le olvida nunca es que el enfermo tiene que estar bien cuidado, ¿eh? Eso no se le olvida nunca. Si sí, sí ..."Cayetano

"Y... como los que estamos gestionando ahora mismo los gestores de cuidados es ese tipo de Enfermería, incluso en los equipos de gestión están más apartados. Yo... Yo así lo veo, ¿no? Yo es que lo veo así porque... no sé, es... Ya te digo... Te lo he dicho antes al principio, ¿no?: son cosas que yo no he estudiado, ... pero ya hace tiempo lo veo observando... Ya hace tiempo que lo vengo observando incluso en mis equipos". Cayetano

Y para que este discurso prospere, tal y como afirma este directivo que enfoca su labor en ese sentido, el liderazgo clínico y el desarrollo disciplinar deben ser competencias fundamentales de las personas gestoras de la división de Enfermería. Esto unido a unas características personales que favorezcan la visibilidad y el empoderamiento del colectivo. En esta dirección, observo que de los discursos de las mujeres emerge el perfil de un determinado tipo de mujer, con características y tendencia hacia el liderazgo desde épocas muy tempranas (1). Y encauzan ese potencial con la intención de cambiar cosas, de mejorarlas. Desde su ejercicio directivo y en relación a la conformación de los equipos sanitarios, encontramos que son inclusivas (2), promoviendo una acción con unas profesionales de menor rango, las auxiliares de enfermería, que se aborda

como proyecto de gestión, así lo muestra esta participante (3). Esta acción sería impensable desde la iniciativa de un profesional médico hacía otro u otra de enfermería, ya que las enfermeras miran el confort de sus compañeras y de los usuarios y lo integran como objetivo de su práctica.

(1)"....porque también me ha gustado mucho el tema de liderazgo: era delegada de mi curso, era delegada de la escuela... en fin, que he tenido también muchas inquietudes en ese sentido, pues asumí la dirección -que en entonces era jefatura de Enfermería- en el hospital". Amparo²⁶

"...en el colegio siempre fui la delegada de mi clase. Yo, bueno, creo queeee... que siempre he tenido un papel... destacable o destacado...". Malena

"Y entonces mi madre siempre dice "tú es que siempre de chica, lo que eras... eras muy... lo que se te metía entre ceja y ceja, hasta que no lo conseguías no lo tenías... [RISAS]". Fátima

"Eh... pero siempre he tenido un rol donde he estado, sin ser la supervisora y sin ser nada, he participado en laaa... en intentar cambiar determinadas prácticas clínicas, ¿no?" Malena

(2)"Eh... a las ocho de la mañana yo me iba con las dos auxiliares que tenía a desayunar para contarles cosas, cómo se hacían las cosas, porque era la única manera; yo tenía que tener más manos y que supieran (...) Pero bueno, conseguí..." .Merche

(3)"Ahora por ejemplo tenemos el proyecto de... de que las auxiliares -las TCAE... las TCAE de enfermería, ¿no?- que están perennes en las consultas médicas pasando... haciendo las recetas y pasando, ¿no?, uno de los proyectos que tenemos (...) era el de sacar a la TCAE de las consultas y que hicieran nuevamente algo que... que les aporte y no estar ahí como meras pasantes del médico, ¿no?" Coral

Y encuentro en este sentido, a pesar de que la esencia de la profesión de enfermería es cuidadora, -desde la visión más holística de las personas-, que los hombres aun accediendo por motivos vocacionales, en sus inicios clínicos suelen

²⁶ Con anterioridad esta directiva manifestaba el papel de empoderamiento que en su socialización ha jugado el hecho de tener madre analfabeta que ha reivindicado la autonomía personal y económica para sus 2 hijas.

situarse en especialidades o servicios que les permitan, `ser hombres de Harrelson´, pues se requieren de competencias más técnicas y complejas en un entorno clínico elitista y especializado y cuyos resultados profesionales se perciban como heroicos. De esta manera, van situándose en cuanto pueden y relatan haber trabajado en servicios como urgencias, cuidados intensivos, atención pre-hospitalaria, quirófano, en definitiva contextos clínicos considerados especiales (1). De hecho, si alguno recae en servicios más feminizados como pediatría, no se quedan, como es el caso de Jerónimo, que lo confiesa abiertamente (2) y en cuanto pueden se reubican en los servicios comentados (3), las mujeres en general no lo viven igual (4):

(1) "Bueno, yo termino, me voy a trabajar a la UVI cuatro meses... a la UVI aquí -a la UVI de Linares-. Fue una buena experiencia..... -. Y termino, estuve un poco de tiempo paradillo -pero poco tiempo- y... eh... cogí un mes de trabajo también en Linares en el punto de urgencias, solamente haciendo urgencias". Manuel

"... Eso sí es visible, vamos. O sea, a poco que analices... a los profesionales... sí es cierto. Sí es cierto [SILENCIO] El hombre busca más -en esta profesión- busca más la cartera de servicios de especialización digamos más al micro, ¿no?: servicios de hemodinámica, de diálisis o cuidados intensivos... La mujer siempre busca más ámbitos... más vinculados -. la mujer se vincula más a cuidar que... Entonces... tiende más a la maternidad, a un... a una Pediatría y a la... y a la hospitalización... Pero por cuidar, por... por modelo". Jerónimo

"Mi trayectoria profesional pasa pooor... trabajar en el hospital y... aprendo a... me especializo en hemodiálisis, ahí permanezco casi cuatro años, ya luego me voy a primaria retorno otra vez al hospital y... y trabajo como supervisor de hemodiálisis, y ya luego como jefe de bloque y actualmente como director de Enfermería". Mario

(2) "Empecé en Pediatría y ... La Pediatría como que no estaba hecha para mí... (...) Siempre me ha gustado la especialización dentro de la... de la Enfermería" Jerónimo

(3) "Donde yo mejor me he sentido ha sido en Cuidados Intensivos -es lo que más me ha gustado siempre- y... y en la Nefrología, ¿no?". Jerónimo

(4) "Empecé en Urgencias y yo Urgencias me... no estaba... no tenía mucha experiencia en Urgencias. Empecé y me costó trabajo de entrada porque me vi

un poco obligada, digamos, a actuar desde el principio sin ningún... sin ninguna experiencia previa". Marina

Y en este devenir profesional masculino, `de tácticas especiales', hay un elemento más que se repite, que tiene repercusiones importantes en el reparto de papeles en lo público y en lo doméstico; ellos se pluriemplean y se sienten realizados profesionalmente, por adscribirse a servicios y funciones que les son estimulantes, mientras que ellas se ocupan de la logística familiar, el cuidado de sus hijos, o simplemente hacen su trabajo y están en la vida familiar. Los hombres se pluriemplean y alternan sector público y privado (1).

(1)"Me pluriempleé en el hospital de la Cruz Roja..... Allí aprendí muchísimo. Además estuve muy involucrado: estuve en Ciempozuelos, estuve de coordinador del centro". Cayetano

"Trabajaba en un turno rotatorio y a la vez compaginaba un contrato que me habían dado de cuatro meses de fijo de noche en la UCI del Duques del Infantado. Y a su vez... pues hacía traslados con ambulancias Tenorio en la UCI móvil". Julio

"Bueno pues empiezo a trabajar en tres sitios el primer mes. [RISAS]"Julio

"... he trabajado 20 años pluriempleado en Cuidados Intensivos y... mmm... en la ...privada.". Jerónimo

"Y a los seis meses de estar ahí en el psiquiátrico, estaba trabajando también a la vez en una residencia que hay más allá" .Manuel

"Estuve, como digo, en el IASAN desde el año 1989 hasta el año 1991, y al mismo tiempo en la residencia para personas mayores". Manuel

Ninguna mujer ha referido esta práctica, aunque sí que la han alternado con la formación para el desempeño, para alcanzar una cualificación que les permita desarrollar mejor su función cuidadora, pues vindican el derecho de los pacientes a recibir cuidados óptimos y abogan por ello (2). Y para las enfermeras esa posición y alineamiento con las necesidades de los pacientes es una posición privilegiada (3):

(2) *"Sobre todo la época de Infeccioso hice muchísima... como discente asistí a muchísima formación de.. de... comunicación, de capacidad de comunicación para poder... Porque la verdad es que sí eran... sí que vivía situaciones con los pacientes VIH eh... muy complicadas al principio de manejar para mí, ¿no?"*
Rosalía

"Si te implicas! en el trabajo de los pacientes tienes un feed-back muy inmediato; tienes un feed-back rápido de la familia, tienes un feed-back... Ellos, sin que tú se lo cuentes, saben que estás..... haciendo por ellos los que ellos harían pero que no pueden hacer(....)

"Eh... es decir, si tú das respuesta a eso, si tú haces de verdad lo que ellos harían... si tuvieran fuerza, conocimiento y voluntad; si tú haces de verdad eso, eh... el feed-back es inmediato...". Eva

(3)*"Yo creo que nosotros tenemos una posición muy privilegiada, en el sentido de que el paciente, aunque... aunque evidentemente él va a ver al médico como la persona sanadora, como la persona que es el que le va a decir lo que tiene y tal y cual, pero creo que nos ve a nosotros como... un acompañamiento a lo largo del proceso, ¿no?, y eso nos da una.. ventaja deee ser capaces de ver sus necesidades antes! que otros profesionales, de poder dar respuesta a esas necesidades, de contemplar... o el entorno del paciente, que muchas veces otros profesionales no lo contemplan o... no... no lo tienen en cuenta, ¿no? Creo que eso es una ventaja que tenemos, vamos... ¿no? Y conseguir que las enfermeras tengan esa visión".* Rosalía

Además de los testimonios expuestos en el apartado de las trayectorias directivas, la siguiente participante lo sentencia: el perfil biomédico, más técnico, es más característico de los hombres y el las mujeres más frecuentemente humanista, aunque pueda haber excepciones en los dos sentidos (1). Y de aquí derivan y conviven dos prácticas profesionales distintas, la más técnica, que como hemos indicado se relaciona con atención a pacientes complejos donde el soporte de cuidados es muy tecnológico y procedimental y donde se prima esta actuación, ya que el sistema y los objetivos para los resultados en salud pivotan sobre los aspectos más biomédicos. Y quedan relegados los aspectos más emocionales y "el deseo de cuidar" que aunque son fundamentales, pueden no ejercerse por los hombres y es más habitual en las mujeres. En estos servicios, como enfermera de UCI, puedo corroborarlo, los hombres generalmente se encuentran muy realizados en ese servicio y ejercen una práctica muy funcional,

por ejemplo no suelen incluir a la familia en su atención, aunque hay excepciones en ambos sentidos.

(1)"Pues, francamente, sí. El enfermero... el enfermero suele tener un perfil más técnico y más biomédico, y las enfermeras -que también las hay con un perfil técnico y biomédico- pero yo me he encontrado más! eh... un perfil humanista en las enfermeras que en los enfermeros". Fátima

Y las mujeres que trabajan en esos mismos servicios tecnificados a los que también son atraídas por 'salvar la vida' de pacientes en situación crítica es el sumum de lo vocacional, ejercen la clínica de manera impecable, pero con una riqueza en el trato personal, en los aspectos más emocionales, son sensibles a las necesidades de la persona y de la familia de manera diferente, utilizando la relación empática como competencia profesional. Por tanto, la mayoría de las enfermeras se colocan en unidades donde el trato con los pacientes y la interacción con la familia sea el eje de su actuación. Así, las unidades de hospitalización de niños y adultos y la atención primaria son los lugares prioritarios para las mujeres (1). En definitiva, los cuidados no es más que la función de la Enfermería (2), que ejercen hombres y mujeres, pero es una característica que en la práctica y en los relatos se asocia más a las mujeres y donde el componente vocacional y el compromiso con la organización y los pacientes marcan la diferencia (3) a favor de éstas:

(1) "Me dieron en Neonatos. Pues llegué a neonatos la verdad que muy contenta porque a mí me gustaban mucho los niños. Me gustaban más que los adultos porque había sido... había además... recién terminada, cuando tú llegas al Infantil de La Paz con aquellos niños de Oncología que francamente fue una cercanía con los niños y el hablar con ellos mucho y el estar con ellos, pues la verdad que me encantaba". Juana

(2)"Yo veo que las enfermeras tenemos una responsabilidad con nuestros pacientes que es...es distinta a la que tienen otros colegas del equipo de salud, ¿no? Que es cooperativa con ellos pero que nosotros tenemos que atender ciertos tipos de necesidades que las personas tienen. Y sí las sabemos resolver o ayudarle a ellas a resolverles, su pronóstico mejora mucho...". Mariano

(3)"Yo es que esto me lo creo, estoy firmemente convencida en que... respeto absolutamente los valores de la organización, sobre todo... yo vivo! por! y para! el paciente". Paloma

Esta manera de estar situados en la profesión, marca la orientación de la carrera profesional y cualquier desempeño. Esto que afirmo se ratifica, de manera contundente, al describir las trayectorias profesionales; cuando la mayoría de ellos se orienta hacia la gestión o cómo y para qué han encauzado su formación. Pero también en el ejercicio de su labor gestora, como comenta este participante varón: por un lado su orientación hacia conseguir el puesto pero sin perfil cuidador (1) y, por otro lado, la manera de vivirlo, de relatar sus logros, como un auténtico miembro del equipo SWAT, aunque en este caso es un hombre con una visión más plural y disciplinar (2), o como la de Álvaro que relativiza los problemas porque prevalece la posición (3):

(1)"... me he encontrado con mucha frecuencia que la orientación de los hombres que despuntaban en la gestión y que querían eh...eh... tener puestos de responsabilidad, estaba más alejada del perfil de gestor de cuidados que yo creía que debería tener la persona en esa unidad -en ese equipo- que el que representaban muchas mujeres. Y por eso con mucha frecuencia he encontrado que son mejores gestores compañeras mujeres que hombres, ¿no?". Mariano

(2)"La adrenalina es cuando tú has conseguido implantar, pues... consultas de enfermería, cuando has conseguido implantar gestoras de casos, cuando has conseguido crear 3 proyectos financiados (FIS), cuando has conseguido que haya 3 enfermeras leyendo tesis... cuando... Cuanto tú vas haciendo cosas, ¿no? Y vas incorporando modelos de participación ciudadana, cuando vas haciendo... cuando avanzando en lo que puede ser la mejora organizativa de la asistencia, ¿no? En los últimos momentos poco avanzamos, ¿no?: con que no retroceda ya es suficiente, ¿no? Pero bueno..." Cayetano

(3)"Y bueno pues la experiencia en estos momentos es dura, porque todo es especialmente duro, pero es... muy reconfortante; muy bonita. Yo disfruto mucho de mi trabajo". Alvaro

Realmente los hombres Harrelson han encontrado la horma de su zapato en la gestión clínica que favorece a líderes tecnócratas y en las leyes de igualdad que benefician el ascenso de los hombres. Al ser puestos de libre designación, en

un contexto masculinizado y medicalizado, la apetencia de la mayoría de los hombres entrevistados por el puesto directivo podría suponer que por mantenerse en el cargo se adaptan e implementan las acciones marcadas por la organización, aunque vaya en contra o no beneficie al colectivo, como ha sido la medida de la no tasa de reposición de los puestos de enfermería y el enfoque más cuantitativo, impregnado por los incentivos, que consolida esa influencia. Incluso he observado en algunos casos, que los hombres se mueven en esto como en un 'club de hombres'. Si los directivos médicos son hombres, los hombres se alinean con los hombres, buscan alianzas sobre todo en hospitales donde impera el modelo más androcentrista (1). Ellos van con pies de plomo en las decisiones, porque pueden perjudicarles en la relación con los gerentes y la propia organización y socializan en este sentido a los que se inician (2):

(1)" Sí, yo creo que sí. Yo tenía... -tenía y tengo- un buen amigo que era subdirector de personal..., y ese hombre pues la verdad es que tenía mucha más trayectoria que yo en el tema.... yo qué sé, 20 años de subdirector. Y ... en fin, era... digamos mi tutor en este tema." Pablo

"Y a nivel nuestro, ya de directivo, pues yo creo que te buscan porque tienes antes un bagaje, un currículum y saben que te gusta lo de la gestión..." Raúl

" Yo ahora venía de tomar café... bueno de desayunar con el compañero, con XXX y con otros dos, ¿no? Y, sin embargo, luego a las 11 hay el desayuno oficial con el gerente, que vamos todos a tomar café". Raúl

(2)"... Las decisiones siempre traen consecuencias; no hay decisión que no traiga unas consecuencias. Yo les digo siempre cuando llegan mis responsables que tienen que tener mucho cuidado con las decisiones que toman porque aunque... aunque no les llegue el impacto en el momento, todo tiene un efecto mariposa; esa batida de alas de lo que estás haciendo ahora, seguro que en dos o tres años le va a llegar alguna repercusión, ¿no? Entonces decidir es equivocarse y decidir ees asumir luego responsabilidades. No, a mí no me gusta decidir". Álvaro

Por supuesto con una visión de sí mismos ideal y con mucha seguridad cuando se les plantea el cargo, con mucha seguridad y un alto autoconcepto:

"Yo como jefe... como líder... me veo bien, [RISAS] yo me veo bien" (...)Me encantaría seguir como estoy!". Rogelio

"Lo que sí es cierto es que llevo una trayectoria en el hospital de 8-9 años, que conocía perfectamente el hospital, se quería entrar en un proyecto de renovación -de cambios- por lo cual se quería cambiar la dirección de Enfermería que había por aquella época... Y luego mi visión estratégica de lo que debe ser el hospital y lo que es la visión de la gestión clínica pues coincidía bastante con el enfoque, tanto como con la del gerente como de la... de la dirección médica". Julián

Por tanto, los gerentes hombres son más proclives a los hombres, con los que se sientan cómodos y que acepten su visión, su planteamiento como si buscaran a su escudero (1). Los directivos de Enfermería, hombres o mujeres que puedan tener este perfil, suelen jugar su juego, se integran y acomodan en la pauta que se les marque (2):

(1)"...el espíritu de la Dirección de Enfermería... depende demasiado de los gerentes que se tengan; depende demasiado de los gerentes. No hay unos cánones previstos y... bueno pues... eh...". Cayetano

(2)"En el momento en que tienes un cargo -por mínimo que sea- dentro de esta organización, sabes que ese cargo en cualquier momento se puede perder. El problema es que si no tienes eso muy claro, es cuando empieza quizás el pasar fronteras, o a pasar límites... por mantenerte en el sitio. Y ahí empieza la problemática". Rogelio

(2)"Bueno... "Proyectos"... Yo los proyectos que hemos intentado y tal no nos han puesto ninguna pega, ¿no?... estoy en una época de la gestión en la que prima más el mantenimiento del día a día que los proyectos, ¿no?; me gustaría tener más proyectos de los que realmente tenemos, ¿no? Pero yo no he tenido grandes dificultades" .Julián

Y para los más jóvenes con un aire más cuidador pero con una decisión clara hacia el cargo, la experiencia se le vuelve `el portero de noche'²⁷, con sentimientos ambivalentes de admiración por lo que le aporta y de sorpresa por el mantenimiento de estas prácticas clasistas y segregacionistas (3):

(3)"He aprendido mucho... he aprendido mucho de la dirección médica y de la Gerencia; de cómo algunas veces yo he intentado actuar y me... y me han marcado pautas para... para... actuar de otra manera. Y sobre todo ver la

²⁷ En relación al título de la película dirigida por Liliana Cavani en 1974

organización desde arriba; ver cómo se mueven. La verdad es que te da una visión... interesante. Vamos a dejarlo ahí, interesante" [RISAS]. Mario

En general, con distintas estéticas ellos quieren estar ahí, están encantados de conocerse aunque sea ejerciendo un liderazgo para la comodidad de sus jefes. Y los hay que han invertido mucho de sí mismos, y aunque empiecen con una posición políticamente correcta declarando que se volverían a su puesto base sin problemas, aparecen enseguida otras intenciones y queda al descubierto su estrategia; cabe preguntarse si quería ser enfermero, parece que prefiere ser jefe y ha puesto todo su empeño por conseguirlo:

"Me dolería por... por dejar el sitio donde estoy y el modelo de gestión que yo quería imponer y no poder hacer algo que me gusta (...). Pero reconozco que me gustaría seguir en Gestión". Rogelio

"Son muchos cursos, muchos fines de semana de preparación(...) Entonces veo una tontería hacer todo eso para al final quedarte en una planta de trauma cambiando yesos". Rogelio

"Eh... la verdad es que esto [RISAS]... esto es como un 50%: hay algunas veces que digo yo "¿Qué hago aquí?" Y otras veces... Pero bueno, la verdad es que está bien. Me gusta ver la organización desde arriba". Mario

Por tanto, para muchos de los entrevistados que se emplean desde lo tecnológico- gerencial, que llegan a la profesión porque el coste-beneficio le sale rentable, al ser una carrera corta y con buena salida laboral, donde pueden desarrollar y situarse en servicios diana que les permite destacar y venderse, cultivar lo técnico, que se alinean con la organización para ayudarla a conseguir sus objetivos y se preparan para ello en exclusividad, que se adaptan a los objetivos cuantitativos y a sus gerentes para seguir en el puesto, teniendo más facilidades porque son directivos hombres en un mundo de direcciones masculinas copadas por hombres. No les tiembla el pulso en exigir a sus colegas de la base por encima de sus posibilidades y se acomodan en la gestión clínica ad hoc del SAS como a la horma de un zapato, pues comparten cosmovisión, aceptando 'que no es momento de proyectos' y actuando con precaución por el

efecto mariposa que tienen las decisiones. No consideran importantes las cuotas porque no se sienten excluidos:

“En la actualidad la toma de decisiones en el hospital está un poco menguada por los problemas económicos que estamos teniendo, porque la toma de decisiones está relacionada también con el presupuesto” . Julio

“Y el nivel de exigencia en cuanto a las cosas que le damos para que las cubran está rozando el límite ”. Anselmo

“Pero he tenido más fácil acceso a los directores de unidades de gestión clínica y jefes de servicios, por ser hombre que las mujeres. Porque son muy machistas! ... Eso lo he... Eso lo he percibido.(...). Pero yo percibo que ha sido más fácil... para mí que para una mujer. A pesar de que esto es una profesión de mujeres...” . Cayetano

“Yo suelo pedir a la organización explicaciones de por qué hace las cosas: `por qué quitamos esto y por qué ponemos lo otro, `` por qué quitamos esto y no lo otro´... Incluso doy mi opinión. Pero, ya te digo, llegado el momento siempre... siempre he acatado. Además si no, no... si no, no podría ser de otra forma. En el momento que no acate una estrategia pues... como yo digo: cojo la foto de mi hija y me voy. [RISAS]” . Cayetano

Por contra, para los y las que se colocan en el eje cuidador- integrador, una vez en el puesto de gestión, gestionar significa: identificar líneas estratégicas con propuestas asumibles y metas para tener más oportunidades y posibilidades de cambiar y mejorar las cosas, conseguir resultados y “satisfacción, saber tener en cuenta las necesidades de los pacientes y manejar(los) de manera rápida”. Diversificar y mejorar áreas, dando prioridad a los cuidados y trabajar en equipo haciendo posible una buena gestión clínica y haciendo que la gestión clínica no conviva con la verticalidad, ejerciendo siempre con un trato adecuado para los profesionales, trabajar con grupos de personas y saber gestionar(las) e ilusionarlos llegando a acuerdos:

“Hice un proyecto de gestión; marqué, bueno, pues las líneas estratégicas donde yo quería trabajar y... le pareció muy oportuno. Bueno, le hice dos propuestas. Él vio como más... eh... asumible o más realista en ese momento más una de ellas que la otra. El... Las líneas de trabajo eran las mismas, pero le planteaba dos formas de gestionarlo, ¿no?, organizando a los subdirectores de una forma u

otra. Y bueno pues llegamos a un acuerdo y después del verano me incorporé... a mitad de octubre". Patricia

"Gestionar es eh... conseguir resultados para... para los clientes; la satisfacción de los clientes y la satisfacción de quienes trabajan contigo. Eso no... no lo he podido olvidar nunca y siempre he pensado que el... el... tratar adecuadamente a los profesionales es una regla de oro; si no, no consigues nada". Merche

"Yo lo que quiero es que tú tengas experiencia en, yo qué sé: en trabajar con grupos de personas, en saber gestionar personas, en saber tener en cuenta las necesidades de los pacientes". Paloma

"Entonces creo que se me ha dado bien siempre tratar bien a la gente, el ilusionarlos, el ser capaz de ilusionarlos con... con metas. Y... y... [SILENCIO] Y creo que eso es lo que me ha permitido hacer cosas y esas cosas que he hecho". Merche

"Y, bueno, lo que después te pasa: empecé a ver en aquello unas tremendas posibilidades de cambiar y mejorar. Porque era un servicio -que antes había sido servicio-, después ya fuimos unidad de gestión. Se había constituido unidad de gestión en el año 2009 y yo entré en el año 2010 y... uf... vi muchísimas oportunidades de cambio, pero... absolutamente a mí me pareció aquello que era tercermundista sencillamente. Y era para crecerse porque era con 1001 posibilidad, analizando circuitos, analizando demandas, viendo por qué teníamos colas; se podía producir y podía... perfectamente diversificar y empezar a decir: podemos trabajar mejorando este área, este otro área... Y era un área muy relacionada al personal de enfermería que yo llevaba, pero también fundamentalmente dando respuestas a los ciudadanos y esa parte yo no me la quería perder por nada del mundo". Paloma

Capítulo V: DISCUSIÓN

Capítulo V: DISCUSIÓN

En este apartado, intentaré describir los fenómenos encontrados y relacionarlos con las teorías explicativas que lo apoyan o rebaten.

La menor presencia de mujeres en los cargos directivos de Enfermería, en relación al porcentaje de feminización de la profesión, confirma el planteamiento inicial de este trabajo. No es un fenómeno aislado, dado que la presencia mayoritaria de mujeres en las profesiones sanitarias es un fenómeno irreversible y está situado en España al mismo nivel que el de otros países europeos (Ortiz-Gómez, 2007). Según la Comisión Europea, la presencia de las mujeres en el personal sanitario ha sido históricamente significativa y, lejos de retroceder, va en aumento (Comisión de las Comunidades Europeas, 2008). En términos generales, representan en torno a tres cuartas partes del personal sanitario en los países de la UE. En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre colegiación en Enfermería, se cifra en un 84,3% la presencia femenina en 2015 (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2016).

Y aunque esta realidad en Enfermería siempre ha prevalecido, actualmente la tendencia feminizadora recae sobre las profesiones sanitarias en su totalidad, más destacable en el caso de las médicas, dado que hasta ahora ha sido una profesión, demográfica y simbólicamente hablando, masculinizada (Ortiz-Gómez, 2007). Será interesante ir comprobando los efectos que tiene sobre las relaciones interprofesionales, los sistemas y actividades sanitarias y la promoción y distinción de la mujer en ellas. Pero estas cuestiones no deberían enmascarar la discriminación de género que hasta hoy se da en el sistema sanitario y que, entre otros obstáculos, ha interrumpido el acceso de las mujeres a cargos de representación y gestión.

En Andalucía, la dinámica de la distribución por sexo entre el personal del SAS comparte las características del ámbito nacional. En 2016 el porcentaje de mujeres entre el personal diplomado en Enfermería (sin incluir a matronas) es del 73,3% del total de profesionales sanitarios y representa el 28% de los puestos básicos del SAS. Dado que la gestión de Enfermería en la institución incluye a matronas y auxiliares de enfermería, la representación se eleva hasta el 81% de mujeres (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017). Como se ha mostrado en los resultados, todo este volumen de profesionales están gestionados por 44 cargos directivos (27 M y 17 H), que son los puestos directivos estructurales que el SAS tiene habilitados para la sección de Enfermería en toda Andalucía (directivos/as de AGS, AP, AH, consejería y gerencias). Y no es exclusiva de esta comunidad. Los resultados de un estudio cuantitativo revelan una clara desigualdad en el acceso de las mujeres a cargos de gestión en los centros de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid (Orsi, Reoyo, Cano, Uguina, Seguido, 2010).

Tampoco el análisis de género del personal sanitario difiere de la situación que padece en su conjunto la Administración Pública del Estado (Carrancio, 2015). En este sentido, observamos cómo los mismos sistemas de salud reproducen o incluso refuerzan muchas de las desigualdades sociales a las que quieren hacer frente y de las que se quieren proteger (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017). Los resultados de este trabajo, en relación a la posición y representación de las enfermeras en un sistema público, lo refrenda. Ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) advertía que la escasa presencia de mujeres en los puestos directivos, puede tener consecuencias sobre el empleo femenino y sus condiciones de trabajo y el que sus necesidades específicas se tengan menos presentes en las políticas sanitarias (Comisión de las Comunidades Europeas, 2008).

Pero la escasez de mujeres en puestos de responsabilidad va más allá de los números, señalando la disyuntiva antagónica donde convive la hiperpresencia

de mujeres, -fundamentalmente en las bases-, con el protagonismo de los hombres, tanto médicos como enfermeros que copan los cargos directivos. De este modo, las dificultades y los significados que subyacen, el valor que les imprime a unos y otras, la repercusión en los dominios profesionales que ocupan y los efectos sobre el sistema de provisión de servicios están implícitos en las cifras (Vázquez, 2010, p. 194). Por eso es fundamental identificar la presencia de hombres y mujeres y los espacios que ocupan en las profesiones sanitarias, pues aún quedan muchos silencios en torno a las historias de las mujeres. Además de la inequidad que representa, en términos de eficiencia, el SAS no maximiza el talento de sus plantillas si no permite que ellas estén más representadas (Ortiz-Gómez, 2007; Pastor et al., 2012,p.207; Saletti,2013).

Pero esto que detallo no es una situación exclusiva del sistema sanitario, en el tejido empresarial las cifras cantan. Numerosos estudios desde ese ámbito lo corroboran. Las mujeres están sobrerrepresentadas en los niveles más bajos de la escala laboral y por tanto salarial (Vázquez, 2010, p. 55), a pesar de que están en más número y presentan mejores resultados académicos. Pero esta realidad, a día de hoy, no tiene correspondencia efectiva de representación en los cargos directivos, sobre todo en las altas esferas de dirección.

Aunque era de esperar que la aplicación de La Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de hombres y mujeres revirtiera esa situación, los objetivos hasta el momento no se han alcanzado y en los niveles de alta dirección, como en los consejos de administración o presidencias de empresas, las mujeres en 2014 no llegaban al 10%, cuando el objetivo era alcanzar un 40% en el 2015 (Price, 2014). Así lo denuncia la presidenta de la Federación Española de Mujeres Directivas (FEDEPE), quien cifra la representación en los consejos de dirección en un promedio de un 15,6 % en el último año, según datos de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV) (Fernández, 2016). Y algo más inquietante: esa presencia no es estable y retrocede significativamente con cualquier viento de crisis. Esto ocurre a pesar de que hay datos que revelan que las empresas con un

30% de mujeres directivas mejoran hasta en hasta seis puntos porcentuales su margen neto de beneficios, según el Instituto Peterson de Economía Internacional (Bergsten & de Bolle, 2017). Esta situación se repite en la Administración General del Estado, donde no se cumple con la cuota paritaria mínima del 40% que recoge la ley (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2016).

También destaca el hecho de que, aunque la brecha se va estrechando a lo largo de los años, a partir de 2012 se estanca (Carrancio, 2015). En este sentido, se habla de inmovilismo directivo, ya que hubo un avance notable entre 2004 y 2009, impulsado por la opción política gobernante y la legislación que propició al respecto, pero actualmente hay un estancamiento, según señala el informe *Women in Business 2016* de Grant Thornton. A pesar que en el año 2016 el porcentaje total ha mejorado, si no se dinamiza, se necesitarían 40 años para lograr la paridad en España dentro del ámbito directivo empresarial (Lagerberg, 2016).

Tampoco ayuda a revertir esta situación la infrarrepresentación de las mujeres en el ámbito sindical que, aunque es general, afecta a la negociación colectiva de sectores feminizados, como el sanitario que nos ocupa (Carrancio, 2015).

En definitiva, y tal como señala Torns (2007), se observa que los procesos de feminización no están influyendo en las trayectorias de las mujeres en relación al número que representan y su preparación académica (Pastor et al., 2012, p. 498). No sabemos qué efecto tendrán los nuevos Grados y Posgrados, ya que, salvo excepciones, no se están incorporado al mercado laboral andaluz.

En el caso del Sistema Andaluz de Salud, el acceso a la carrera gestora está marcado por normativa y por una declaración de intenciones recogida en el Plan de Directivos (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2004, p. 23). Sin embargo, los cargos entrevistados manifiestan acceder por la libre designación -y

en muchos casos con procedimientos dominados por la arbitrariedad-, donde el criterio que más prevalece es el de la confianza construida en base a una relación laboral y personal previa. Este sistema parece no estar favoreciendo a las enfermeras mujeres, dada la menor representatividad que tienen actualmente en los puestos directivos.

Esta circunstancia es usual y está muy descrita en el mundo empresarial, sobre todo en el privado. Así los estudios de Alicia Kaufmann, entre otras/os autores, analizan las dificultades de las mujeres para ascender en la escalera corporativa (Kaufmann & Cuesta, 2007; Grant, 2016). Uno de los factores que señalan es el factor relacional. Por consiguiente, tanto en los resultados como en determinados trabajos del ámbito empresarial, aparece como un elemento importante el “*mentoring*”, que en el caso de las mujeres tiene connotaciones que las perjudican y que favorece a los hombres. Para Kaufmann, los varones utilizan los espacios sociales donde crean relaciones y cierran tratos. Los “*old boys networks*” donde encuentran y tejen redes con sus mentores (Núñez-Cacho & Grande Torraleja, 2012). Así lo han descrito diversos participantes de nuestro estudio y ha sido un factor determinante para algunos que han alcanzado puestos no cubiertos con anterioridad por profesionales de Enfermería (las gerencias), donde ha primado la relación con los gerentes que los designan. Éstos a su vez, una vez designados, tiran de otros colegas. En cambio, las mujeres no tienen sitios análogos y se focalizan más en el desarrollo del trabajo clínico que en las relaciones personales en el ámbito profesional (Price, 2014, p. 30; Celma & Acuña, 2009). Quizás por eso también se muestran más realistas y críticas al valorar el procedimiento de acceso y el modelo de aspiraciones masculino.

Este aspecto aún trae rémoras de cómo ocupan el espacio público hombres y mujeres y es una dificultad que señalan con frecuencia los estudios sobre el *techo de cristal*, el componente y el ambiente masculinizado donde difícilmente encajan las mujeres, aunque algunas hayan aprendido incluso a jugar al golf (Charlo & Torrado, 2012; Diaz, 2010).

En este trabajo y en relación a la mentoría que ejercen los gerentes, existen peculiaridades. Las gerentas que designan hombres, los han apadrinado desde los inicios de sus carreras, le resultan resolutivos y les aportan competencias que quizás ellas valoren más o manejen menos (uso de tecnología, capacidad de operativizar). En cambio en las mujeres entrevistadas, cuando los gerentes son hombres, sienten una gran admiración y reconocimiento de lo que han aprendido de ellos, en una imagen idealizada, paternalista, que describe muy bien Juan A. Hernández en su informe sobre la profesión (Hernández, 2010, p. 7). Por el contrario, cuando han sido propuestas por gerentas, en la relación que ha surgido de lo profesional, emerge más fuerte el vínculo personal. No obstante, esta situación es menos usual en general, debido a que en las empresas los mentores de directivos y directivas son varones en un 90 por ciento de casos (Castaño et al., 2010). En otro orden de cosas, diversos estudios establecen que el *mentoring* funciona mejor cuando son del mismo sexo y hay un fuerte factor de identificación mentor-pupilo (Núñez-Cacho & Grande, 2012). Otra cuestión importante es la falta de referentes de liderazgo femenino, por lo que cuando se valoren sus rasgos, acrecentará la presencia de mujeres en el futuro (Cuadrado et al., 2004).

En relación a las competencias para el puesto, he encontrado una relación directa con la visión estereotipada del mundo que tienen hombres y mujeres y que está presente en toda la disertación. Así, los hombres del estudio enfocan su formación a lo directivo, como una estrategia consciente, aumentando la posibilidad de ser designados o reforzando su posición en el *staff* directivo si ya lo están. En cambio ellas tienden a capacitarse para el ejercicio de la función que realicen en cada etapa de su vida profesional –clínica y/o gestora-, todo el tiempo, al no sentirse preparadas. Un estudio similar, pero en el contexto universitario sobre los gestores académicos, describe un procedimiento para la elección de los rectores y rectoras y sus equipos marcado por las relaciones de confianza, donde la meritocracia del funcionariado público parece desaparecer o

relativizarse en esos niveles de responsabilidad. En este trabajo se concluye que hombres y mujeres comparten las mismas características en su gestión, y también las mismas necesidades formativas (Sánchez-Moreno et al., 2014). A diferencia de mi investigación, donde emergen equidistantes niveles de formación en la gestión entre los y las participantes. Los hombres se capacitan en gestión, casi en exclusividad, para colocarse en la línea de posibles designaciones y las mujeres casi todas la inician cuando llegan a los puestos de gestión, en su línea de capacitarse para la práctica que ejerzan en ese momento. Esta cuestión me resultó llamativa, dado que el modelo de gestión sanitaria actual se basa en un sistema de certificación de las competencias profesionales y es resaltable que la formación competencial para los puestos no se implemente, tal y como explicita el Plan de Directivos de la Consejería de Salud (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2006, pp. 59-60), ni esté siendo garante del proceso al no estar regulado en un baremo oficial. Más bien funciona a discreción de los gerentes que designan, aumentando la arbitrariedad en la selección de los cargos directivos, que es la única puerta que le queda a la desigualdad. Esto lo corrobora la variabilidad y calidad de perfiles formativos que presentan los participantes para el mismo nivel de cargo.

Y si hablamos de liderazgo enfermero, resulta curioso que sean algunas mujeres y un hombre las que mencionan la formación como elemento impulsor para el avance de la profesión, al mejorar los estándares de la práctica enfermera. Y ellas aluden a formación clínica y en metodología enfermera, no solo de gestión. Es muy sintomático que la mayoría de los hombres no acrediten formación en metodología enfermera, cuando el lenguaje estandarizado profesional, además de elemento disciplinar propio que aporta nuevo campo de investigación y práctica, bien podría usarse para consolidar el liderazgo, ayudando a visibilizar la aportación enfermera también en este campo de la gestión y administración de los servicios sanitarios (Campos-Palomo & Campos-Palomo, 2014).

A este respecto, sólo me queda señalar, que la institución sanitaria se decanta como entidad formadora por la Escuela Andaluza de Salud Pública casi con exclusividad, no fomentando la interacción con la universidad, reforzando la dicotomía clínica-académica. Y lo saben bien los hombres encuestados, que tienen una motivación clara hacia los puestos y así enfocan su currículum formativo. La EASP les facilita redes de contactos, de apoyo en su carrera y/o mentoría, que da la impresión de funcionar como otro lobby. Esta situación dista mucho de las recomendaciones que establece la Comisión sobre la Educación de los Profesionales en Salud para el siglo XXI, formada por 20 líderes profesionales y académicos de 20 países, en aras de fomentar la interacción universidad-sistema sanitario, a través un aprendizaje transformativo e interdependiente (Frenk et al., 2015).

Una vez vertebrada la presencia y el acceso a la carrera de gestión, donde han ido emergiendo las dificultades de las mujeres, nos posiciona de manera ventajosa para profundizar en el análisis de las barreras internas y externas que obstaculizan el acceso de las enfermeras a los puestos de alta responsabilidad en la organización sanitaria pública de Andalucía, objetivo principal de este trabajo. A pesar de que los resultados obtenidos no difieren de otros estudios sobre el *Techo de Cristal* en el tejido empresarial, creo, como otros autores y autoras que se necesita más información sobre el desarrollo de las carreras profesionales diferenciales de hombres y mujeres. Seguiré el análisis de Torns (2007), que señala un proceso de transformación donde las discriminaciones por razón de género tradicionalmente existentes (Maruani, Rogerat & Torns, 2000) van en disminución, mientras se consolidan las discriminaciones indirectas (Pastor et al., 2012, p. 498); (Torns & Recio, 2012). En esa línea, numerosos estudios concluyeron que el bajo porcentaje de mujeres en puestos directivos es la combinación de dos fuerzas, que podríamos denominar causas últimas de dicho fenómeno: la existencia de conductas discriminatorias de diverso tipo en el seno

de las organizaciones y la autolimitación profesional de muchas mujeres (Albert, 2008, p. 22).

En relación a las barreras internas, ese mismo estudio señala la segregación educacional como una de las causas explicativas de la baja representación de las mujeres en los puestos de responsabilidad en las organizaciones. La elección de estudios y/o carreras estereotipadas como masculinas o femeninas, determina la presencia y el devenir profesional de hombres y mujeres en la organización y ayuda a la perpetuación de los roles, por lo que los cargos directivos siguen entendiéndose como masculinos (Albert, 2008, p. 15). En esta línea, en mi trabajo se pone en evidencia la pervivencia de la gran carga estereotipada que aún mantiene el contexto sanitario andaluz.

En el primer lugar que observo los sesgos de esta marcada estereotipia es en la motivación hacia la profesión. Es un dato objetivo que, a pesar de que las mujeres se van incorporando a espacios laborales tradicionalmente masculinos, el proceso contrario no está teniendo el mismo refrendo. El peso de los roles, la opinión de las familias hacia la decisión y el menor reconocimiento social y económico al trabajo más feminizado explican esas dificultades, (Bernalte Martí, 2015) que siguen presentes, como se ha podido constatar en este trabajo. Observo mucha convicción para acceder a los estudios en las mujeres, y, sin embargo, la mayoría de los varones participantes comparten no tener una vocación clara hacia la profesión, que algunos estudios justifican por la apreciación estereotipada que perciben (Brown, 2009; Bernalte, 2015). En términos de género, esta marcada feminización puede explicarse en parte por el efecto llamada, de tal forma que las mujeres, muy preparadas y con todas las opciones a su alcance, se incorporaran a sectores donde otras mujeres ya están participando, como es el caso de las carreras sanitarias (Vázquez, 2010, p. 153). En relación al ejercicio de la Enfermería las mujeres han interiorizado que lo hacen mejor que los hombres y como trabajo femenino queda invisibilizado,

cuestión que a ellas no les ha importado, pero no son seductoras para los varones (Bernalte, 2015).

Pero incluso la imagen que perciben las familias hace cuestionar la decidida vocación de alguna participante, dado que muchas son buenas estudiantes y habrían podido acceder a otros estudios más prestigiados en el imaginario colectivo. Por lo que aún los discursos de género, tensionados por otros, siguen presentes en la imagen social de la profesión y se desliza en las prácticas y relaciones profesionales incluso, como más tarde comprobaremos, en las políticas sanitarias (Miró-Bonet, 2008).

En esta línea, otro discurso que acrecienta las barreras para las mujeres es el mito de la maternidad. Y eso que sigue tan presente debe forzosamente convivir con la incorporación y desarrollo de la faceta profesional de las mujeres en la actualidad, este mito de la maternidad está siendo un factor de segregación muy potente por la autolimitación que en ellas ejercen contra ellas mismas. En este sentido, Lorena Saletti rescata la importancia clave que tienen los conceptos de 'buen profesional' y 'buena madre' que defienden diversos autores y que está en el devenir directivo de las entrevistadas, más o menos explícito (Saletti-Cuesta et al., 2014). Así la idea de 'buen profesional' conlleva estándares de motivación, alta competitividad y ambición para alcanzar el éxito por mucha dedicación y duro trabajo, que se contraponen al de 'buena madre' desde donde la idealización de la maternidad ha construido como rasgo identitario a las mujeres y las obliga a cuidar y amar a su descendencia incondicionalmente. Los roles y mandatos de estos modelos son incompatibles y dan una gran ventaja a los hombres, también porque ellas se exigen más, siempre tienen que estar demostrando para ser reconocidas. Por eso ante la falta de requisitos para el acceso, son ellas las que proponen realizar un proyecto, aunque no se lo pidan. No se dan tregua, porque tienen dificultades en valorar su trabajo en términos materiales (Vázquez, 2010, p. 182; Kaufmann & Cuesta, 2007), por lo que su nivel de autoexigencia las lleva

al agotamiento. En este sentido, para Kaufmann (2007) la mujer más que el hombre participa en su propia devaluación (Kaufmann & Cuesta, 2007).

Las mujeres de nuestro estudio, como tantas otras, han ralentizado sus carreras hasta que los hijos fueran más mayores (“ahora ha sido mi momento”, confesaba una de ellas), les ha costado más tiempo llegar, han tenido que desarrollar un gestión vital paralela no exenta de complejidad y dificultades (“¡para alicatar cuartos de baño exclamaba otra!”), o bien han utilizado `la renuncia´ al puesto o a su propio deseo de desarrollo profesional. Y mientras lo han estado ejerciendo, además de la sobrecarga de trabajo para la mayoría, la culpa ha sido su compañera de viaje. En el caso de los hombres, aliviados de ese peso, construyen carreras más directas, lineales y planificadas, como muestran los entrevistados. Al no sentir esa carga negativa en la paternidad que ejercen, prácticamente todos reconocen que han volcado su corresponsabilidad en sus cónyuges, apareciendo la `discriminación intra-pareja´, donde ellos una vez más, se colocan en una posición ventajosa a pesar de poseer el mismo capital humano que sus parejas (Vázquez Vega, 2010, p. 24,249; Rivera, 2011).

Así lo confirma el estudio de directivos y directivas de las empresas madrileñas donde se afirma que estar emparejada y, sobre todo, tener hijos, es probablemente una de las mayores limitaciones que sufren las mujeres (y muy pocos hombres) en la consecución de un puesto directivo (Albert, 2008, p. 59). Basta recordar las cifras que daba algún directivo entrevistado sobre el sexo de los permisos y reducciones de jornada por maternidad y crianza.

En ésta relación estereotipos-trayectorias, donde estamos adentrados, vemos como los mandatos de género están muy presentes, y modulan no solo los itinerarios, también los estilos de liderazgo que ejercen. Así he encontrado en los hombres entrevistados que actúan más a menudo desde un papel instrumental orientado a metas. Han elegido los estudios de Enfermería por ser asequibles y tener buena salida laboral. Dentro de ella han buscado un nicho

diferencial y más compatible con su rol, como son servicios o trabajos más tecnificados. De manera precoz han enfocado su trayectoria a participar en la gestión, se aferran a ella y para ese fin se relacionan y se forman (Aranda, Castillo, & Montes, 2015).

En cambio, las mujeres en su 'rol comunal' (López-Zafra et al., 2009) socializadas para 'ser para otros' y responder a las expectativas de los otros y con un papel expresivo orientado a las relaciones interpersonales (Lupano, 2011, p. 113), enfatizan las actividades relacionadas con el cuidado y la atención a los demás (Eagly, Karau & Makhijani, 1995). Predominando estos aspectos, la mayoría de las mujeres del estudio se identifican con los valores más altruistas de la profesión, colocan al paciente en el centro de su ser y estar como profesionales, valoran su rol como profesionales del cuidado y se forman para mejorar su práctica. En relación a lo directivo, anteponen su dedicación a la familia, no desean los cargos y la mayoría no se muestran disponibles ni se consideraban preparadas cuando se lo proponen. Cuando lideran quieren transformar la realidad y no muestran inconveniente en dejar el cargo si la situación no las satisface o motiva o, directamente las frustra. Refieren tener más dificultades que sus colegas varones y sienten que tienen que demostrar más.

Estos comportamientos, que se generan y a la vez perpetúan la división patriarcal del trabajo, han sido estudiados y evidenciados ampliamente en la literatura científica. Así lo ponen de manifiesto Eagly y Karau (2002) en su *Teoría de la congruencia del rol*, donde las creencias elaboradas a partir de las diferenciación de roles se traduce en prescripciones sobre los comportamientos (López-Zafra et al., 2009). Esta teoría explicaría por qué las mujeres en general, y las de este estudio en particular, tienen dificultades para acceder a puestos de dirección. En este sentido los hombres tendrían ventaja al presentar menos incongruencia o conflicto en organizaciones más tradicionales, que suelen demandar estilos típicamente masculinos y dónde las cualidades del líder están asociadas a las masculinas más técnicas o instrumentales (Cuadrado et al., 2004;

García-Ael, Cuadrado & Molero, 2017). Se podría esperar que las mujeres encontraran adecuada la posición de liderazgo en el contexto sanitario, dado su fin social y su carácter público, y tener menos resistencias. Sin embargo, pasar a la esfera directiva les supone incongruencia, al no ser su objetivo y la sienten como una pérdida al alejarse de los pacientes (Aranda et al., 2015). En este sentido, también actúa el control que las propias mujeres ejercen para sus iguales, por eso alguna participante ha señalado la crítica que sufrió cuando expresó que tenía ambición.

Así los hombres obtienen ventaja y justifican su afinidad y apetencia hacia la gestión, ya que es congruente con su rol y acorde con sus creencias. Este estudio añade que no son tan mal evaluados ni obtienen tantas sanciones sociales, cuando dirigen del modo que estimen oportuno, como las que obtienen las mujeres, tal y como relataba África en su experiencia (García-Ael et al., 2017).

Y esta necesidad no sólo marca la inclinación de unos y otras hacia la carrera directiva, sino que, según constatan diversos estudios de Esther López-Zafra, determina que las mujeres generalmente muestren un nivel de aspiraciones profesionales más bajo que el de los hombres, sobre todo las que muestran menor dirección al logro y menos masculinidad (García Retamero & López Zafra, 2006; López-Zafra et al., 2009). Esto se adereza con las presiones sociales en torno a las expectativas que se depositan sobre ellas, donde el fomento de la pasividad y la dependencia que se genera en lo doméstico o familiar se reproduce en lo profesional, afectando su imagen social: mientras que las enfermeras son valoradas, no tanto la Enfermería (Guerrero-Núñez & Cid-Henríquez, 2015). Y en este sentido, en la experiencia de varias entrevistadas al ofrecer cargos intermedios a mujeres, obtienen una negativa en base a que consideran su trabajo como la aportación de un segundo sueldo a la casa, aunque sea el único o mayor que el de sus parejas (Haslam & Ryan, 2008). Esta realidad la utilizan los hombres, elaborando argumentos y culpando a las mujeres (y su número), como la causa del no avance de la profesión y su

marginalidad en el sistema sanitario. Se constata así como los estereotipos de género intervienen de manera sustancial en la emergencia de prejuicios, en tanto suponen creencias acerca de ambos géneros que provocan determinadas actitudes en los sujetos, en este caso de los entrevistados hacia las enfermeras mujeres (Lupano, 2011, p. 117; García-Ael et al., 2017).

Por los efectos que conlleva, en esta línea discursiva me parece interesante la aportación de Lunardi, Peter & Gastaldo desde el concepto de poder de las enfermeras, ya que sus acciones, o la falta de ellas, tienen consecuencias, no solo para ellas mismas, sino para las personas que cuidan (Lunardi et al, 2006). Así los resultados obtenidos en los trabajos de la doctora Aiken y colaboradores demuestran lo que las enfermeras consiguen con los pacientes, su eficacia y la eficiencia para el sistema cuando asumen su poder, que emana de su propia práctica consciente y competente (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus, 2013). En esta misma línea, un interesante estudio realizado por enfermeras australianas plantea como resistir al sesgo patriarcal sexista imperante en los entornos de la práctica clínica, utilizando el arraigo a los valores de Enfermería mediante el uso de estrategias de empoderamiento y autogestión en vez de la confrontación abierta con la clase médica y estableciendo las cuestiones que pedían a sus líderes en el ámbito profesional, negándose a ser *inculturadas* en la opresión, considerando su conocimiento como enfermeras y mujeres como válido y legítimo (Pannowitz, Glass, & Davis, 2009).

Centrándonos en los estilos de liderazgo utilizados, más que encasillarlos en uno u otro, siguiendo a Barberá, me interesa destacar la influencia del estereotipo en la manera de ejercer (Barberá, 2004). En la muestra entrevistada no siempre aparece dicotómica hombre-mujer, sino que lo relaciono más con el género y así determinadas gestoras tienen un talante más directivo y masculinizado y algún hombre muestra aspectos más emocionales y cuidadores. Esto confirmaría la teoría de la *(in) Congruencia del rol*, que determina cierta

dinámica de los estereotipos. Así hay alguna directiva que se identifica con características de género masculino, mientras que el caso contrario es más difícil de encontrar. Pero de los resultados se extrae que las mujeres participantes, precisamente por los rasgos estereotipados que comparten muestran un liderazgo más amable enfocado a la gestión del cuidado y las personas. Los hombres entrevistados lo perciben y lo destacan, emergiendo como un valor utilitarista (cuando seleccionan solo mujeres para formar sus equipos), pues lo consumen, más que lo recompensan o visibilizan. Quizás ese estilo que ejercen las mujeres las sitúe en desventaja respecto a los hombres y, por tanto, limite su acceso a la función directiva (Cuadrado, 2004), ya que en realidad esconde un rol de sumisión hacia el directivo varón. Son eficientes, se dejan la piel, le hacen el trabajo, pero no aspiran. Aunque la mayoría están de acuerdo entre sí y acorde con la bibliografía al respecto, definiendo el estilo masculino como más gerencial y técnico y el femenino más relacional y cuidador (Sánchez-Moreno et al., 2014) y con que las mujeres son más transformacionales, como demostró el metaanálisis de Alice Eagly y colaboradores. Al contrario que las mujeres, los hombres adoptan un tipo más de mando y control, de arriba a abajo (Eagly, Johannesen-Schmidt, & van Engen, 2003; Lopez-Zafra, Garcia-Retamero, Pilar & Martos, 2012). Por último, una cuestión importante que plantea la autora es que las mujeres adoptan comportamientos de líderes culturalmente más femeninos cuando su papel no está fuertemente dominado por los hombres, como no es el caso del sistema sanitario. Es por eso que algunas directivas entrevistadas adoptan ese estilo, aunque son más eficaces las que se sitúan en el término medio entre lo directivo y lo participativo. Las personas además reaccionan mejor cuando ellas se comportan con un estilo andrógino, más que cuando son muy femeninas o muy masculinas (Eagly, 2013).

Pero también el metanálisis de Eagly aporta razones para fomentar el liderazgo de las mujeres, sobre todo en momentos de crisis económica, ya que parece demostrada la creencia de que las mujeres son más éticas, al actuar

desde los valores de la benevolencia y el universalismo; lo que, en palabras de la autora, encajaría mejor en las agendas de algunos partidos políticos que otros (Eagly, 2013). En este sentido la metáfora del *acantilado de cristal* describe cómo las mujeres son más nominadas a posiciones de liderazgo que los hombres, cuando el desempeño de la compañía disminuye que cuando mejoraba (Haslam & Ryan, 2008).

Por otro lado, en relación a las barreras que impone la estructura, entiendo que esta segregación viene determinada por dos factores fundamentales, uno el sistema identitario de predominio-opresión -médico-enfermera- en la conformación de los estereotipos profesionales y el otro la hegemonía médica del sistema sanitario, que crea una cosmovisión andromédica que impregna y normatiza la organización y las relaciones de los profesionales, proyectando una realidad social disgregada y jerárquica.

En relación al primer factor, se produce un elemento de identificación muy potente que el sociólogo Juan A. Hernández desvela en su informe *‘Enfermería ante el espejo: Mitos y realidades’* (Hernández, 2010, p. 7) y que de manera sutil está presente en esta cuestión. Este autor argumenta como en la construcción de la Enfermería moderna, las enfermeras líderes entonces, en vez de huir del discurso secular dominante en los servicios sanitarios del rol femenino- familiar, lo abrazó y fue legitimado por el discurso social, feminista dominante como identitario y vertebrador de la profesión. Así, prevalecen elementos de identificación muy marcados que han venido perpetuando el estereotipo cultural machista hombre-marido-médico, mujer-esposa-enfermera dentro de la sanidad. Esta idealización está en el inconsciente colectivo de los profesionales, modulando las relaciones interprofesionales como a menudo surge en el estudio, pero también las intraprofesionales (Ostrowska, 2012), configurando lo que Barberá denomina *‘currículum oculto’*, que influye en el desarrollo de actitudes, motivaciones e intereses individuales que repercute en la representación social colectiva (Barberá et al., 2000). Así los estereotipos

afectan a los significados, normas y valores que se comparten en una organización y configuran la cultura empresarial. En nuestro caso, sin duda, la cultura corporativa andromédica es el factor más determinante de discriminación laboral estructural hacia la Enfermería. Ya que, como se ha obtenido en este trabajo y han puesto de manifiesto diversas especialistas (Nicolson, 1997; Torns, 1999; Maruani et al., 2000; Ely & Meyerson, 2000; Ely & Padavic, 2007), la segregación ocupacional vertical es el verdadero núcleo duro de las desigualdades de género (Pastor et al., 2012, p. 499). Esta segregación estructural sorprende más si cabe, dado el tinte político del Gobierno andaluz.

Y es una segregación globalizada (Shrestha, Bhandari, & Singh, 2010), en los países anglosajones se apunta a las jerarquías institucionales y profesionales como causa de las limitaciones de la Enfermería (Lunardi et al., 2006). Y así lo han señalado de forma unánime los y las directivos y es tan manifiesta y fuerte la segregación laboral que perciben por parte del colectivo médico que la de género pasa a un segundo plano. Esta actitud prejuiciosa se ve legitimada por la normativa política que, en su decreto de estructura, constriñe las posibilidades de las enfermeras a la alta dirección. Un elemento clave de empoderamiento de las enfermeras es el control sobre el contenido y el contexto de práctica y la intervención sobre su competencia en la organización (Manojlovich, 2007). Pero difícilmente podrán ejercerla con la medida que la Dirección-Gerencia del SAS acuñó, eliminando la Subdirección General de Estrategia de Cuidados de Andalucía, para reconvertirla en un Plan Integral en la Consejería de Salud, rebajando su autonomía y representatividad en el organigrama. Con esta medida presentan a la Enfermería pero sobre todo a las enfermeras, como 'discapacitadas' para ejercer el liderazgo en un contexto social y público importante, que el trabajo de López-Zafra y García-Retamero aborda desde el estigma social que este grupo profesional tiene en su contexto social, y por las inferencias enraizadas en el sistema cognitivo de las personas, que determinan la existencia de prejuicio y discriminación en los grupos de alto status que se

oponen a la igualdad (López-Zafra & García-Retamero, 2009; Pannowitz, Glass, & Davis, 2009). Holmes y Gastaldo (2002) las considera víctimas de las instituciones que ellas mismas han contribuido a construir, administrar y mantener, pasando desapercibidas, a pesar de ser el colectivo más numeroso de los sistemas de salud occidentales (Holmes & Gastaldo, 2002; Lunardi et al., 2006) y acumular gran parte de la información que se genera de los pacientes. No es de extrañar que la Enfermería permanezca impotente en relación con otras profesiones. Así (Torns, 2007) ya advertía que las nuevas desigualdades vienen caracterizadas por diversos factores, entre los que destacan una segregación tanto horizontal como vertical de la ocupación laboral femenina (Torns & Recio, 2012). Y el sistema actúa perpetuando el estatus bajo de la enfermera en relación a los médicos y otros proveedores de cuidados a través de la socialización que los estudiantes reciben en el medio asistencial, sobre todo en los hospitales, donde más marcada está esta cultura segregacionista (Lunardi, et al., 2006; Ball, 2014). Incluso el 'mal uso'²⁸ del lenguaje es un elemento sutil de subordinación e invisibilización, que está naturalizado. Esto requiere una revisión por parte de los y las líderes de Enfermería, pues a mi entender es un elemento de devaluación profesional. Y se trata de lo contrario, de reivindicar su 'poder experto' para influir en el contexto propiciando unas condiciones más igualitarias y respetuosas con las profesiones y los profesionales que la ejercen (Aiken, 2013; Pannowitz, Glass, & Davis, 2009).

Esta desigualdad que propicia la estructura sanitaria se ha visto acrecentada con la adopción del Modelo de Gestión Clínica y el desarrollo gerencial que ha conllevado su implantación en el SAS. Este enfoque directivo

²⁸ Porque el lenguaje importa, el término "enfermería" designa o bien a la profesión o bien a la disciplina académica. Cuando se refiere al profesional es incorrecto utilizarlo y en su lugar hay que nombrar "enfermera, enfermero", igual que no pronunciamos "Esto hable con medicina" cuando nos referimos a "hable usted con el médico". Sin embargo está normalizado "esto hable con enfermería" o "esto para enfermería" cuando la dirige al profesional de turno, incluso lo usan las propias enfermeras. Esta mala utilización de los términos ha estado patente en las entrevistas.

centrado en el logro y la fijación de objetivos como estrategias para mejorar los procesos en las organizaciones, resulta obsoleto. Para Ricardo Chiva (Chiva, 2017) establecer metas rígidas con objetivos muy marcados, que se someten a complejos procesos de `auditoría` fomenta la creencia de que la organización no confía en las personas. Además de acrecentar el gasto y la burocracia al crear una institución paralela, en nuestro caso la AGSA y en la universidad la ANECA, que verifique los procesos y acredite a los profesionales y los centros. Todo ello aderezado por el uso de estímulos externos en forma de incentivos, “la zanahoria” en palabras del investigador, que genera inflexibilidad e impide la autonomía. Numerosas investigaciones han probado que los incentivos individuales y de equipo no son recomendables, y pueden incluso terminar socavando la motivación intrínseca, -sobre todo en organizaciones con un claro fin social y no ligadas al ánimo de lucro como es el caso- tal y como plantea la tesis de Tirole y Bénabou (Bénabou & Tirole, 2003; Celhay et al., 2015) y se recoge en los resultados de este trabajo.

Pero en la realidad asistencial andaluza, la contención del gasto sanitario en estos años de crisis, ha hecho un buen ensamble con el modelo de gestión por competencias y su posterior desarrollo en UGC. Aunque pudiera parecer una medida de eficiencia, el que la obtención de los resultados marcados en el contrato-programa de los centros, y más específicamente en los acuerdos de gestión de las UGC, lleven aparejados altas retribuciones en incentivos económicos para los directivos/as, les añade una presión extra y, consciente o inconscientemente, puede ser un factor modulador de las decisiones que se tomen, que por este motivo pueden pervertirse. Ya lo auguraban distintos autores, pues este sistema de contratos que incorpora incentivos de alta potencia proviene de la empresa privada y, en la opinión de Tirole y Salas (Ventura, 1997), su implantación en los sistemas públicos plantea problemas, entre otros motivos por la multiplicidad de objetivos y las dificultades para su medición. En la atención sanitaria pública, además, aparecen como aspectos

negativos en la fijación de objetivos sujetos a incentivación, la dificultad de medir la salud, la formulación ambigua y/o contradictoria de éstos y la posibilidad de atender o primar determinadas actividades en detrimento de otras (Oteo, Repullo, & Urbanos, 2010), cayendo en el riesgo de primar medidas cuantitativas frente a otras más cualitativas relacionadas con la calidad asistencial, que empeoran si se dan asimetrías informativas, como ocurre en el caso que nos ocupa.

En relación a esto, ha desembocado en un recorte importante a la plantilla estructural de los profesionales de enfermería del SAS, disminuyendo sensiblemente sus efectivos en los servicios. Así en los criterios de reparto del gasto correspondiente al capítulo 1 (Gastos en retribuciones y Seguridad Social del personal), se ha primado conservar los efectivos de medicina, ya que su producto supone un coste-beneficio más tangible que el nuestro, como han señalado varios directivos/as entrevistados/as, produciendo un 'efecto locomotor' sobre actividades de un alto valor bruto añadido (Rodríguez, Muñoz, & Muñoz, 2009). Sin embargo, entre otros, los trabajos de la doctora Aiken o los de Wang y colaboradores muestran como la inversión en enfermeras le sale rentable a los sistemas sanitarios (Aiken et al., 2013; Wang et al., 2014).

Los efectos sobre una ya de por sí maltrecha plantilla, una de las peores de Europa, no se han hecho esperar. Según señala el Informe de necesidades de profesionales de cuidados 2010-2025 (Blanco, López & Jiménez, 2010) ya era difícil que Andalucía con la peor ratio (268,60 enfermeras/ 100.000 habitantes) llegara a la media nacional esperada (cifrada en 508 enfermeras/100.000 h.), ahora resulta utópica la posibilidad (Consejo General de Enfermería, 2014). Esta medida ha paralizado la tasa de reposición y por tanto, el relevo generacional. Así los nuevos grados están ejerciendo en el extranjero y el colectivo, además de envejecer, se reduce. También las posibilidades de empoderamiento de la profesión que tenemos depositados en los nuevos títulos.

Este efecto dominó está en la base de la desmotivación del colectivo y se describen en los resultados de este trabajo, pues ha repercutido en los niveles de calidad y eficiencia de los servicios sanitarios para atender la demanda de la población. Según los gestores/as, generando caos en su gestión por el clima laboral que propicia, un exceso de cargas de trabajo para las enfermeras por los recursos limitados, generando insatisfacción y propiciando el absentismo. En definitiva, confirmando la tesis de Tirole y Bénabou, que ya auspiciaban que en instituciones públicas no vinculadas al ánimo de lucro o al beneficio mercantil, el uso de incentivos económicos no siempre suma, ya que actúa socavando la motivación intrínseca en los profesionales (Bénabou & Tirole, 2003).

En relación a la capacidad que el sistema otorga a las enfermeras para percibirlos encuentro dos sesgos importantes. Primero, que los incentivos que se establecen son jerárquicos y cuantitativamente deficientes en relación al trabajo que ejercen; segundo, porque los resultados en salud tras intervenciones enfermeras son difíciles de demostrar, entre otras cosas porque el incentivo a la eficiencia está ligado a la reducción de los costes asociados a la actividad asistencial que conlleva el ingreso monetario (Ventura, 1997) y eso está regulado por los médicos. Por tanto, o están asociados a su cupo o bien no se han explicitado en el acuerdo. Así lo advierte este autor al señalar los problemas ocasionados por las actividades de influencia y la colusión entre supervisores y supervisados que favorece el sistema de incentivos de este modelo. Aunque también entre los médicos, en los congresos, en las redes, se alzan voces sobre la extravagancia de gobernar por objetivos (Miles & Mezzich, 2011).

En esta línea y en relación al liderazgo enfermero, aunque en principio la gestión de la UC pueda presentarse como integradora para los colectivos, en la práctica está muy mediatizada por el institucionalismo y la preponderancia andromédica. Así, la mayoría de directivos y directivas entrevistadas confiesan que han perdido poder y capacidad de influencia y, por otro lado, tenemos

menos posibilidades de subir en posiciones de liderazgo, ya que por esto mismo estamos en desventaja para optar, en igualdad de oportunidades, a las direcciones de UGC. A pesar de ello, hay aún dos efectos negativos específicos para las mujeres. El primero, que este modelo gerencial se adapta más al perfil de líder masculino, por lo que los hombres en Enfermería puedan, desde esta perspectiva, obtener ventaja sobre las mujeres para obtener los cargos o forzarlas a gestionar de manera más parecida a ellos. Y por otro, aunque aparentemente pueda parecer un logro, se da el fenómeno del *acantilado de cristal*, ya que cuando se oferta la opción a las enfermeras (mujeres) para dirigir UGC, según la manifestación de algunos intervinientes, son unidades que o por conflictivas o por poco rentables no son objetivo de los médicos y se parte de la creencia, como he comentado con anterioridad, de que las mujeres son particularmente apropiadas para las crisis (Haslam & Ryan, 2008).

Por último, abordamos las políticas de igualdad para analizar qué medidas a favor de neutralizar esta desigualdad manifiesta hacia la profesión y las mujeres, más allá de lo preceptivo que como institución pública, y con un fin social obligada por normativa, está implantando. Pero también como se implementa y permea en la institución y los sujetos que la componen.

En relación a la responsabilidad del colectivo, algunos entienden que implementar las medidas de la ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, consiste en aplicar cuotas de paridad en la constitución de comisiones, otros no lo contemplan e incluso tiene expresiones machistas y prejuiciosas, otros la utilizan en su favor. Pero lo más llamativo es que las mujeres no reivindicquen la discriminación positiva, ya que la paridad está beneficiando a los hombres y excluyendo a las mujeres, con la recomendación de que las comisiones y representaciones sean paritarias. En un colectivo donde más del 80% son mujeres, la medida resulta discriminatoria. Y aún algunas andan en la creencia que hay 'que ganarse el puesto', ya que no saben apreciar su contribución en términos materiales (Vázquez, 2010), donde subyace la inocente

idea de que el sistema y la sociedad nos da las mismas posibilidades a hombres y mujeres. Y es la sensibilidad hacia la inequidad lo que mueve a algún directivo o directiva a emprender otras acciones complementarias, haciendo diagnósticos e interviniendo según lo obtenido.

Lo segundo, una reflexión más que una discusión. Como institución de titularidad pública y bajo un gobierno socialista se debería actuar de garante de derechos, libertades y representatividad y no permitir la segregación vertical que soporta el colectivo enfermero, modificando la normativa de estructura y neutralizando la *andromedicalidad* imperante e impositiva. Y por otro, controlar la horizontal, articulando medidas correctoras del sesgo y propiciando un sistema de acceso por competencia contrastada y regulada, en igualdad de condiciones y de obligada aplicación en todos los procesos. Lo que se revela en esta tesis es que la organización sanitaria, como institución pública, está segregando a las mujeres doblemente, por el hecho de serlo, pero más por ser enfermeras, sufriendo una doble inequidad, que ni los avances académicos, disciplinares o profesionales de momento, han podido quebrar. Espero que este trabajo contribuya a ello.

Prospectiva

Las enfermeras necesitan resurgir, conectar con su esencia y estar alerta a las condiciones del mundo actual para procurarse esas competencias y poder así situarse en primera línea (por ejemplo las competencias digitales y tecnológicas). Para ello, propongo usar los valores de la Ética Feminista en la Enfermería (desarrollo y mantenimiento de relaciones, cuidados, justicia y liberación de la explotación u opresión).

Por razones de justicia social, en un mundo globalizado y que quiere distinguirse por ser la sociedad del conocimiento y los avances tecnológicos nos sitúan en niveles de desarrollo que superan todas las previsiones, la sociedad en general, pero la organización sanitaria en particular, tiene que coger las riendas de la inequidad y propiciar una reestructuración profunda a favor de controlar la clara estereotipia imperante, facilitando unas condiciones que acaben con tan flagrantes desigualdades. En este sentido pienso que se debe promover investigaciones similares y llevarlas a una mesa de diálogo abierto y respetuoso, donde estén presentes todos los sectores profesionales y su representación sindical para, desde la madurez y responsabilidad social, lograr un gran pacto a favor de la verdadera igualdad de oportunidades, desarrollo y crecimiento profesional de todos los sectores y personal en la organización. Paralelamente tendrá que diseñar acciones entre sus profesionales y estamentos para dar conocimiento y herramientas que lo posibiliten, igual que se ha hecho en el Grado de Enfermería de la Universidad de Sevilla al incorporar la asignatura de Género y Salud dentro del currículum académico. En este sentido, se impone una mayor coordinación SAS-Universidad y donde el departamento de Enfermería tiene mucho que aportar.

Por otro lado, es imprescindible incluir en nuestra asignatura, los efectos de la estereotipia en la organización y los profesionales, estando muy vigilantes de la socialización que los estudiantes reciben en el medio asistencial, sobre todo el hospitalario, pues es un mecanismo muy potente de replicación de roles y de

desigualdades. En este sentido, es urgente elaborar un perfil competencial para los profesionales que ejercen la tutoría clínica, un manual de buenas prácticas y un contrato colaborativo que incluya la observación de estos aspectos y el compromiso de ejercerlo.

Como complemento a esta investigación, una segunda fase en la que se combine metodología cuantitativa y cualitativa, dirigida a profundizar el efecto de los incentivos externos y jerarquizados y su influencia en las motivaciones de el colectivo profesional y la del género en las relaciones interprofesionales; ya que ambas son origen de inequidad y están repercutiendo en una descoordinación y provocando pérdidas para el sistema y sobre todo, para las personas que atienden. En este sentido, deberían propiciarse la formación conjunta de profesionales de medicina y enfermería, tal y como se realiza en otros países como Reino Unido. También analizar la posición y el sentir de los hombres de la profesión, ya que hay que facilitar que se incorporen para neutralizar el sesgo.

Y cabría indagar en otro aspecto fundamental, las competencias de liderazgo que los sistemas sanitarios, la profesión y el propio desarrollo disciplinar necesitan en de sus directivos actualmente, evaluando experiencias exitosas de liderazgo y preguntando a las bases y los mandos intermedios de Enfermería sobre las necesidades, capacidades y problemática a la que se enfrentan en la clínica y que los dirigentes enfermeros tienen que abanderar y resolver. Esto nos permitiría definir un perfil competencial contrastado que se pudiera incluir en los procedimientos de selección de los cargos en la organización sanitaria y rediseñar determinadas competencias de gestión y liderazgo en la revisión del título de Grado en Enfermería, tanto en las materias relacionadas como en el tutelaje clínico.

Capítulo VI: CONCLUSIONES

Capítulo VI: CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que nos ha llevado este trabajo de investigación son las siguientes:

1. Los profesionales de Enfermería, a pesar de ser el colectivo más numeroso del Sistema Andaluz de Salud y el más feminizado, está infrarrepresentado en los puestos directivos de la organización. Solamente tres personas en todos los cargos de gerencias asistenciales del Sistema Andaluz de Salud lo ocupan los profesionales de Enfermería. Los enfermeros y enfermeras sólo ocupan puestos directivos de su área de conocimiento.
2. El proceso de selección de un cargo directivo de Enfermería en la organización se rige por la normativa reguladora. Sin embargo, las personas entrevistadas consideran que ésta se utiliza a discreción prevaleciendo la confianza basada en una relación laboral y/o personal previa. Esto explicaría la variabilidad de perfiles formativos y grados competenciales que presentan las directivas y directivos entrevistados.
3. La formación en Gestión no es un requisito de acceso al puesto directivo. Observamos un proceso formativo distinto en las mujeres y los hombres entrevistados. Los hombres inician la formación al puesto de forma temprana y se centran en la formación en Gestión. Por el contrario, las mujeres inician la formación más tarde y desarrollan un perfil formativo donde alternan la formación en Gestión con la formación clínica. Resulta llamativo la diferencia que le otorgan las mujeres y los hombres directivos a la formación en metodología enfermera. La mayoría de ellos no la incorporan en su formación.
4. La motivación hacia la profesión es distinta para las mujeres y los hombres. Las mujeres manifiestan una decidida vocación hacia los

- estudios que se mantiene en el tiempo. Ellos acceden, mayoritariamente motivados por las perspectivas laborales.
5. Las trayectorias de los profesionales de Enfermería, en opinión de los cargos directivos entrevistados/as, siguen perfiles congruentes con las expectativas del rol. Los hombres desarrollan una trayectoria profesional centrada en servicios especiales y/o tecnificados y muestran, desde el inicio, interés en la gestión. Las mujeres enfocan el ejercicio profesional en la atención a pacientes y las familias y muestran menos interés por los cargos de gestión. En muchas ocasiones, ellas se sienten poco preparadas y anteponen el cuidado de la familia a la carrera directiva.
 6. El Modelo de Gestión Clínica potencia un clima laboral segregacionista que propicia la devaluación de las direcciones asistenciales de Enfermería y contribuye a la persistencia de desigualdades en la organización sanitaria. En la clínica genera conflicto y desmotivación de los enfermeros y enfermeras hacia la organización.
 - a. El modelo establece un sistema de gestión por objetivos e incentivos externos que se adapta mejor a un perfil profesional más tecnificado, disponible y dirigido al logro. Perfil más acorde con las preferencias y trayectorias observadas en los hombres directivos entrevistados.
 7. En los discursos de las personas entrevistadas se perciben limitaciones de género en las trayectorias directivas relacionadas con la cultura organizativa, la interacción entre profesionales del mismo colectivo y las generadas por el desempeño del rol femenino.
 - a. En la cultura organizativa se aprecia lo que denominamos *sesgo andromédico*. Mirada de la organización centrada en el interés profesional de la Medicina olvidándose de las tareas de cuidado. Este sesgo genera falta de reconocimiento hacia la profesión

- enfermera y hacia sus profesionales dificultando el acceso a puestos directivos en la organización sanitaria.
- b. La interacción con los varones dentro del propio colectivo y la generada en el desempeño del rol femenino ocasiona una triple segregación de las mujeres directivas enfermeras que actúan como barreras en la trayectoria directiva de las mujeres.
8. Observamos dos discursos de género relacionados con los perfiles profesionales directivos. Los discursos no son dicotómicos sino que representan un *continuum*. En un polo se sitúa un perfil tecnológico-gerencial más común en los hombres y en el otro polo se encuentra un perfil integrador-cuidador, más común en las mujeres.
- a. Perfil tecnológico mayoritariamente masculino: desarrollan una trayectoria directiva centrada en aspectos más técnicos, anteponen su carrera profesional, muestran interés en los objetivos de la organización y tienen disponibilidad para destacar colaborando con los directivos de las unidades. Se mueven con facilidad en los avances tecnológicos y más puramente gestores.
- b. Perfil cuidador – integrador, mayoritariamente de mujeres aunque también lo desarrollan algunos hombres. Comparten su interés por la atención centrada en las personas. Articulan su ejercicio directivo con la gestión del cuidado. Pero en este caso el discurso no es homogéneo sino que se abre a su vez en dos discursos distintos. Uno de ellos más interesado en favorecer y desarrollar el conocimiento y la práctica profesional enfermera, donde integran valores de respeto profesional; otros más anclados en la óptica de mantenimiento de roles establecidos que no cuestionan.
9. Las políticas de igualdad son conocidas para las personas entrevistadas pero no las consideran prioritarias en la gestión.

- a. La aplicación y nivel de desarrollo dependen de la voluntad de la persona, exceptuando las medidas de obligado cumplimiento como la composición paritaria de las comisiones. Medida que en su mayoría no aprecian, sólo resaltan las dificultades que les genera en la gestión cotidiana.
 - b. La mayoría de los cargos entrevistados considera que debe prosperar la persona de más valía. Las mujeres en su mayoría no detectan el perjuicio de las cuotas de paridad en sus niveles de representación y no reivindican la discriminación positiva.
10. La persistencia de desigualdades hacia el colectivo enfermero hace cuestionar la sensibilidad hacia la equidad de la institución. Consideramos que el *sesgo andromédico* actúa en contra de la eficiencia del sistema.

RESUMEN

RESUMEN

Introducción: Las enfermeras son mayoría y el colectivo profesional más numeroso de la empresa sanitaria pública andaluza, sin embargo están infrarrepresentadas. A pesar de las políticas de igualdad, su presencia es anecdótica en el organigrama directivo y en particular las mujeres están en minoría en los cargos de gestión enfermeros de la organización.

Entre los factores que inciden en esta realidad y son objeto de análisis en este trabajo, están el clima organizacional estereotipado organizado desde la hegemonía médica, el sistema gerencial acuñado basado en la gestión clínica ligada al uso de incentivos monetarios externos, la pervivencia de los roles sociales y profesionales estereotipados y su influencia en la conformación de las identidades, relaciones y trayectorias profesionales y personales.

Objetivos y Metodología: Los objetivos de esta tesis son determinar la presencia de los cargos directivos de Enfermería en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y analizar, desde una perspectiva feminista y a través de sus discursos, las barreras estructurales, sociales y personales que impiden al colectivo y a las mujeres dentro de él lograr una representación equitativa en la estructura directiva de la organización sanitaria. Asimismo, determinar, desde la percepción de los y las participantes, las iniciativas y/o programas auspiciados por la institución para neutralizar el sesgo y promocionar a las mujeres. Para ello he realizado un estudio cualitativo, mediante entrevistas en profundidad realizadas al 73,3% de los directivos/as de Enfermería del sistema sanitario público andaluz. Para el análisis de contenido de los discursos me he apoyado en el software Nudist Vivo versión 11 Plus. Éste se ha completado a un mayor nivel de profundidad mediante el análisis crítico del discurso.

Resultados: Tras este apartado se exponen desagregados por sexo, los resultados en relación a la presencia directiva enfermera en el SSPA, a los

elementos para el liderazgo, - motivación hacia la Enfermería y hacia la carrera directiva-, las trayectorias profesionales y directivas diferenciadas de hombres y mujeres, incluyendo el sistema de acceso. Seguidamente se muestran los resultados obtenidos sobre las trabas estructurales que dificultan el ejercicio directivo, entre las que están la estructura organizativa y el modelo de gestión clínica; las trabas de género centradas en la pervivencia de los estereotipos en la organización y sus profesionales y el papel de las familias como favorecedor o limitador del ejercicio directivo. Por último, se recogen las opiniones sobre la implementación de las políticas de igualdad y de cómo permean en el sistema y en sus profesionales.

Conclusiones: Las enfermeras están infrarrepresentadas en el SSPA. Los hombres entrevistados se adhieren en gran medida a un perfil más gerencial y tecnificado, centrado en objetivos y las mujeres a un perfil más cuidador centrado en las necesidades de los pacientes. Las enfermeras son más vocacionales y no tienen tanta inclinación hacia los cargos de gestión como los hombres. Existen prejuicios sobre la Enfermería en general y sobre las enfermeras en particular, derivados de la pervivencia de los estereotipos en la organización. El clima organizacional *andromédico*, el sistema gerencial de gestión clínica adoptado y la aplicación de las cuotas paritarias en una profesión feminizada, no están favoreciendo el paso de las enfermeras a la escala directiva del SSPA.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Alberdi, R. (1998). La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de enfermería*, 11, 20-226.
- Albert, R. L. (2008). *Análisis de la presencia de las mujeres en los puestos directivos de las empresas madrileñas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.
- Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía. (2016). Consejería de Salud *Programa de Certificación Profesionales: guía del usuario*. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/informe/2016/T4/centros/ProfesionalesCP.html>
- Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía. (2017). Consejería de Salud *Programa de Certificación Profesionales: guía del usuario*. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa_profesionales/download/Guia_usuario_ME-P.pdf
- Amo-Alfonso, M. (2008). *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*. Sevilla: Consejería de Salud. Recuperado: https://www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/planif_presup/genero/documentacion/guia_perspectiva_genero.pdf

- Aranda, M., Castillo, M., & Montes, B. (2015). Has the traditional social perception on nurses changed?: attribution of stereotypes and gender. *Acción psicológica*, 12(1), 103-112. <http://doi.org/10.5944/ap.12.1.14353>
- Arenas, M.T., Calama, J.M., & Núñez, T. (2015). Factores influyentes en el acceso y promoción a puestos directivos: el techo de cristal en el sector andaluz de la construcción. En R. Casado Mejía, C. Flecha García, A. Guil Bozal, M. T. Padilla-Carmona, I. Vázquez Bermúdez, M.R. Martínez Torres (Coord.), *V Congreso Universitario Internacional Investigación y Género (pp. 253-267)*. Sevilla: @rea Digital 2.0.
- Austin, J. L. (1982). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- Ball, D. A. (2014). *A Phenomenological Study of the Nurse Leader: Before, During, and After Merger* (Tesis Doctoral). Bowling Green State University, Bowling Green, Ohio, USA. Recuperada en: https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=bgsu1401890908&disposition=inline
- Banco Mundial & Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte. (2016). *Datos y cifras sistema universitario español Curso 2015/2016*. Recuperado de <https://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/universitaria/datos-cifras/datos-y-cifras-SUE-2015-16-web.pdf>
- Barber, P., González, B., & Suarez, R. (2011). *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025)*. Canarias: Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Barberá, E. (2004). Liderazgo y Discriminación de Género. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57(2), 147-160.
- Barberá, E., López, A. & Catalá, M. (2000). Mujeres directivas ante el tercer milenio: el proyecto NOWDI XXI. *Papeles del psicólogo*, 75, 46-52.

- Barquero-González, A., León, R., Pascual, L.M., & Blasco, R.M. (2009). El mapa de competencias para directivos de enfermería como herramientas de gestión y evaluación. *Nursing*, 27(9), 62-66. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382\(09\)70628-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382(09)70628-4)
- Bass, B.M. & Avolio, B.J. (1994). Shatter the glass ceiling: women may make better managers. *Human Resource Management*, 33(4), 549-560.
- Bass, B. (2007). Dos décadas de investigación y desarrollo en liderazgo transformacional. *Revista del Centro de Investigación*, 7(27), 25-41.
- Bass, B. & Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership : theory, research, and managerial applications*. New York: Simon & Schuster.
- Bénabou, R. & Tirole, J. (2003). Intrinsic and Extrinsic Motivation. *The Review of Economic Studies*, 70(3), 489-520. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-937X.00253>
- Bénabou, R. & Tirole, J. (2006). Incentives and prosocial behavior. *American Economic Review*, 96(5), 1652-1678. <http://dx.doi.org/10.1257/aer.96.5.1652>
- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communications Research*. New York: Hafner Press.
- Bergsten, F., & de Bolle, M. (Eds.) (2017). *A path forward NAFTA*. Recuperado de la página Web de Peterson Institute for International Economics: <https://piie.com/system/files/documents/piieb17-2.pdf>
- Bernalte, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería: reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global*, 35, 328-334. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.14.1.198631>
- Bezuntea, O., García, M. M., Rodríguez, A. (2012). La mujer como cargo y como fuente en la prensa escrita: la paridad no llega a las noticias. *Revista Internacional de Comunicación*, 21, 233-256.

- Blanco, A., López, A., & Giménez, A. (2010). *Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería: oferta-necesidad 2010-2025*. Recuperado de la página Web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf)
- Botero, M. M. (2003). Lo que llamamos liderazgo: consideraciones críticas de lo que ocurre en diversas organizaciones. *Perspectivas Psicológicas*, 3-4, 134-144.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Briz, A. (2000). *¿Cómo se comenta un texto coloquial?*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Brown, B. (2009). Men in nursing: re-evaluating masculinities, re-evaluating gender. *Contemporary Nurse*, 33(2), 120-129.
- Campos-Palomo, A. D. & Campos-Palomo, L. D. (2014). Enfermería y su lenguaje estandarizado orientado al liderazgo y la comunicación sanitaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5(2), 125-133. Recuperado de http://www.aecs.es/5_2_6.pdf
- Caro González, F. J., García, M. M., Rodríguez Rad, C.J., & Jiménez Mann, G. (2007). Percepción de las habilidades y aceptación de las mujeres directivas en las empresas de comunicación. *ZER*, 12(22), 253-266. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/23763>.
- Caro-González, F. J., García-Gordillo, M. M., & Rodríguez-Rey, A. (2011). La segregación vertical en las empresas editoras de periódicos: percepción de las directivas en seis diarios andaluces. En I. Vázquez Bermúdez (coord.), *Investigación y Género, logros y retos: III Congreso Universitario Nacional Investigación y Género* (pp. 221-233). Sevilla: Unidad para la Igualdad,

- Universidad de Sevilla. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/23777>.
- Carrancio, C. (2015). El techo de cristal en el sector público: acceso y promoción de las mujeres a los puestos de responsabilidad. En *XII Congreso Español de Sociología* (pp. 1-21). Gijón. Recuperado de: <http://fes-sociologia.com/el-techo-de-cristal-en-el-sector-publico-acceso-y-promocion-de-las/congress-papers/2290/>
- Carrasco, C. & Bengoa. (2016). Sostenibilidad de la vida y ceguera patriarcal. Una reflexión necesaria. *Revista Internacional de Estudios Feministas*, 1, 34-57.
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Carrasquilla, C. R. (2016). *El liderazgo enfermero en hospitales de Andalucía desde una perspectiva de género* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Calsamiglia, H. & Tuson, A. (2002). *Las cosas del decir: manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel Lingüística.
- Castaño, C., Martín, J., & Martínez, J. L. (2011). La brecha digital de género en España y Europa: medición con indicadores compuestos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 136, 127-140. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.136.127>
- Castaño, C., Martín, J., Vázquez, S., & Martínez, L. (2010). Barreras invisibles y mujeres directivas en España. *Revista Internacional del Trabajo*, 129(3), 379-396.
- Castro, A. (2006). Teorías implícitas del liderazgo, contexto y capacidad de conducción. *Anales de Psicología*, 22(1), 89-97.
- Celhay, P., Gertler, P., Giovagnoli, P., & Vermeersch, C. (2015). *Long Run Effects of Temporary Incentives on Medical Care Productivity* (National Bureau of

Economic Research Working Paper Series, No. 21361). <http://dx.doi.org/10.3386/w21361>

Celma, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperada de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=839940>

Celma, M. & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*, 9, 119-136.

César, J. & Estrada, C. (2015). Análisis reflexivo del empoderamiento de la enfermería mexicana: mito o realidad. *Enfermería Cardiológica*, 23, 42-46.

Chamorro, D. J. (2005). *Factores determinantes del estilo de liderazgo del director-a* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Charlo, M. J. & Torrado, M. N. (2012). La mujer directiva en la gran empresa española: perfil, competencias y estilos de dirección. *Estudios Gerenciales*, 28(124), 87-105. [http://dx.doi.org/10.1016/S0123-5923\(12\)70217-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0123-5923(12)70217-6)

Chávarri, F. (2001). *Hacia un modelo complejo unificado de comportamiento de liderazgo en la organización moderna: síntesis de modelos e investigaciones: validación del modelo en el entorno empresarial español* (Tesis Doctoral). Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, España.

Chávarri, F. (2005). *El liderazgo en las modernas organizaciones*. Majadahonda (Madrid): Autor.

Chiva Gómez, R. (2017, junio 11). La gestión de la calidad o cómo acabar con la Universidad lentamente. *El Diario.es*. Madrid. Recuperado de http://www.eldiario.es/tribunaabierta/gestion-calidad-acabar-Universidad-lentamente_6_653444653.html

- Coffrey, A. & Atkinson, P. (2005). *Los conceptos y la codificación: encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Antioquía: Editorial de la Universidad de Antioquía.
- Consejo General de Enfermería (2014). *Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios en España y la Unión Europea 2014: análisis comparativo de la situación de médicos y enfermeras*. Recuperado de https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/InformeRRHHSanitarios2014.pdf
- Comisión de las Comunidades Europeas (2008). *Libro Verde sobre el personal sanitario europeo*. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf
- Comisión de las Comunidades Europeas (2011). *Commission staff working document on an Action Plan for the EU Health Workforce*. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf
- Comisión de las Comunidades Europeas (2013). *Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador 2010*. Recuperado de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC2020&from=ES>
- Conde, F. (2007). *El análisis sociológico del discurso: documento de apoyo bibliográfico*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Coronel, J.M., Moreno, E. & Padilla, M.T. (2002). La gestión y el liderazgo como procesos organizativos: contribuciones y retos planteados desde una óptica de género. *Revista de Educación*, 327, 157–168.
- Cruz-Ortiz, V., Salanova, M., & Martínez, I. M. (2013). Liderazgo transformacional: investigación actual y retos futuros. *Universidad & Empresa*, 25, 13-32. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/2871>

- Cuadrado, I. (2003). ¿Emplean hombres y mujeres diferentes estilos de liderazgo?: análisis de la influencia de los estilos de liderazgo en el acceso a los puestos de dirección. *Revista de Psicología Social*, 18(3), 283-307. <http://dx.doi.org/10.1174/021347403322470864>
- Cuadrado, I. (2004). Valores y rasgos estereotípicos de género de mujeres líderes. *Psicothema*, 16(2), 270-275. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1193.pdf>
- Cuadrado, I. & Molero, F. (2002). Liderazgo transformacional y género: autoevaluaciones de directivos y directivas españoles. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 18(1), 39-55.
- Cuadrado, M. I., Navas, M. S., & Molero, F. (2004). El acceso de las mujeres a puestos directivos: género, contexto organizacional y estilos de liderazgo. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 57(2), 181-192.
- Cuevas, M., García, M., & Leulmi, Y. (2014). Mujeres y liderazgo: controversias en el ámbito educativo. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, 5(3), 79-92.
- Chiva, R. (2017,junio,11) La gestión de la calidad o cómo acabar con la Universidad lentamente. El Diario.es. Recuperado en: http://www.eldiario.es/tribunaabierta/gestion-calidad-acabar-Universidadlentamente_6_653444653.html
- Decreto 75/2007, de 13 de marzo de 2007, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, n. 54, de 16 de marzo de 2007. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/54/2>

- Delgado, A. (2003). Las médicas, sus prácticas y el dilema de la feminidad. *Estudios de Sociolingüística*, 4, 589-611.
- Delgado, M. L., Martínez, T. S., & Reche, M. P. C. (2007). El liderazgo femenino en los cargos directivos: un estudio longitudinal en la Universidad de Granada (1990-2005). *Educación y Educadores*, 10(2), 177-194.
- Diaz, A. (2010). La tenacidad es la clave de una carrera profesional. *Mastermas*. Recuperado de <http://www.mastermas.com/Reportajes/pdf/EntrevistaPresidentaFEDEPE.pdf>
- Dicenta, F. C. (2001). *Hacia un modelo complejo unificado de comportamiento de liderazgo en la organización moderna: síntesis de modelos e investigaciones: validación del modelo en el entorno empresarial español* (Tesis Doctoral). Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, España.
- Drucker, P. F. (1989). *The practice of management*. Portsmouth: Heinemann Publishing.
- Durán, A. (2016). *El futuro de los hospitales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Durand, J. C. (1997). *Dirección y liderazgo del Departamento Académico en la Universidad*. Navarra: EUNSA.
- Eagly, A. H. & Carli, L. L. (2002). The female leadership advantage: an evaluation of the evidence. *Leadership Quarterly*, 14(6), 807-834. <http://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2003.09.004>
- Eagly, A. H., Johannesen-Schmidt, M. C., & van Engen, M. L. (2003). Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: a meta-analysis comparing women and men. *Psychological Bulletin*, 129(4), 569-591. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.569>
- Eagly, A. H. & Karau, S. J. (2002). Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological Review*, 109(3), 573-597.

- Eagly, A. H., Karau, S. J., & Makhijani, M. G. (1995). Gender and the effectiveness of leaders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 117(1), 125-145.
- Eagly, A. H. (febrero-marzo, 2013). Women as Leaders: Leadership Style Versus Leaders' Value and Attitudes. *Gender & Work: Challenging Conventional Wisdom: Research Symposium*. Recuperado de la página Web de Harvard Business School: <http://www.hbs.edu/faculty/conferences/2013-w50-research-symposium/Documents/eagly.pdf>
- Eguinoa, A. E. (2006). *Género, universidad e identidades académicas: un estudio de caso en la Facultad de Pedagogía de la Universidad Veracruzana* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Ely, R. & Meyerson, D. (2000). Theories of gender in organizations: a new approach to organizational analysis and change. *Research in Organizational Behaviour*, 22, 103-151.
- Ely, R. & Padavic, I. (2007). A feminist analysis of organizational research on sex differences. *Academy of Management Review*, 32(4), 1121-1143.
- Esa De Simone RobertGordon Edwards& Liliana Cavani. (1974). El portero de noche. Italia.
- Fernández, D. (27 de marzo 2016). La igualdad en las grandes empresas españolas avanza a paso de tortuga. *El País*. Recuperado de https://economia.elpais.com/economia/2016/03/22/actualidad/1458667563_104536.html
- Fernández, M. M., & Buendía, A. (2014). El institucionalismo en la administración: las aportaciones de Chester Barnard. *Instituciones y desarrollo*, 109-123.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata Ediciones.

- Frenk, J., Chena,L., Bhuttad, Z.A., Cohene, J., Crisp., N., Evans, T., ... Zurayks, H.(2015). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica*, 16(1), 9-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.011>
- Gabriel, E. & Merkouris, A. (2015). Exploring nursing culture through sociological and symbolic theoretical approach of organizational culture. *Nursing and Research & Research*, 43, 227–233.
- Galanaki, E., Papalexandris, N., & Halikias, I. (2009). Revisiting leadership styles and attitudes towards women as managers in Greece: 15 years later. *Gender in Management: An International Journal*, 24(7), 484-504.
- Galvao, C., Trevizan, M., Sawada, N., & Dela Coleta, J. (1998). Situational leadership: structure of reference for nurses leaders work in the hospital context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(1), 81-90.
- Ganga, F. (2013). Enfoques asociados al liderazgo eficaz para la organización. *Revista Gaceta Laboral*, 19(1), 1-8.
- García-Ael, C., Cuadrado, I., & Molero, F. (2017). Think-manager—Think-male vs. teoría del rol social: ¿cómo percibimos a hombres y mujeres en el mundo laboral?. *Estudios de Psicología*, 33(3), 347-357. <http://dx.doi.org/10.1174/021093912803758183>
- García-Retamero, R. & Lopez-Zabra, E. (2006). Congruencia del rol de género y liderazgo: el papel de las atribuciones causales sobre el éxito y el fracaso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 245-257.
- García, I. & Santa-Bárbara, E. S. (2009). Relationship between nurses' leadership styles and power bases. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 295-301.

- García, A. M., Sainz, A., & Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 13(46), 45-48.
- García, R. & López, E. (2006). Congruencia de Rol de género y liderazgo: el papel de las atribuciones causales sobre el éxito y el fracaso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 245-257.
- Gil-García, E (2009). *Análisis de datos cualitativos: manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación*. Madrid-EOS Universitaria: Madrid.
- Gil- García, E. (2007). *Otra mirada a la anorexia: aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas* (Tesis Doctoral) Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Gil-García, E., Conti-Cuesta, F., Pinzón-Pulido, S. A., Prieto-Rodríguez, M. A., Solas-Gaspar, O., & Cruz-Piqueras, M. (2002). El análisis de texto asistido por ordenador en la investigación cualitativa. *Index de enfermería*, 36-37, 24-28.
- Gil- García, E. (2006). Técnicas de investigación: análisis del discurso de la ciencia y del enfermo. En C. Tomás, C. Tejero, C. Miqueo, T. Yago, M.J. Barral, & T. Fenández (coord.), *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial desde la perspectiva de género* (pp. 27-38). Zaragoza: Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer.
- Gil-García, E. (2015). Análisis de datos cualitativos (NVivo 10). En A. Pantoja Vallejo (Coord.), *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación* (pp. 301-325). Madrid: EOS Universitaria.
- Gómez, C. (2009). Liderazgo: conceptos, teorías y hallazgos relevantes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2(2), 61-77.

- González-Sanz, J. D. & Barquero-González, A. (2011). Gestión integral de los cuidados desde la perspectiva enfermera. Una propuesta de acción. *Nursing*, 29(6), 62-66. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382\(11\)70256-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382(11)70256-4)
- Grosser, K. & Moon J. (2005). Gender mainstreaming and Corporate Social Responsibility: Reporting workplace issues. *Journal of Business Ethics*, 62, 327–340.
- Guerrero-Núñez, S. & Cid-Henríquez, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*, 15(1), 129-140. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.12>
- Guil, A. (2007). Docentes e investigadoras en las universidades españolas: visibilizando techos de cristal. *Revista Investigación Educativa*, 25(1), 111–131. Recuperado de http://amit-es.org/assets/files/publi/ana_guil_2007.pdf
- Guil-Bozal, A. & Flecha-García, C. (2015). Universitarias en España: De los inicios a la actualidad. *Revista Histórica de educación hispanoamericana*, 17(24), 125–148. Recuperado de <http://doi.org/10.19053/01227238.3303>
- Guillén, M.C. (2013). *Motivación: la gestión empresarial*. Madrid: Díaz de Santos.
- Harris, M. (2005). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza.
- Haslam, S. A. & Ryan, M. K. (2008). The road to the glass cliff: differences in the perceived suitability of men and women for leadership positions in succeeding and failing organizations. *Leadership Quarterly*, 19(5), 530-546. <http://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2008.07.011>
- Hernández, J. F. (2010). *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., García, I., & Limón, S. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Holmes, D. & Gastaldo, D. (2002). Nursing as a means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.
- Instituto de la Mujer & Instituto Nacional de Estadística. (2016). Subdirección General de Coordinación y Seguimiento Universitario. *Graduados según nivel educativo. Pruebas de acceso a la universidad*. Recuperado de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925481211&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888
- Instituto Nacional de Estadística. (27 de mayo de 2016). *Estadística de profesionales sanitarios colegiados: Año 2015* [Comunicado de prensa]. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np970.pdf>
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2004). *II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008: Caminando hacia la excelencia*. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_calidad/II_plan_calidad.pdf
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2006). *Modelo de Gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10668/1769>.
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2009a). *III Plan de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010 – 2014: un espacio compartido*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamas/files/PlanCalidaddeISSPA2010-2014.pdf>
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2009b). *Plan estratégico de formación integral Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Recuperado de h

www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_formacion/00_plan_formacion.pdf

Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública (2016). *Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2016*. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/planif_presup/genero/informe/informe2016/informedeevaluaciondeimpactoconlogos.pdf

Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública (2017). *Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2017*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/economiayhacienda/planif_presup/genero/informe/informe2017/informe.pdf

Kaufmann, A. E. & Cuesta, M. (2007). *Mujeres directivas: transición hacia la alta dirección (opiniones y actitudes)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido*. Buenos Aires: Paidós.

Lagerberg, F. (2014). *Women in business: from classroom to boardroom: Grant Thornton International Business Report 2014*. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/economiayhacienda/planif_presup/genero/documentacion/Grant-Thornton-estudio-Mujeres-directivas-2014.pdf

Lagerberg, F. (2016). *Women in business: Turning promise into practice: Grant Thornton International Business Report 2016*. Recuperado de <https://www.grantthornton.global/en/insights/articles/women-in-business-2016/>

Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. (2016). *Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice*

- nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 582–592. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12860>
- Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, número 41, de 10 de mayo de 1986. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1986/41/3>
- Ley Orgánica 5/1995, de 22 de mayo, del Tribunal del Jurado. *Boletín Oficial del Estado*, n. 122, de 23 de mayo de 1995. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-12095>
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, n. 74, de 4 de abril de 1998. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/74/1>
- Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 298, de 14 de diciembre de 1999. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
- Ley Orgánica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, n. 274, de 15 de noviembre de 2002. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. *Boletín Oficial del Estado*, n. 128, de 29 de mayo de 2003. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, n. 280, de 22 de noviembre de 2003. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. *Boletín Oficial del Estado*, n. 301, de 17 de diciembre

- de 2003. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, n. 68, de 20 de marzo de 2007. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-5825>
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, n.17, de 20 de enero de 2012. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/01/20/pdfs/BOE-A-2012-879.pdf>
- Levitt, C., Candib, L., Lent, B., & Howard, M. (2008). Women Physicians and Family Medicine Monograph/Literature Review 2008. Orlando: Wonca Working Party on Women and Family Medicine. Recuperado de <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/wwwpwm/monograph%202008.pdf>
- Lizcano, E. (2006). La metáfora como analizador social. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 11, 29-60.
- López, E. (2000). El análisis de contenido tradicional. En M. García Ferrando, J. Ibáñez, & F. Alvira Martín (Comp.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (pp. 554-573). Madrid: Alianza Editorial.
- López Rodríguez, J., Muñoz, M., & Muñoz, P. C. (2009). Gasto público en salud, crecimiento económico y elasticidad de sustitución: resultados para la economía española 1985-2003. *Lecturas de Economía*, 70, 63-84.
- López-Casasnovas, G. (2014). La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. *Gaceta Sanitaria*, 28, 18-23.
- López-Zafra, E. & García-Retamero, R. (2009). Mujeres y liderazgo: ¿discapacitadas para ejercer el liderazgo en el ámbito público?. *Feminismos*, 13, 85-104.

- López-Zafra, E., Garcia-Retamero, R., & Eagly, A. H. (2009). Congruencia de rol de género y aspiraciones de las mujeres a posiciones de liderazgo. *Revista de Psicología Social, 24*(1), 99-108. <http://dx.doi.org/10.1174/021347409786923005>
- Lopez-Zafra, E., Garcia-Retamero, R., & Berrios Martos, M.P. (2012). The Relationship Between Transformational Leadership and Emotional Intelligence From a Gendered Approach. *The Psychological Record, 62*(6), 97-114. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03395790>
- Lunardi, V., Peter, E., & Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras?: una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica, 16*(5), 268-274.
- Lupano Perugini, M. L. (2011). *Liderazgo, Género y Prejuicio: influencia de los estereotipos de género en la efectividad del liderazgo femenino y actitudes hacia las mujeres líderes* (Tesis Doctoral). Universidad de Palermo, Palermo, Italia. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10226/1668>
- Lupano Perugini, M. L. & Castro Solano, A. C. (2013). Estudios sobre el liderazgo: teorías y evaluación. *Psicodebate: Psicología, cultura y sociedad, 19*(1215), 107-122.
- Macarie, F. C. & Moldovan, O. (2012). Gender Discrimination in Management: Theoretical Empirical Perspectives. *Transylvanian Review of Administrative Science, 35*, 153-172.
- Manning, J. (2016). The Influence of Nurse Manager Leadership Style on Staff Nurse Work Engagement. *The Journal of nursing administration, 46*(9), 438-443. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27496584>
- Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues in Nursing, 12*(1), 2. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17330984>

- March-Cerdà, J. C., Danet, A., & García-Romera, I. (2015). Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 15-19. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100004>
- Martínez de Acosta, C. H. (2011). *Liderazgo y cuidado como metas*. Universidad Nacional de Colombia.
- Martínez-Lara, C. (2013). *Satisfacción laboral en la unidad de gestión clínica: opinión de los profesionales de enfermería* (Tesis Doctoral) Universidad de Sevilla, España. Recuperada en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1019982>
- Maruani, M., Rogerat, C., & Torns, T. (2000). *Las nuevas fronteras de la desigualdad: hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- McMurry, T. B. (2011). The image of male nurses and nursing leadership mobility. *Nursing forum*, 46(1), 22-28. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00206.x>
- Mendoza Torres, M. R. M., & Ortiz Riaga, C. O. (2006). El Liderazgo Transformacional, Dimensiones e Impacto en la Cultura Organizacional y Eficacia de las Empresas. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, 14(1), 118-134.
- Miles, A. & Mezzich, J. (2011). The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1(2), 207-222. <http://dx.doi.org/10.5750/ijpcm.v1i2.61>
- Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., & Gallego-Camirero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos?: continuidades y transformaciones de los discursos y relaciones de poder en la identidad de las/los enfermeras/os en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18(1), 26-34.

- Miró-Bonet, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)* (Tesis Doctoral). Universidad de las Islas Baleares, España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9440/tmmb1de1.pdf>
- Molero, F., Recio, P., & Cuadrado, I. (2010). Transformational and transactional leadership: an analysis of the factor structure of the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) in a Spanish sample TT. *Psicothema*, 22(3), 495-501.
- Montesó-Curto, P. (2014). Dificultades para el avance de las mujeres: diferentes teorías sociológicas. *Enfermería Global*, 13(4), 265-274.
- Morales, J. F. & Cuadrado, G. I. (2007). Algunas claves sobre el techo de cristal en las organizaciones. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 23(2), 183-202.
- Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T., Valenzuela-Suazo, S., Mosqueda, A., Paravic, T., & Valenzuela, S. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 70-74. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100015>
- Murillo, S. & Mena, L. (2006). *Detectives y camaleones: el grupo de discusión: una propuesta para la investigación cualitativa*. Madrid: Talasa.
- Murillo, I. P. & Simón, H. (2014). La Gran Recesión y el diferencial salarial por género en España. *Hacienda Pública Española*, 208(1), 39-76. <http://dx.doi.org/10.7866/HPE-RPE.14.1.2>
- Nicolson, P. (1997). *Poder, género y organizaciones: ¿se valora a la mujer en la empresa?*. Madrid: Narcea.
- Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*. Barcelona: Massons.

- Núñez-Cacho, P. & Grande, F. A. (2012). El desarrollo de los recursos humanos a través del mentoring: el caso español. *Intangible Capital*, 8(1), 61-91.
- Observatorio de Salud de la Mujer. (2008). *Informe Salud y Género 2006: Las edades centrales de la vida*. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo. Recuperado de <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>
- Observatorio de Salud de la Mujer. (2009). *Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias*. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeSaludGenero2007-2008/informeSaludGenero2007_2008.pdf
- Orden del 17 de julio de 1992 por la que se regula el sistema de provisión, nombramiento y cese de determinados órganos de dirección y centros de cargos. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, n. 72, de 28 de julio de 1992. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1992/72/18>
- Orden de 21 de diciembre de 2015, por la que se delegan competencias en los titulares de los órganos directivos de la Consejería. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, n. 251, de 30 de diciembre de 2015. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2015/251/16>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2014a). *Education at a Glance 2014: OECD Indicators*. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2014b). *Estadísticas OCDE sobre la salud 2014. España en comparación*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ESPANA-2014-in-Spanish.pdf>
- Orsi Portalo, E., Reoyo Jiménez, A., Cano Cayuela, C., Uguina Coscostegüe, M., & Seguido Jiménez, D. (2010). Cargos de gestión en hospitales públicos madrileños y en colegios profesionales españoles: un análisis de género. *Metas de Enfermería*, 13(10), 50-55.

- Ortiz-Gómez, T. (2007). La práctica sanitaria en la historia: ¿una cuestión femenina?. *Eidon: Revista de la Fundación Ciencias de la Salud*, 23, 61-65.
- Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., & Ortega del Olmo, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 189-194.
- Ostrowska, A. (2012). Health inequalities--gender perspective. *Przegląd Lekarski*, 69(2), 61-66.
- Oteo, L. A., Repullo, J. R., & Urbanos, R. M. (2010). Gobernabilidad y sostenibilidad en el sistema sanitario público. *Gaceta sindical: reflexión y debate*, 14, 231-250.
- Pannowitz, H. K., Glass, N., & Davis, K. (2009). Resisting gender-bias: insights from Western Australian middle-level women nurses. *Contemporary Nurse*, 33(2), 103–119. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77449090773&partnerID=40&md5=2605f847243fbfcb69837217eff02e7a>
- Pascual, R. (1987). *Liderazgo y participación: mitos y realidades*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Pascual, R., Villa, A., & Auzmendi, E. (1993). *Liderazgo transformacional en los centros docentes: un estudio en las comunidades de Castilla y País Vasco: instrumentos Psicopedagógicos*. Bilbao: Mensajero.
- Pastor, I., Belzunegui, Á., & Pontón, P. (2012). Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuadernos de Relaciones laborales*, 30(2), 497-518.
- Peiró, S. & García-Altés, A. (2008). Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos: informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 143-155. [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76086-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76086-2)

- Pérez, J. A. (2011). Manifestación del liderazgo transformacional en un grupo de supervisores y supervisoras puertorriqueños/as. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 27(1), 17-29.
- Polo, F. (2009). *Romper el techo de cristal: las mujeres en puestos de dirección*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Porcel-Gálvez, A. M., Martínez-Lara, C., Gil-García, E. & Grao-Cruces, A. (2014). G_Clinic Questionnaire to Assess Job Satisfaction in the Clinical Management Units, Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 88(3), 419-428. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300011>
- Powell, G. N. & Butterfield, D. A. 1994. Investigating the 'glass ceiling' phenomenon: an empirical study of actual promotions to top management. *Academy of Management Journal*, 37(1), 68-86.
- Price, W. (2014). *La mujer directiva en España: women as leaders*. Madrid: Isotès.
- Real Decreto 400/1984, de 22 febrero. Andalucía. Traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado* 29 febrero 1984 a 28 marzo 1984, núms. 51/1984 a 75/1984. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* 13 marzo 1984, núm. 24/1984. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1984/24/index.html>
- Recio, C., Sánchez, N., Trinidad, A., & Torns, T. (2016). *La brecha salarial y las desigualdades de género en el mercado de trabajo español*. En Congreso Español de Sociología «Grandes transformaciones sociales, nuevos desafíos para la sociología». Gijón. Recuperado en : <http://www.fes-sociologia.com/la-brecha-salarial-y-las-desigualdades-de-genero-en-el-mercado-de-tra/congress-papers/3543/>
- Resolución de 25 de julio de 2006, de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, por la que se definen los mapas

de competencias de Médico/a, Farmacéutico/a, Dentista, Psicólogo/a, Químico/a, Biólogo/a, Bioquímico/a, Físico/a, Enfermera/o y Fisioterapeuta del Sistema Sanitario Público de Andalucía para determinados puestos de trabajo. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, n. 154, de 9 de agosto 2006. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2006/154/32>

Resolución 56/2017, del 22 de febrero, sobre retribuciones del personal de Centros e Instituciones Sanitarias. Ejercicio 2017. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/general/transparencia/../../profesionales/guia/retribuciones2017/resolucion_retribuciones_2017.pdf

Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de marzo de 2017, sobre la igualdad entre mujeres y hombres en la Unión Europea. Estrasburgo. Recuperado de: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2017-0073+0+DOC+XML+V0//ES>.

Reuvers, M., van Engen, M. L., Vinkenburg, C. J., & Wilson-Evered, E. (2008). Transformational Leadership and Innovative Work Behaviour: Exploring the Relevance of Gender Differences. *Creativity and Innovation Management*, 17(3), 227-244. Recuperado de <http://doi.org/10.1111/j.1467-8691.2008.00487.x>

Rey-Biel, P. (5 de junio de 2012). ¿Bajo qué condiciones (no) funcionan los incentivos económicos para modificar el comportamiento?. *Nada es Gratis*. Recuperado de <http://nadaesgratis.es/admin/bajo-que-condiciones-no-funcionan-los-incentivos-economicos-para-modificar-el-comportamiento>

Risman, B. & Davis, G. (2013). From sex roles to gender structure. *Current Sociology Review*, 61, 1-23.

- Rivera, J. (2011). *Liderazgo, sexo y género. Comportamientos y relaciones de directivos y directivas españoles* (Tesis Doctoral). Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España.
- Saletti-Cuesta, L., Delgado, A., & Ortiz-Gómez, T. (2014). Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI. *Salud Colectiva*, 10(3), 313-323. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2014.395>
- Saletti-Cuesta, L. (2013). *Análisis feminista de los discursos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos de familia en Andalucía a comienzos del siglo XXI* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperada en:<http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/22777374.pdf>
- Sánchez-Moreno, M., López-Yáñez, J., & Altopiedi, M. (2014). Liderazgo en la universidad : perfil de mujeres y hombres gestores académicos. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 12(5),21-42.
- Sánchez Moreno, M. R., López Yáñez, J., Mayor Ruiz, C., Murillo, P., Hernández De La Torre, E., Lavié Martínez, J. M., & Altopiedi, M. (2016). *La mujer en la dirección y gestión de las organizaciones universitarias: problemática, estilos de liderazgo y contribución al desarrollo institucional*. Sevilla: Instituto de la Mujer.
- Sarrió, M., Barberá, E., Ramos, A., & Candela, C. (2002). El techo de cristal en la promoción profesional de las mujeres. *Revista de Psicología Social*, 17(2), 167-182. <http://dx.doi.org/10.1174/021347402320007582>
- Shrestha, G. K., Bhandari, N., & Singh, B. (2010). Nurses' views on need for professional development in Nepal. *Journal of the Nepal Medical Association*, 49(179), 209–215. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22049825>

- Seidel, J. & Kelle, U. (1995). *Different Functions of Coding in the Analysis of Textual Data'in*. Londres: Sage.
- Serrano, B. J. & Portalanza, A. C. (2014). Influencia del liderazgo sobre el clima organizacional. *Suma de Negocios*, 5(11), 117-125. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-910X\(14\)70026-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-910X(14)70026-6)
- Servicio Andaluz de Salud. (1999) Plan Estratégico del SAS: una propuesta de gestión pública diferenciada. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=10>
- Servicio Andaluz de Salud. (2014). *Análisis de representación por sexo del personal al servicio de la Junta de Andalucía*. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/planif_presup/genero/informe/informe2017/informe-4.pdf
- Servicio Andaluz de Salud (2015). *Plantilla del Servicio Andaluz de Salud*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_conocerSAS_personal
- Servicio Andaluz de Salud. (2015). *Marco actual de Desarrollo de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/gestionclinica/Marco_actual_de_De_sarrollo_de_la_Gesti%F3n_Cl%EDnica_en_el_SAS.pdf
- Smith, P. B. & Peterson, M. F. (1990). *Liderazgo, organizaciones y cultura: un modelo de dirección de sucesos*. Madrid: Pirámide.
- Stogdill, R. M. (1974). *Handbook of leadership: a survey of Theory and Research*. New York: Free Press.
- Stogdill, R. M. & Bass, B. M. (1981). *Stogdill's handbook of leadership: a survey of theory and research*. New York: Free Press.

- Spano-Szekely, L., Quinn, M. T., Clavelle, J., & Fitzpatrick, J. J. (2016). Emotional Intelligence and Transformational Leadership in Nurse Managers. *The Journal of Nursing Administration*, 46(2), 101–108. <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000303>
- Thieme, C. P. (2006). *Liderazgo y eficiencia en la educación primaria: el caso de Chile* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Torns, T. (1999). *Las asalariadas: un mercado con género: las relaciones de empleo en España*. Madrid: Siglo XXI.
- Torns, T. (2011). Conciliación de la vida laboral y familiar o corresponsabilidad: ¿el mismo discurso?. *Revista Interdisciplinar de Estudios de Género*, 1, 5-13.
- Torns, T. & Recio, C. (2012). Las desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de Economía Crítica*, 14, 2013-5254.
- Unda, S. (2013). *Estudio sobre la autopercepción del ejercicio de liderazgo ético de dirigentes universitarios en España. Modelo Multidimensional y Concéntrico de Liderazgo Ético* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. Recuperada en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1064688>
- Vallejo, G., Del Hierro, M., & Reglero, L. (2013). Desigualdad de género y riesgos laborales en Enfermería. *Metas de Enfermería*, 16(6), 62-66.
- Van den Brink, M. & Benschop, Y. (2012). Gender practices in the construction of academic excellence: sheep with five legs. *Organization*, 19(4), 507-524.
- Van Dijk, T. A. (2003). *Ideología y discurso*. Barcelona: Ariel Lingüística.
- Van Wart, M. (2010). Two Approaches to Leadership Studies. *Public Administration Review*, 70(4), 650-653. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2010.02191.x>

- Varela, J., Castells, X., Iniesta, C., & Cots, F. (2008). Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas. *Medicina Clínica*, 130(8), 312-318. <http://dx.doi.org/10.1157/13116575>
- Vázquez, P. (2010). *Feminización de las profesiones sanitarias*. Madrid: Fundación BBVA.
- Vázquez Santiago, S. (2010). Liderazgo en enfermería: ¿una cuestión de género?. En I. Vázquez Bermúdez, C. Flecha García, A. Guil Bozal, & M. J. Cala Carrillo (Coord.), *II Congreso Universitario Nacional Investigación y Género (pp. 1177-1195)*. Unidad para la Igualdad, Universidad de Sevilla. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/40647>
- Vázquez-Santiago, S. & Garrido Peña, F. (2015). Gender perspective in socio-health care needs. *Enfermería clínica*, 26(1), 76-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.003>
- Ventura, J. (1997). Coordinación e incentivos en la sanidad pública: el caso asturiano. *Revista Asturiana de Economía*, 8, 49-63.
- Vera-Hernández, M. (17 de noviembre de 2015). ¿Pueden los incentivos económicos ayudar a crear hábitos?. *Nada es gratis*. Recuperado de <http://nadaesgratis.es/marcos-vera/pueden-los-incentivos-economicos-ayudar-a-crear-habitos>
- Vía-Clavero, G., Sanjuán Naváis, M., Martínez Mesas, M., Pena Alfaro, M., Utrilla Antolín, C. & Zarragoikoetxea Jáuregui, I. (2010). Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enfermería Intensiva*, 21(3), 104–112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.004>
- Wang, L. Y., Vernon-Smiley, M., Gapinski, M. A., Desisto, M., Maughan, E., & Sheetz, A. (2014). Cost-Benefit Study of School Nursing Services. *JAMA*

Pediatrics, 168(7), 642-648. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.5441>

Yokoyama, M., Suzuki, M., Takai, Y., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., & Yamamoto-Mitani, N. (2016). Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2478-88. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13270>

Yukl, G. (1994). *Leadership in Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Yukl, G. (2008a). *Liderazgo en las organizaciones*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Yukl, G. (2008b). How leaders influence organizational effectiveness. *The Leadership Quarterly*, 19(6), 708-722.

Yukl, G., Mahsud, R., Hassan, S., & Prussia, G. E. (2013). An improved measure of ethical leadership. *Journal of leadership & organizational studies*, 20(1), 38-48.

Zaleznik, A. (1991). *La mística del management*. Barcelona: Grijalbo.

ANEXOS

ANEXOS

1. ANEXO I: Petición de datos de plantilla de enfermeras a la dirección general de profesionales del SAS.

Sra. Dña Celia Gómez. Directora General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud.

Buenos días, mi nombre es Soledad Vázquez Santiago, soy enfermera y profesora titular vinculada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla. En este momento, estoy realizando la tesis doctoral sobre "Liderazgo, presencia y discursos de las enfermeras en el Servicio Sanitario Público de Andalucía.", que en fechas recientes he presentado a la Directora del Plan Integral de Cuidados, -que por ser tema de interés-, amablemente me ha ofrecido su colaboración.

Por tanto, me dirijo a usted como Directora General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, ya que para el desarrollo de mi investigación, necesito que desde su servicio, me pudieran facilitar una serie de datos relativos a los profesionales de Enfermería del sistema, que detallaré a continuación.

Con anterioridad, dada la estrecha relación que me une con su antecesor D. Antonio Valverde, pude disponer de datos parciales para la realización de la tesina, -dentro del periodo de investigación en el programa de doctorado Nuevas Tendencias Asistenciales y de Investigación en Ciencias de la Salud de la US que he cursado-, que necesito completar y actualizar.

En concreto, si fuese posible, los datos que me gustaría obtener, a fecha 2014 son:

Datos de plantilla de profesionales de Enfermería en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, **por provincia y centro sanitario** (atención especializada y atención primaria) **.En todos los casos, datos totales y desagregados por sexo:**

1.1.-Plantilla total de profesionales de enfermería del SAS (Total/H/M) / por provincia y centro sanitario.

1.2.-Profesionales de enfermería ATS/DUE base (que no ocupan cargo directivo. Total/H/M) / por provincia y centro sanitario.

1.3.- Profesionales de enfermería con Cargos Intermedios: Jefatura bloque, Supervisión, Dirección Unidades de Gestión Clínica, en el caso de Atención Especializada (AE) y Direcciones Zona Básica de Salud, Coordinaciones de Cuidados en A. Primaria. (en todos los casos datos Total/H/M) / por provincia y centro sanitario.

1.4.- Profesionales de enfermería con Cargos Directivos: Gerencia Hospitalaria, Dirección y Subdirección de Enfermería en AE y Direcciones de Distrito y Direcciones de Cuidados en AP (en todos los casos datos Total/H/M) / por provincia y centro sanitario.

1.5.-En todos los casos: la edad, años de experiencia en el SAS, tipo de vinculación con la empresa (interino o fijo).

1.6.-En el caso de los cargos directivos y los intermedios, además de los datos anteriores, me interesa conocer el tiempo que lleva ostentando el cargo, o si ha tenido cargos con anterioridad al actual y el nivel de carrera profesional de cada persona que ocupa cargo. En todos los casos, datos Totales/H/M.

Datos de otros cargos directivos de la rama de Recursos Humanos, ocupados por profesionales de enfermería: Dirección Económica, Dirección Recursos Humanos (en todos los casos datos Total/H/M). De existir alguno/a, con todos los datos anteriormente mencionados.

Por mi parte, me COMPROMETO a:

-Respetar la confidencialidad más absoluta.

-Hacerle llegar los resultados provisionales y definitivos de la investigación, así como a colaborar con su departamento en todas aquellas cuestiones o foros en los que crea que puedan ser de interés dar a conocer estos resultados y sus conclusiones.

-Formalizar agradecimiento expreso a la Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud y al servicio concreto que usted dirige por la colaboración inestimable que ustedes me prestarán, caso de aprobarse esta solicitud, y en cada documento, publicación o evento científico, donde se muestren aspectos parciales o globales de esta investigación.

Por último, y dado los tiempos convulsos que vive la institución universitaria, le rogaría que pudieran atender mi petición en un tiempo razonable, dado que debo presentar y defender mi investigación en plazos muy ajustados.

Esperando su colaboración y agradecida de antemano, reciba un cordial saludo:

Soledad Vázquez Santiago

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla

Sevilla 14 enero 2015

2. ANEXO II. Carta de apoyo de la directora del PICUIDA



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Estimada/o compañera/o

En fechas recientes, la compañera Soledad Vázquez, enfermera y profesora de la facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla, me ha presentado su proyecto de tesis doctoral sobre "Liderazgo, presencia y discursos de las enfermeras en el Servicio Sanitario Público Andaluz."

Dado el momento crucial que vive nuestra profesión y la impotencia del desarrollo de liderazgos efectivos en el desarrollo de la gestión y el avance de los cuidados en Andalucía, desde el Plan Integral de Cuidados de Andalucía, me ha parecido de interés y pertinencia este estudio, por lo que, aunque sé de la escasez de tiempo que disponéis, os ruego atendáis a esta compañera y le podáis dar respuesta a su demanda, facilitándole la información necesaria durante el desarrollo de una entrevista, que ella misma os solicitará en estos días.

Un saludo y muchas gracias por vuestra inestimable colaboración

NIEVES LAFUENTE ROBLES

DIRECTORA DEL PLAN INTEGRAL DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.

3. ANEXO III. Compromiso de confidencialidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Proyecto de Tesis Doctoral "Liderazgo, Presencia y Discursos de la Enfermeras en el Sistema Sanitario Público Andaluz", matriculado en la Universidad de Sevilla.

Este trabajo de investigación original constituirá la defensa de la tesis doctoral por la Universidad de Sevilla de la doctoranda, Soledad Vázquez Santiago, que para la realización de las actividades que le competen en el citado proyecto, consciente de las características particulares, tanto de los sujetos de estudio participantes, como del material necesario para la realización de la investigación:

Se compromete a:

- Proteger la confidencialidad de la información recogida y consultada.
- Mantener el anonimato de los participantes.
- Respetar el derecho del informante a no continuar participando en el proyecto cuando lo estime oportuno.
- Utilizar este material exclusivamente con fines de investigación y secundariamente para docencia.
- Respetar la legislación conforme a los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición respecto a dichos datos contactando con la investigadora.

En prueba de conformidad con cuanto antecede, la doctoranda, firma la presente en Sevilla a..... de..... de 2015:

Soledad Vázquez Santiago
Responsable de la Investigación
Universidad de Sevilla