

## *Género y jubilación: el caso de la profesión médica*

VERÓNICA FILARDO

### *Introducción*

El envejecimiento poblacional, o dicho de otro modo, que las sociedades "envejecan", es producto de que la proporción de los tramos etarios mayores a 65 años, aumenten su peso relativo en la población, y es un hecho que se ha convertido en tema clave de las ciencias sociales. Los problemas de investigación sobre este "hecho" se diversifican y los estudios sobre esta temática se han multiplicado en los últimos años.

El envejecimiento de las sociedades ha tenido múltiples efectos: reformas de sistemas de seguridad social, ya que las estructuras existentes tendían a presentar síntomas de colapso (imposibilidad de financiar bajo los mismos criterios, un número creciente de personas jubiladas, que por otra parte, tienen como tendencia mayor esperanza de vida), incremento de la tasa de dependencia (medida a partir de la relación entre activos y pasivos), y la necesidad de definir un "rol social" de los pasivos, y/o de adultos mayores.

Las investigaciones sobre el tema de la ancianidad, vejez, adultos mayores o tercera edad, toman por lo general como punto de corte, o como "rito" de entrada la jubilación. Es decir el pasaje de la vida activa a la pasiva. Se supone que la significación de la entrada a la pasividad o la jubilación constituye uno de los cambios más importantes a partir del cual se define la vejez.

Una de las características de la población mayor de 65 años, que se verifica tanto en países en desarrollo como desarrollados, es la mayor proporción relativa de mujeres, proporción que tiende a aumentar a medida que se incrementan las edades consideradas. Por tanto, la lectura desde una perspectiva de género para esta población particular es inmediata.

Este trabajo intenta abordar algunas de las diferencias que enfrentan hombres y mujeres en la etapa jubilatoria, al interior de los profesionales de la medicina. Puede presentarse por lo tanto, como un estudio de caso de una profesión particular, que en el futuro, podría extenderse a otras, para realizar estudios comparativos, siguiendo la hipótesis que el tipo de ocupación que se desempeña en la vida activa, sustancialice diferencias en la etapa jubilatoria.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> El artículo es resultado de una combinación de insumos independientes: la realización de un curso en la Maestría de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales sobre relaciones de géneros, datos primarios y secundarios, así como la integración del equipo técnico de la Comisión de Preparación para la Jubilación de los Médicos en el Sindicato Médico del Uruguay. Esta última realizó un estudio de "diagnóstico" sobre las expectativas, resistencias y actitudes sobre la jubilación de los médicos y médicas en actividad y de la "experiencia e impacto vivido a partir de la jubilación" de los médicos y médicas pasivos/as. Esta investigación (cuya estrategia fue triangular técnicas de recolección y análisis

La estructura del trabajo sigue la siguiente forma:

1. La relación de géneros a lo largo del tiempo en la población de los profesionales de la medicina
2. Características de la población médica mayor a los 55 años
  - Las diferencias entre médicos y médicas.
  - Las "reglas" de las mujeres de esta cohorte, para desempeñar la profesión médica.
  - Las consecuencias para la etapa jubilatoria
3. El subtexto género en la etapa jubilatoria: la lectura "obligada" para una estrategia de intervención social

### *La relación entre hombres y mujeres en las ocupaciones*

Una de las líneas de trabajo más importantes desde el feminismo responde a la discriminación laboral que sufren las mujeres en las sociedades capitalistas. No es el objetivo del trabajo desarrollar la amplia gama de posturas teóricas que revelan los análisis realizados en torno a esta preocupación<sup>2</sup>. No obstante, la división social del trabajo, responde también a la división sexual del trabajo. La división sexual del trabajo ha respondido a dos tipos de análisis básicos: el hombre como portador del rol de "proveedor de ingresos" del hogar, y por lo tanto connotado simbólicamente como trabajador productivo, en el mercado laboral, mientras el rol de las mujeres se construye a través de la reproducción del hogar y la familia y por lo tanto correspondiente a la esfera doméstica, "invisibilizando" el trabajo que la mujer realiza en ésta, y sin reconocimiento social de la productividad de este trabajo. En segundo lugar, y más adelante en la historia, con el ingreso masivo de las mujeres al mercado laboral, la orientación del análisis de la división sexual del trabajo incluye la conceptualización de las diferentes ocupaciones que desempeñan

hombres y mujeres, en el mercado de trabajo, que revelan, características diferenciales por género en función de las tareas consideradas productivas (en tanto remuneradas) que desempeñan.

Esta temática ha tenido importantes desarrollos empíricos y teóricos, tanto desde la oferta (cuáles son las competencias de las mujeres, cuáles son las expectativas, la calificación, las opciones ocupacionales que las mujeres realizan, las estrategias que despliegan para el ingreso o permanencia en el mercado laboral), como desde la demanda (en que tipo de ocupaciones trabajan las mujeres, en cuáles los hombres, que requerimientos se establecen para los puestos de trabajo en función de qué género predominantemente las ocupen, cuáles son los comportamientos de los empleadores, cómo se valorizan, y se determinan los salarios, etc.).

Por otro lado, la relación entre géneros, no puede considerarse como estática o fija en el tiempo, sino que las transformaciones tanto de las relaciones entre géneros, como del perfil de las ocupaciones, así como éstas se valorizan en función de la dinámica de la composición por sexo de quienes las ocupan, etc., son factores que se interrelacionan, marcando una dinámica compleja e interactiva. Este trabajo focaliza el análisis para el caso de la profesión médica.

### *La profesión médica*

En primer lugar, ¿cómo evoluciona la composición por sexo de la población de los profesionales de la medicina, en Uruguay?

cuantitativas y cualitativas), provee parte de la información empírica que se utiliza en este trabajo, que intenta, en definitiva, una aproximación a la jubilación, abordando el género, como dimensión implícita en esta temática, recalcando que existe un "subtexto género" en la etapa jubilatoria.

<sup>2</sup> A propósito ver Aguirre, Rosario. *Sociología y género. La relación de hombres y mujeres bajo sospecha*. 1998

**Cuadro N° 1: PARTICIPACION FEMENINA EN EL TOTAL DE ESTUDIANTES SEGÚN CASAS DE ESTUDIO CENSOS DE ESTUDIANTES DE 1974, 1988 y 1999 EN PORCENTAJES.**

| Carrera/ Año                | 1974      | 1988      | 1999 <sup>3</sup> |
|-----------------------------|-----------|-----------|-------------------|
| Parteras *                  | --        | 100       | 100               |
| Nutrición y Dietética *     | --        | 98        | 95.5              |
| Enfermería *                | --        | 93.5      | 89.6              |
| Servicio Social *           | 90        | 91        | <sup>4</sup>      |
| Bibliotecología *           | 88        | 89        | 83.9              |
| Tecnología Médica *         | 80        | 82        | 79.9              |
| Psicología                  | --        | 81.5      | 83.6              |
| Auxiliar de Odontología *   | --        | 70        | 76.6              |
| Odontología                 | 58        | 68.5      | 73.4              |
| Administración              | --        | 67        | 73.0              |
| Derecho y CCSS              | 53        | 65        | 70.9              |
| Química                     | 47        | 64        | 72.4              |
| Humanidades y Ciencias      | 72        | 64        | 69.5              |
| Bellas Artes *              | --        | 63        | 63.5              |
| <b>Medicina</b>             | <b>48</b> | <b>58</b> | <b>63.6</b>       |
| Ciencias de la Comunicación | --        | 57        | 60.8              |
| Ciencias Económicas         | 34        | 52        | 58.2              |
| Música *                    | 55        | 44        | 43.5              |
| Arquitectura                | 35        | 44        | 48.4              |
| Veterinaria                 | 30        | 40.5      | 53.8              |
| Agronomía                   | 16        | 25.5      | 32.3              |
| Ingeniería                  | 14        | 22        | 23.0              |
| Total UNIVERSIDAD           | 45.3      | 57.4      | 62.8              |
| TOTAL FACULTADES            | 46.2      | 54.4      | 61.3              |
| TOTAL ESCUELAS (*)          | 78.8      | 74.5      | 77.1              |

Fuente: IV Censo General de Estudiantes universitarios (1988) Tomo I Informe del Relevamiento General. Dirección General de Plancamiento, Instituto de Ciencias Sociales, Montevideo, julio de 1989

Fuente: Universidad de la República. Oficina del Censo. V Censo de Estudiantes Universitarios. Informe de avance N° 2, 1999

<sup>3</sup> En 1992 se crean la Facultad de Ciencias y la Facultad de Ciencias Sociales. La Facultad de Humanidades y Ciencias, así como Derecho y Ciencias Sociales aparecen unidas en el censo de 1988.

<sup>4</sup> Forma parte de la Facultad de Ciencias Sociales en 1999.

**Cuadro N° 2: Participación por sexo entre los inscriptos a la Facultad de Medicina por Año (1988-1998)**

| <b>AÑO</b> | <b>MASCULINO</b> | <b>(%)</b> | <b>FEMENINO</b> | <b>(%)</b> | <b>TOTAL INSCRIPTOS</b> |
|------------|------------------|------------|-----------------|------------|-------------------------|
| 1988       | 220              | 32.2       | 464             | 67.8       | 684                     |
| 1989       | 219              | 36.4       | 382             | 63.6       | 601                     |
| 1990       | 230              | 36.6       | 397             | 63.4       | 627                     |
| 1991       | 233              | 40.2       | 347             | 59.8       | 580                     |
| 1992       | 266              | 35.6       | 481             | 64.4       | 747                     |
| 1993       | 187              | 31.7       | 403             | 68.3       | 590                     |
| 1994       | 197              | 29.8       | 464             | 70.2       | 661                     |
| 1995       | 248              | 33.1       | 502             | 66.9       | 750                     |
| 1996       | 253              | 32.1       | 534             | 67.9       | 787                     |
| 1997       | 281              | 31.8       | 602             | 68.2       | 883                     |
| 1998       | 289              | 31.0       | 643             | 69.0       | 932                     |

Fuente: Facultad de Medicina<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Proporcionados por la secretaría del Decanato de la Facultad de Medicina, a quien se agradece la celeridad de la respuesta ante la solicitud.

**Cuadro N° 3: EGRESADOS DESDE 1988 A 1998 DISCRIMINADOS POR SEXO**

| AÑO  | EGRESADOS MASCULINO | (%)  | EGRESADOS FEMENINO | (%)  | TOTAL EGRESADOS |
|------|---------------------|------|--------------------|------|-----------------|
| 1988 | 273                 | 50.9 | 263                | 49.1 | 536             |
| 1989 | 247                 | 45.3 | 298                | 54.7 | 545             |
| 1990 | 157                 | 39.2 | 243                | 60.8 | 400             |
| 1991 | 229                 | 41.2 | 327                | 58.8 | 556             |
| 1992 | 238                 | 44.5 | 297                | 55.5 | 535             |
| 1993 | 192                 | 40.9 | 277                | 59.1 | 469             |
| 1994 | 147                 | 37.4 | 246                | 62.6 | 393             |
| 1995 | 160                 | 40.7 | 233                | 59.3 | 393             |
| 1996 | 141                 | 36.6 | 244                | 63.4 | 385             |
| 1997 | 136                 | 40.8 | 197                | 59.2 | 333             |
| 1998 | 112                 | 39.8 | 169                | 60.2 | 281             |

Fuente: Facultad de Medicina<sup>5</sup>

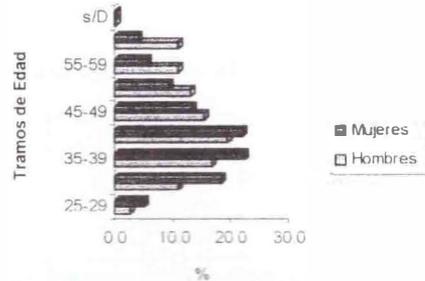
<sup>5</sup> Se agradece a la secretaría del Decanato de la Facultad de Medicina el haber proporcionado estos datos inmediatamente, en función de la solicitud para este trabajo.

Se han considerado un conjunto de fuentes de información para documentar esta evolución: a partir del padrón de socios del Sindicato Médico del Uruguay, se puede establecer que del total de médicos que en 1995 eran mayores de 55 años, el 31.5 % son mujeres y el 68.5 % son hombres. Esta proporción es comparable tanto con el padrón de socios del Sindicato Médico del Uruguay, correspondiente a médicos en actividad mayores de 55 años y trabajando en Montevideo para 1999, ( 972 en total) de los cuales 66.9 % son hombres y 33.1 % son mujeres, como con el de la Caja de Jubilaciones Profesionales que registra para los profesionales de medicina, activos y mayores de 55 años, 73.3% de hombres y 26.7% de mujeres.

La comparación de todas las fuentes utilizadas, marcan que para esta población (médicos, mayores de 55 años) se puede establecer una relación de 2/1 a favor de los hombres. La verificación de la masculinización de la población médica mayor de 55 años, tiene un carácter más marcado aún según la especialidad. Es así que se registran "especialidades típicamente masculinas" (cirugía como caso paradigmático) y otras en que la composición de los médicos según sexo, es más homogénea (pediatría, por ejemplo).

En ese contexto temporal, la carrera en medicina puede ser catalogada como predominantemente masculina. No obstante, debe marcarse que dentro de las carreras universitarias, medicina no es de las carreras que revisten este carácter de modo más pronunciado. Ya desde 1974, era una carrera clasificada como de composición homogénea entre sexos en su población estudiantil. (Labadie, 1976) Las tendencias actuales de ingreso a la Facultad de Medicina, marcan que existe una mayor proporción relativa de mujeres que de hombres que ingresan en la Facultad y también que es mayor la proporción de mujeres que egresan de la carrera de Medicina, como tendencia sostenida desde 1989. (Ver cuadros N° 2 y N° 3).

MEDICOS AFILIADOS A CJPP POR EDAD Y SEXO (en %)



Fuente: Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios

Más allá del acompañamiento que muestra la Facultad de Medicina, respecto a las tendencias generales en la Universidad de la feminización de su población estudiantil (pasa del 48% de estudiantes mujeres en 1974 al 63.6% en 1999), es relevante el marcar que según la información que arrojan los datos de los inscriptos y los egresados por sexo de la Facultad de Medicina, se percibe que egresa un porcentaje menor sobre las inscriptas mujeres, que en el caso de los varones. A partir de la información proveniente de la Caja de Jubilaciones y Pensiones Profesionales (1998), se puede visualizar con claridad la evolución en la composición por sexo de los profesionales de la medicina. Están considerados todos los médicos asociados, discriminados por edad, porcentualizando por sexo.<sup>7</sup>

Por lo tanto: la población objeto de nuestro estudio (médicos mayores de 55 años), es mayoritariamente masculina. Y esto se debe a que, en el momento en que

<sup>7</sup> Si bien no todos los médicos aportan a la caja profesional, no obstante se considera una muestra razonablemente representativa de la población médica.

esta población estaba cursando la etapa de formación profesional, las mujeres representaban proporciones bastante menores a las actuales, como se señaló antes. Actualmente la profesión ha invertido la relación entre géneros en su población, siendo mayor la proporción de médicas que de médicos.

Ahora bien, los cambios que se detectan en la evolución de la composición por sexo en la población médica, sugieren otras preguntas: ¿La composición por sexo de los profesionales de la medicina, a lo largo de la historia, permite visualizar “configuraciones por género de la práctica médica” diferenciales?

Tal como lo señala Connell (1997), *“reconocer al género como un patrón social nos exige verlo como un producto de la historia pero también como un productor de historia”*. Las estructuras de relaciones de género se forman y se transforman con el tiempo. El ejercicio de la medicina lleva asociado una práctica de género. Lo cual, siguiendo a Connell, supone que *“la práctica que se relaciona con esta estructura, generada al atarse personas y grupos con sus situaciones históricas, no consiste en actos aislados. Las acciones se configuran en unidades mayores (...)”*.<sup>8</sup> (op.cit.). No obstante, luego discute el término configuración, y reafirma la importancia de situar el proceso de la configuración de prácticas.

En tal sentido, puede dar pistas importantes para identificar el proceso de la configuración de prácticas de la medicina que viene asociado con la recomposición por género de los profesionales.

*“Dado que el género es una manera de estructurar la práctica social en general, no un tipo especial de práctica está inevitablemente involucrado con otras estructuras sociales.”*<sup>9</sup> En este sentido, el género, probablemente interactúe con la práctica médica, y con la “clase médica”, como posición en el espacio social (Bourdieu, 1995).

¿Hasta qué punto la predominancia cuantitativa en términos relativos, de las

mujeres (estudiantes y egresadas) en las generaciones más jóvenes están implicando una reconfiguración no solo de la relación entre géneros en la actividad médica, sino de la práctica médica en sí misma?

La medicina practicada casi exclusivamente por hombres, asociada al “poder”, a la jerarquía y al “control” social, (tal cual señala Barrán para el siglo XIX y comienzos del XX en Montevideo); a partir de la predominancia femenina de sus portadores legítimos en las generaciones actuales, ¿está produciendo modificaciones en relación a su perfil, su función, sus componentes simbólicos (reconcibiéndose hacia el “cuidado”— como característica femenina—, por ejemplo)? ¿Es a partir de una proporción relativa cada vez mayor de mujeres en la medicina que ésta pierde capacidad de “valorizarse” en términos de rentabilidad económica, como actividad? Estas son algunas de las preguntas que pueden señalarse a los efectos de analizar las interrelaciones recíprocas entre relación de género, y prácticas, y los efectos ocupacionales que pueden derivarse de ellas.

No obstante lo sugerente de estas preguntas, el enfoque de este trabajo no gira en relación a esta temática (que quedará para futuras investigaciones) sino en otra dirección. **Tiende a responder lo siguiente: ¿qué determinaciones tuvo, para una cierta generación de médicas una determinada composición por sexos de los profesionales de la medicina, en relación a sus vidas como médicas activas? ¿cuáles son las consecuencias derivadas de lo anterior para la etapa jubilatoria de estas mujeres? ¿Puede el diseño de un programa de intervención social (como el Programa de Preparación para la Jubilación de los médicos del Sindicato Médico del Uruguay), hacer caso omiso a estas condiciones propias de la mujeres, o debe incluir la lectura del subtexto género?**

<sup>8</sup> Op. cit.

<sup>9</sup> Op. cit.

### *El subtexto género en la jubilación*

Una de las premisas más representativas de los análisis de género hace alusión al subtexto género en relación al trabajo. Autoras tales como Nancy Fraser (1990), señala que los "roles" del trabajador han sido en las sociedades contemporáneas definidas en función del género masculino. Esto hace, que el mercado de trabajo se constituya en una de las arenas de lucha más importante para las mujeres.

Es posible que uno de los debates contemporáneos más importantes en torno a la lucha de las mujeres en torno a la esfera de trabajo, gire en la discusión sobre la "igualdad" o a la "diferencia". En la corriente teórica "igualitarista", el vector está definido a partir del señalamiento (en una amplia gama de estudios empíricos) de diversas formas de discriminación contra la mujer en el mundo del trabajo, (salarial, jerárquica, de ingreso al mercado laboral, ocupacional, etc.) y la necesidad de abolir esta discriminación, mediante la eliminación de la "diferencia" entre hombres y mujeres. Gran parte de la producción de esta corriente, se configura en torno a la elaboración de propuestas que se puedan implementar en relación a la consecución de este objetivo.

No obstante, otra corriente se coloca a favor del reconocimiento de la "diferencia" entre hombres y mujeres, y argumenta en torno a la necesidad de implementar políticas de "discriminación positiva o afirmativa" para las mujeres, en la esfera del trabajo, para lo cual promueven (en ciertos casos con éxito) políticas sociales en las que se implementan "cuotas" de puestos de trabajo para las mujeres.

Actualmente, y al interior del movimiento feminista esto constituye todo un debate, en el que se enfrascan reconocidas portavoces de una y otra de las corrientes señaladas.

Más allá de ello, es conveniente señalar que en el Uruguay, la vía profesional (el acceso a puestos de trabajo en función de méritos adquiridos fundamental-

mente a partir de la formación y certificación de un título universitario), es un logro sustantivo, desde tempranas etapas, especialmente en el sector público.

La Facultad de Medicina, en particular, fue una de las profesiones que recibió prontamente a las mujeres en su seno, en términos relativos a la Universidad. El logro de mujeres médicas, en relación al acceso a puestos de trabajo a la par de los varones, puede interpretarse como una conquista importante, desde una visión feminista.

No obstante, ello no se ha logrado sin costos para las propias mujeres. Las médicas mayores de 55 años, marcan un porcentaje muy alto de situaciones de no consolidación de familias propias (renuncia a maternidad, etc.). Lo cual sugiere que ocupar estas posiciones en el espacio social, y la dedicación a su profesión, supuso "sacrificios" en torno a cubrir otras dimensiones vitales de innegable importancia. Estos sacrificios o costos, no se registran ni para los médicos varones de edades similares, ni para las mujeres médicas de menor edad, que cursan estudios universitarios en un porcentaje relativo mayor.

Esto lleva a pensar que la generación de los médicos/as mayores de 55 años, revista características distintivas, frente a otros "segmentos etarios" de la población médica de Montevideo.<sup>10</sup>

Considerando la propuesta de Cornell (1997) sobre las masculinidades (básicamente argumenta en la construcción social de múltiples masculinidades, connotándose una de ellas como hegemónica y dominante, por lo que se hace necesario ampliar la conceptualización de género no sólo apoyándose en la relación existente entre hombres y mujeres sino para el caso en que el autor estudia las relaciones que se establecen al interior de los "hombres"), es posible extrapolar el planteo y

<sup>10</sup> El estudio fue restringido a la ciudad de Montevideo.

llevarlo al caso de múltiples "femineidades", por lo que no sólo sería necesario ver las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres de la cohorte estudiada de médicos/as, sino en la diferencias entre las mujeres médicas y no médicas de edades similares.

Por lo anterior, el trabajo, intenta mostrar algunas características centrales que diferencian a los hombres y mujeres médicos mayores de 55 años, pero así mismo las diferencias que se establecen entre mujeres médicas y las no médicas de esta cohorte etaria.

Según datos de la encuesta realizada en 1995 de la población médica mayor de 55 años, (cuyo marco muestral corresponde al padrón de socios del Sindicato Médico del Uruguay), la composición familiar por sexo señala significativas diferencias (ver cuadro 4).

Dentro de los médicos activos la situación familiar es substantivamente diferente en hombres y mujeres. Sin duda, la composición del hogar condiciona los impactos que la jubilación presente en los médicos. Y en consecuencia éstos serán diferenciales en función del género. El hecho que el 18 % de las médicas activas mayores de 55 años constituyan hogares unipersonales, frente a menos de un 2 % de los médicos hombres, manifiesta una realidad social a atender como condiciones "estructurales" diferenciales.

En el caso de los médicos jubilados, la probabilidad de constituir hogares unipersonales también difiere en función del sexo y la diferencia es aún mayor que en el caso de los activos (la edad se revela como una variable explicativa importante de este incremento de mujeres que vivan solas, dado la mayor esperanza de vida de

**Cuadro 4:**  
**Composición del hogar de médicos activos mayores de 55 años por sexo**  
(en porcentajes)

| COMPOSICIÓN DEL HOGAR | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|-----------------------|---------|---------|-------|
| Vive solo             | 1.6     | 17.9    | 6.7   |
| Vive con otros        | 98.4    | 82.1    | 93.3  |
| Total                 | 68.5    | 31.5    | 100.0 |
| N= (175 casos)        |         |         |       |

Fuente: Filardo, V. Informe de encuesta " Diagnóstico de PPJ". SMU. 1995

**Cuadro 5:**  
**Composición de médicos jubilados mayores de 55 años por sexo**  
(en porcentajes)

| COMPOSICIÓN DEL HOGAR | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|-----------------------|---------|---------|-------|
| Vive solo             | 6.0     | 29.2    | 13.5  |
| Vive con otros        | 94.0    | 70.8    | 86.5  |
| Total                 | 67.6    | 32.4    | 100.0 |
| N= (74 casos)         |         |         |       |

Fuente: Filardo, V. Informe de encuesta " Diagnóstico de PPJ". SMU. 1995

**Cuadro 6:**  
**Estado civil por sexo de médicos jubilados mayores de 55 años**  
 (en porcentajes)

| ESTADO CIVIL  | MUJERES | HOMBRES | TOTAL |
|---------------|---------|---------|-------|
| Casado        | 20.8    | 82.0    | 62.2  |
| Divorciado    | 12.5    | 2.0     | 5.4   |
| Soltero       | 29.2    | 2.0     | 10.8  |
| Viudo         | 37.5    | 14.0    | 21.6  |
| Total         | 32.4    | 67.6    | 100.0 |
| N= (74 casos) |         |         |       |

Fuente: Filardo, V. Informe de encuesta " Diagnóstico de PPJ". SMU. 1995

las mujeres frente a los hombres). El 30% de las mujeres jubiladas viven solas frente a un 6 % de los hombres en igual condición (cuadro 5).

Las mujeres que integran la población médica pasiva, muestran una situación de mayor "debilidad" en relación al entorno familiar que los hombres. El entorno familiar, constituye uno de los referentes vinculares y afectivos que "condicionan" cómo se transite la etapa jubilatoria.

Entre los médicos jubilados mayores de 55 años jubilados, se encuentra que el 82 % de los varones están casados, frente a casi un 21 % de las mujeres en igual situación. Existe un porcentaje mayor de mujeres divorciadas que de hombres que en la etapa jubilatoria mantienen esa condición (o al menos viven sin pareja) y un porcentaje de casi el 38% de las mujeres que son viudas, frente a un 14% de los hombres. Las mujeres médicas solteras jubiladas mayores de 55 años alcanzan a un 30% del total de las mujeres encuestadas, frente a un 2% de los hombres en igual situación.

Se advierte que el peso de divorcios, viudez y soltería para el caso de las mujeres, es siempre relativamente mayor al de los hombres. Este hecho marca un contexto diferencial en relación a la trama vincular familiar de hombres y mujeres médicos en la etapa jubilatoria, que es de orden atender a la hora de diseñar programas de intervención social (cuadro 6).

El que un tercio de las mujeres médicas se mantengan solteras, sugiere que para esa generación en particular (los médicos mayores de 55 años a 1996) la compatibilización de los roles profesionales y familiares fuera más difícil para las mujeres que para los hombres.

Atendiendo a las consideraciones de Cornell (1997), se compara la cohorte de las médicas mayores de 55 años con la de las mujeres de Montevideo de la misma cohorte etaria, según el censo de 1996 (cuadro 7).

Reprocesando la encuesta de médicos pasivos, y considerando sólo aquellos que tienen 65 años y más, para hacer las cifras comparables a los datos procesados del censo 1996, para Montevideo (cuadro 8).

Como se ve de la comparación con la población mayor de 65 años, de la ciudad de Montevideo, la proporción de mujeres médicas solteras (32%), es muy superior a la de las mujeres solteras de la ciudad. (11 %) de edades similares, lo cual coincidiría con la hipótesis de la dificultad de compatibilizar los roles profesionales y familiares que han tenido que enfrentar estas mujeres para ejercer como profesionales en su vida.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Actualmente el rol de compatibilización de los roles familiares y laborales es fuente de un intenso debate, que, en algunos casos, llega a la

**Cuadro 7:**  
**Población de Montevideo mayor de 55 años por estado civil y sexo**  
 (en porcentajes)

| ESTADO CIVIL             | MUJERES | HOMBRES | TOTAL   |
|--------------------------|---------|---------|---------|
| Casado <sup>12</sup>     | 32.4    | 75.0    | 48.2    |
| Divorciado <sup>13</sup> | 7.5     | 5.2     | 6.7     |
| Soltero                  | 11.5    | 7.4     | 10.0    |
| Viudo                    | 48.6    | 12.4    | 35.1    |
| Total                    | 100.0   | 100.0   | 100.0   |
| N=                       | 121.745 | 71.706  | 193.451 |

Fuente: Censo de población y vivienda de 1996. Para Montevideo. INE

Las circunstancias en que las mujeres mayores de 55 años ejercían la profesión médica, conducen a una serie de “reglas”, de “estrategias”, de “decisiones” (en el sentido de Bourdieu) diferenciales a las que despliegan los hombres, que probablemente sean generadoras de que la carrera, el trabajo, la actividad médica, y posteriormente el retiro de la actividad profesional se signifiquen con componentes muy diferentes a la de los médicos varones.

El “sacrificio” en el orden personal que supone el ejercicio profesional para las mujeres (al menos para las actualmente mayores de 65 años) no puede en ninguna circunstancia ser considerado de la misma forma que para los varones de la misma cohorte. Es por ese motivo que la jubilación debe necesariamente tener connotacio-

nes de “pérdida” muy diferentes entre las mujeres que cumplen en estas condiciones que para los médicos varones. No debe perderse de vista que las mujeres que llegan solteras a la jubilación, se encuentran en una situación de “desamparo” y “soledad”, dado que en momento en que dejan

agenda política para el diseño de políticas sociales. A propósito ver: Magruga, Isabel “ El papel del Estado como garante de la compatibilidad entre el rol familiar y el laboral. Análisis de políticas familiares de los países de la Unión Europea. 190-1991” en *Dilemas del Estado de Bienestar*. Argentina. Visor. Madrid, 1997.

<sup>12</sup> Se considera la suma de los casados y las uniones libres.

<sup>13</sup> Se suman las categorías divorciados y separados.

**Cuadro 8:**  
**Médicos jubilados de 65 años y más por estado civil y sexo**  
 (en porcentajes)

| ESTADO CIVIL             | MUJERES | HOMBRES | TOTAL |
|--------------------------|---------|---------|-------|
| Casado <sup>12</sup>     | 18.2    | 81.3    | 61.4  |
| Divorciado <sup>13</sup> | 13.6    | 2.1     | 5.7   |
| Soltero                  | 31.8    | 2.1     | 11.4  |
| Viudo                    | 36.4    | 14.6    | 21.4  |
| Total                    | 31.4    | 68.6    | 100.0 |
| N= (70 casos)            |         |         |       |

Fuente: Filardo, V. Informe de encuesta “ Diagnóstico de PPJ”. SMU. 1995

de ejercer la profesión se encuentran que no formaron su familia. La jubilación las encuentra sin pareja, sin hijos, y sin nietos, entorno “natural” de los médicos varones.

¿Cómo puede explicarse el hecho (la regularidad estadística) que las mujeres médicas en un porcentaje casi tres veces mayor que el resto de las mujeres de la misma edad, no se casen? La pista la encontramos en la respuesta de una médica de esa generación que dice “era la regla”. La opción de ejercer como profesionales hacía que el “sentido del juego” marcara que no se pudieran compatibilizar (al menos no fácilmente) los roles familiares estereotipados para la mujer y el rol profesional. Por lo tanto el “sentido práctico” del que habla Bourdieu, y que estructura el campo médico, en dicho contexto espacio-temporal, llevaba a determinadas “estrategias matrimoniales” de las médicas de dicha generación que optaban por el ejercicio profesional: la estrategia era simplemente no casarse. El habitus, que puede ser definido como un conjunto de disposiciones adquiridas por el sentido del juego, por la experiencia vivida y continuada en una cierta posición social, que determina las estrategias de los agentes, — pero que no necesariamente se revelan como un cálculo racional e instrumental —, es el dispositivo generador de las prácticas de los agentes que a partir de sus disposiciones y representaciones hacen lo que saben (por sentido práctico) que se “puede hacer”.

*“La acción no es la simple ejecución de una regla, la obediencia a una regla. Los agentes sociales, ..., no son más autómatas regulados como relojes, según leyes mecánicas que se les escapan. En los juegos más complejos, los intercambios matrimoniales por ejemplo, o las prácticas rituales comprometen los principios incorporados de un habitus generador: este sistema de disposiciones, (...) se trata de disposiciones adquiridas por la experiencia, por lo tanto variables según los lugares y los momentos. Este “sens du*

*jeu” (sentido del juego) es lo que permite engendrar una infinidad de “golpes” adaptados a la infinidad de situaciones posibles que ninguna regla, por compleja que sea puede prever. Por lo tanto, he sustituido las reglas de parentesco por estrategias matrimoniales. Allí donde todo el mundo hablaba de reglas, de “modelo” de “estructura” un poco indiferenciadamente colocándose en punto de vista objetivo, el de Dios Padre que mira a los actores sociales como marionetas cuyas estructuras serían los hilos, todo el mundo habla hoy de estrategias matrimoniales (lo que implica ubicarse en el punto de vista de los agentes, sin hacer de ellos por eso calculadores racionales). Es necesario evidentemente quitar a esa palabra sus connotaciones ingenuamente teológicas: las conductas pueden ser orientadas con relación a fines sin estar conscientemente dirigidas por esos fines. La noción de habitus fue inventada, si puedo decirlo, para dar cuenta de esta paradoja. Asimismo, el hecho de que las prácticas rituales sean el producto de un “sentido práctico”, y no de una especie de cálculo inconsciente o de la obediencia de una regla, explica que los ritos sean coherentes, pero con esa coherencia parcial, nunca total, que es de las construcciones prácticas.” (Bourdieu, 1987 : 22)*

*“La estrategia es el producto del sentido práctico como sentido del juego, (...). El buen jugador, que es en cierto modo el juego hecho hombre, hace en cada instante lo que hay que hacer, lo que demanda y exige el juego. Esto supone una invención permanente, indispensable para adaptarse a las situaciones indefinidamente variadas, nunca perfectamente idénticas. Lo que no asegura la obediencia mecánica a la regla explícita, codificada (cuando existe). (...) El sentido del juego no es infalible, está desigualmente repartido, en una sociedad como en un equipo. A veces falta, especialmente en las situaciones trágicas, en que se apela a los entendidos (...) y que saben tomarse libertades con la regla oficial que permiten salvar lo esencia de aque-*

llo que la regla tendía a garantizar. Pero esta libertad de invención, de improvisación, de improvisación, que permite producir la infinidad de jugadas hechas posibles por el juego (como en el ajedrez) tiene los límites que el juego. (...) Se ve que no se puede plantear el problema en términos de espontaneidad y de coerción, de libertad y de necesidad, de individuo y de social. El habitus como sentido del juego es el juego social incorporado, vuelto naturaleza. Nada es más libre ni más restringido a la vez que la noción del buen jugador. (...) El habitus como social inscrito en el cuerpo, en el individuo biológico, permite producir la infinidad de los actos de juego que están inscritos en el juego en estado de posibilidades y exigencias objetivas; las coerciones y las exigencias del juego, por más que no estén encerradas en un código de reglas, se imponen a aquellos — y a aquellos solamente — que, porque tienen el sentido del juego, es decir el sentido de la necesidad inmanente del juego, están preparados para percibirlos y cumplirlas. Esto se traspone fácilmente al caso del casamiento. Como lo mostré en el caso de del bearnese y de kabília, las estrategias matrimoniales son el producto no de la obediencia a la regla sino del sentido del juego que conduce a “elegir” el mejor partido posible dado el juego del que se dispone, es decir los triunfos o las malas cartas (...) y el arte de jugar del que se es capaz, la regla del juego explícita (...) al definir el valor de las cartas. Y las regularidades que se pueden observar, gracias a la estadística, son el producto agregado de acciones individualmente orientadas por las mismas restricciones objetivas (las necesidades inscritas en la estructura del juego o parcialmente objetivadas en las reglas) o incorporadas (el sentido del juego, él mismo desigualmente distribuido porque hay en todas partes, en todos los grupos, grados de excelencia). “ (Bourdieu, 1987:71).

Los datos presentados antes, muestran que la “regularidad estadística” que esta población señala en torno a la compo-

sición familiar de las médicas y médicos de la cohorte estudiada, si bien no se constituye en “norma” (sancionada jurídicamente), sin duda conforma una “regla” de comportamiento de las médicas de esta generación, para las cuales la conjugación de la carrera profesional y los roles tradicionales de “mujer- ama de casa- criadora de hijos”, no eran fáciles de compatibilizar<sup>14</sup>.

Esto hace que en una muy alta proporción fueran profesionales solteras, con una dedicación muy alta a su labor profesional y que decidieran “sacrificar” otros contextos vitales a favor de la actividad médica. Sin embargo, a la hora de la jubilación, estos “costos”, se resignificarán.

Más aún cuando la jubilación es “impuesta” simplemente por la edad. En el caso de retiro por llegar a topes etarios para el ejercicio profesional, se presenta la sensación de “falta de reconocimiento” institucional y social de la carrera desarrollada y de los “sacrificios” que en la vida personal de las médicas, en particular, esto trajo aparejado.

Es notorio que la jubilación connota una serie de transformaciones en la vida de las personas. Constituye una nueva etapa vital, que requiere de una reestructuración completa de la vida cotidiana. El trabajo, es el principal eje estructurador de las personas en la sociedad contemporánea. Define habitus, normas de comportamiento, estilos de vida, relaciones sociales, posiciones sociales, status, reconocimientos, estructura los tiempos y los espacios en los que se mueve cada sujeto. El retiro de la actividad define incluso la entrada en la vejez o la ancianidad. Es indudable que el

<sup>14</sup> Bourdieu a lo largo de su obra sistemáticamente distingue entre regularidad (que es estadística), regla para el comportamiento de los agentes (que está determinada por el habitus y el “sentido del juego” que estructura el campo en el que éstos se mueven) y norma (norma conscientemente enunciada y respetada por los agentes) o “regla codificada”. Esta distinción es sumamente útil en este trabajo.

trabajar o no trabajar (en forma remunerada), conduce a cambios en la vida cotidiana de una magnitud considerable. La trama vincular (básicamente la familia) es un factor de singular relevancia a la hora de considerar el impacto que la jubilación producirá en los médicos, y este advierte diferencias significativas según género. Por lo tanto, así como en relación al trabajo, la dimensión género se releva como indispensable, en cualquier análisis de la etapa jubilatoria éste no puede omitirse.

Sirvan apenas estos datos para situar la necesidad de "colocar" la dimensión de género en instancias que referirán a políticas sociales, y/o de promoción social destinadas a "mejorar la calidad de vida en la etapa jubilatoria", en este caso de los médicos, pero que sin duda trasciende a una profesión u ocupación específica, y se convierte en necesidad el abordarla tanto en relación al trabajo como en el retiro de la actividad laboral remunerada. Especialmente en países como Uruguay en que la población mayor de 65 años tiene un peso relativo significativo y en aumento.

### Bibliografía

AGUIRRE, Rosario. *Sociología y género. Las relaciones de hombres y mujeres bajo sospecha*. Doble Click. Soluciones Editoriales. 1998

BOURDIEU, Pierre. *Cosas Dichas*. GEDISA. 1987

-----*La Distinción*. TAURUS, 1982

Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios. "La seguridad social de los profesionales universitarios en el Uruguay". Asesoría Técnica de Planificación y Control de Gestión. Publicación N° 8. Montevideo, marzo 1998.

CONNELL, R.W. "La organización social de la masculinidad". En *Masculinidad/ des. Poder y Crisis*. T. Valdés y J. Olavarría.

Eds. ISIS Internacional FLACSO Chile 1997. Ediciones de las Mujeres N° 24. Pp 31-48.

FILARDO, Verónica. "Informe de investigación. Diagnóstico sobre actitudes, representaciones e impacto de la los médicos activos y pasivos frente a la jubilación". Comisión de Preparación para la Jubilación de los Médicos (PPJ) del Sindicato Médico del Uruguay. 1995.

FRASER, Nancy. "¿Qué tiene de crítica la teoría crítica? Habermas y la cuestión de género". En *Teoría Feminista y Teoría Crítica*. Comp. Benhabib, S y Cornell, D Ediciones Alforns el Magnanim, Valencia 1990. Pp 89-117-

Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Viviendas de la República Oriental del Uruguay. Departamento de Montevideo. 1996.

Instituto de Ciencias Sociales. "IV Censo de Estudiantes Universitarios (1988). TOMO I Informe del Relevamiento". Dirección General de Planeamiento. Montevideo, julio 1989.

LABADIE, Gastón. "La mujer universitaria uruguaya". Universidad de la República. Instituto de Estudios Sociales. División de Publicaciones y Ediciones. Serie Inv. N° 5. Montevideo, 1980.

MADRUGA, Isabel. "El papel del Estado como garante de la compatibilidad entre el rol familiar y el laboral. Análisis de las políticas familiares de los países de la Unión Europea 1980-1991" en *Dilemas del Estado de Bienestar*. Argentina. Visor, Madrid, 1997.

Universidad de la República. "Informe de avance N° 2. V Censo de Estudiantes de la Universidad de la República". Oficina del Censo. UDELAR. Mimeo, 1999

RUSSELL HOSCHSCHILD, A. "The culture of politics: tradicional, post-modern, cold-modern, and warm-modern ideals of care" en *SOCIAL POLITICS*, 1995 pp. 331-346. \*

### *Resumen*

Este trabajo aborda algunas de las diferencias que enfrentan hombres y mujeres en la etapa jubilatoria, al interior de los profesionales de la medicina. Se entiende que los impactos que produce la jubilación en la vida de las personas, responden también a las decisiones y estrategias tomadas durante el ciclo laboral. En este sentido, la dimensión de género, resalta como significativa. Se pretende interpretar sociológicamente las regularidades estadísticas encontradas al interior de la población médica mayor de 65 años, entre hombres y mujeres, así como las diferencias que se registran entre las mujeres mayores de 65 años y las mujeres médicas del mismo tramo etario de la ciudad de Montevideo.

Se intenta responder a lo siguiente: ¿qué determinaciones tuvo, para una cohorte de médicas (hoy mayores de 65 años) una determinada composición por sexos de la actividad médica, en relación a sus vidas como profesionales activas? ¿cuáles son las consecuencias derivadas de lo anterior para la etapa jubilatoria de estas mujeres? ¿Puede el diseño de un programa de intervención social (orientada a la preparación para la jubilación de los médicos), hacer caso omiso a estas condiciones propias de la mujeres, o debe incluir necesariamente la lectura del subtexto género?

**Palabras claves:** género, tercera edad, profesionales universitarias, jubilación.\*