

Informe Salud y Género 2007-2008

Mujeres y hombres
en las profesiones sanitarias

Informe Salud y Género 2007-2008

Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud



El *Observatorio de Salud de la Mujer* (OSM) es un organismo de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social desde el año 2004. Su fin es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género. Actúa de manera participativa y colaborativa para generar y difundir conocimiento que permita el análisis de género y promueva la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas y sistemas de salud.

©2009 Ministerio de Sanidad y Política Social

NIPO papel: XXX-XX-XXX-X

NIPO CD: XXX-XX-XXX-X

NIPO en línea: XXX-XX-XXX-X

Coordinador de la edición: Hubert Hanrath. Projectes editorials i comunicació

Diseño gráfico: estudi jordi sàries comunicació gràfica

Diseño original: www.elvivero.es

www.060.es

Equipo de trabajo

Noelia Álvarez Díaz

Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (DGACSNS), Ministerio de Sanidad y Política Social

Rosalía Bueno Salinero

Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Esther Castellanos Torres

Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Concepción Colomer Revuelta

Subdirectora General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad y Directora del Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Beatriz Elola Ruiz de la Sierra

Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Isabel Espiga López

Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Rosa López Rodríguez

Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Ruth Martínez Otero

Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Isabel Saiz Martínez-Acitores

Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Isabel Soriano Villarroel

Observatorio de Salud de la Mujer, DGACSNS, Ministerio de Sanidad y Política Social

Colaboraciones

Lligam Recerca Coop. V. (consultora)

Agradecimientos por la revisión del manuscrito y aportaciones al comité editorial del Informe Salud y Género 2007-2008

Lucía Artazcoz Lazcano

Agència de Salut Pública de Barcelona

Luis Bonino Méndez

Director de Centros de Estudios de la Condición Masculina

Vicenta Escribá-Aguir

Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

Carmen Fernández Alonso

Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León

Daniel La Parra Casado

Universidad de Alicante

Luis Andrés López Fernández

Escuela Andaluza de Salud Pública

Soledad Márquez Calderón

Agencia de Evaluación y Tecnologías Sanitarias, Junta de Andalucía

Lucía Mazarrasa Alvear

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Política Social

Consuelo Miqueo Miqueo

Universidad de Zaragoza

Asunción Prieto Orozco

Coordinadora del Observatorio semFYC

Izabella Rohlf's Barbosa

Servei Català de la Salut, Regió Sanitària de Girona

Isabel Ruiz Pérez

Escuela Andaluza de Salud Pública

Carme Valls Llobet

Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS)

Sara Velasco Arias

Consultora

Índice

Resumen ejecutivo	7
Introducción	9
Universidades: producción del conocimiento y su difusión	11
Alumnado universitario	12
Personal universitario	20
Cargos de dirección y administración	24
Investigación	26
Carrera investigadora	26
Revistas científicas	33
Sociedades científicas y profesionales	39
Servicios sanitarios	45
Personal sanitario	45
Estereotipos de género en el sistema sanitario	52
Atención diferenciada	56
Diferente atención en la consulta	57
Diferencias en el diagnóstico y el esfuerzo terapéutico	57
Diferencias en el nivel de satisfacción	58
Formación en género y salud	61
Conclusiones	64
Propuestas para la acción	66
Bibliografía	67

Resumen ejecutivo

En los últimos años, la incorporación de las mujeres al mercado laboral no ha traído de la mano la inclusión de la mayoría de los hombres en el espacio de la reproducción doméstica y del cuidado. En este sentido, en el año 2007 la tasa de actividad femenina era del 49 % mientras que la masculina era del 69 %, según la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística. El crecimiento desde 1999 hasta 2007 ha sido de 10 puntos porcentuales, según Eurostat.

Por ello, las mujeres están asumiendo multiplicidad de roles y una doble o triple jornada laboral. Esta sobrecarga de funciones no sólo tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres (*Informe Salud y Género 2006*), sino que impide el normal acceso de las mujeres a puestos de poder y toma de decisiones. Esto produce efectos negativos, que se analizan en el presente informe, relativos a la carrera profesional de las mujeres, a una escasa proyección de los valores femeninos en la organización y dirección de la actividad sanitaria, a una encubierta infravaloración social de las profesiones feminizadas y a un dominio simbólico de lo masculino en todos los sectores afectados: formación, investigación, asistencia, gestión y comunicación en el sistema sanitario.

Por el momento, pese al hecho de que las mujeres estudiantes son mayoría en las universidades, también en las especialidades de ciencias de la salud su presencia como docentes dista mucho de la paridad. Los puestos que ocupan son de menor rango que los de los hombres, incluso en las profesiones más feminizadas, tal y como puede ser enfermería. Llama la atención la ausencia de catedráticas en pediatría o ginecología y obstetricia. Asimismo, su presencia en los órganos de representación y administración universitarios aún es minoritaria y limitada a puestos intermedios.

La presencia desigual de las mujeres en los puestos docentes se reproduce en el ámbito de la investigación, en el cual ocupan, en mayor medida, los puestos de menor rango. También están menos representadas como investigadoras principales en las convocatorias de financiación pública de proyectos de investigación. Además, si se tiene en cuenta la sobrecarga familiar y la presión social, todo ello se traduce en menor presencia en las revistas especializadas, como autoras o formando parte de comités de redacción y revisión, todo lo cual revierte en menor éxito profesional.

La situación en el sistema sanitario es paralela a la de las universidades: concentración en los puestos de trabajo menos valorados y ausencia en los puestos y especialidades más reconocidos. También se observa menor presencia de mujeres en los cargos directivos y de responsabilidad.

Esta situación se debe, en parte, a una serie de estereotipos, por los cuales se continúa pensando que algunas especialidades son más propias de las mujeres o que ellas no tienen capacidad para asumir un cargo de responsabilidad profesional a causa de sus responsabilidades familiares. Los medios de comunicación en muchas ocasiones actúan como difusores de estos estereotipos sin fundamento y, por tanto, ahondan en la dificultad de superarlos.

Por último, se constata una atención diferenciada por parte de médicos y médicas en cuanto a las dolencias y pruebas diagnósticas, los estilos comunicativos, el tiempo de dedicación, la información que ofrecen, etc. y todo ello se traduce en el hecho de que la población usuaria manifieste preferencia en la elección del o de la profesional en función de su sexo. También se detecta un diferente esfuerzo terapéutico por parte de las y los profesionales a la hora de tratar las mismas enfermedades en hombres y en mujeres. Como resultado, algunas investigaciones e indicadores apuntan a diferentes niveles de satisfacción entre usuarias y usuarios.

Introducción

La entrada de las mujeres en el mercado laboral remunerado es un hecho innegable. Durante las últimas décadas, centenares de miles de mujeres han pasado del trabajo reproductivo al sector productivo sin abandonar el primero. Precisamente, el hecho de no haber abandonado las tareas de cuidado y reproducción de la esfera doméstica ha sido analizado como un factor limitador del desarrollo pleno de las capacidades de las mujeres.

En los *Informes Salud y Género 2005 y 2006* se han podido constatar algunos de los efectos que tiene esta doble jornada laboral en forma de mayor probabilidad de enfermar o, también, en una categoría profesional inferior. De hecho, en el último informe se analizaban las profesiones sanitarias en el contexto de la edad en que se producen los reconocimientos en la carrera laboral. Un análisis de las profesiones sanitarias tenía que ser, por fuerza, más extensivo y comprender las facetas relacionadas con la formación, la promoción y el reconocimiento, en el contexto de las profesiones sanitarias, pero también en el de la paridad y las posibles diferencias de profesionales, mujeres y hombres, en la atención sanitaria.

En los últimos años, varias disposiciones a nivel europeo, estatal y autonómico han ido regulando la igualdad entre mujeres y hombres. Algunos ejemplos son las directivas europeas que fomentan la igualdad de trato en las esferas formativas, profesionales y de acceso a bienes y servicios (2002/73/CE y 2004/112/CE) o la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Este marco legislativo es crucial para la reflexión sobre algunos de los datos y cifras que se manejan en este informe y debe constituirse en el impulso que permita desarrollar la igualdad y la paridad en los servicios relacionados con la salud.

En este sentido, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres recoge, en varios de sus artículos, los ejes de educación, investigación y salud. Así, marca las directrices para integrar el principio de igualdad de oportunidades, tanto en las políticas de educación como en las políticas de salud. En el caso de las Administraciones educativas, se tendrán que desarrollar acciones que incorporen el principio de igualdad, tanto en los cursos como en los programas de formación del profesorado, como enseñanzas en materia de igualdad entre mujeres y hombres; asimismo, indica la necesidad de promover una presencia equilibrada de mujeres y hombres en los órganos de control y gobierno de los centros docentes (Arts. 24 y 25). En cuanto al ámbito sanitario, señala que las Administraciones públicas, a través de los servicios de salud u órganos competentes, tendrán que desarrollar acciones que fomenten la investigación científica, atendiendo a

las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, sobre todo en lo que se refiere al acceso y al esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales. Además, reitera la necesidad de integrar el principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, así como llevar a cabo acciones dirigidas a conseguir una presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Todo ello se desarrollará sin olvidar la importancia que tiene la obtención y el tratamiento de los datos de manera desagregada por sexo, de los registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria (Art. 27).

Afortunadamente, desde hace unos años y por acuerdo internacional, comienza a ser habitual disponer de estadísticas desglosadas por sexos, lo que facilita el análisis desde la perspectiva de género. Aun así, varias de las fuentes consultadas no permiten la observación desagregada por sexos, por lo que la situación diferenciada de las mujeres respecto a los hombres en estos casos continúa siendo invisible a efectos de análisis. En cambio, algunos organismos no sólo han puesto en práctica el desglose por razón de sexo de las estadísticas, sino que han llevado a cabo planes de igualdad con resultados esperanzadores.

Universidades: producción del conocimiento y su difusión

La ciencia es una actividad social productiva de primer orden en nuestras sociedades desarrolladas. Implica, al menos, tres grandes actividades interrelacionadas y políticamente dirigidas: producción, difusión y consumo de nuevo conocimiento, que se llevan a cabo en un contexto altamente competitivo, también en el caso de las ciencias de la salud (López Piñero, 1992; Callón, 1995; Gibbons, 1997; Ridsdale, 2000, y Sackett, 2000). Para acceder al sistema es necesario pasar por un largo y complicado proceso de adiestramiento que se completa tras la integración en una «comunidad científica». Se trata de una comunidad de personas expertas que valida, mediante retroalimentación, el conocimiento, los valores y la tecnología que genera en un proceso que suele ser cíclico y generalmente progresivo. Los «actores» o «agentes» de esa comunidad científica actúan de acuerdo con las normas, estilos, tradiciones o costumbres, objetivos y metodologías, incluso evaluativas, que les son propios. Esa cultura masculina y femenina que llega al laboratorio, a la clínica o a la mesa de evaluación, por medio de hombres y mujeres, no es tan neutral como se pensaba. Hasta hace poco se creía que el conocimiento científico era neutro y estaba a salvo de cualquier parcialidad, pero cada vez es más evidente que está influido por la cultura y la ideología de las personas que lo generan, transmiten y consumen (Laudan, 1986; Woolgar, 1991; Latour, 1992 y 1995; Gibbons, 1997, y Medina, 1997).

La detección de las diferencias en los modos de enfermar de mujeres y hombres o los efectos en la salud del distinto patrón de su socialización en nuestra sociedad occidental y desarrollada no habría sido posible sin la investigación desarrollada en las últimas tres décadas en los centros y seminarios de estudios de las mujeres o estudios feministas de las universidades euroamericanas (*women's studies*; Ortiz, 2006). La nueva literatura médica publicada y accesible en las conocidas bases de datos bibliográficas Medline/PubMed, Embase o Science Citatio Index ha puesto de manifiesto distorsiones del saber científico convencional que se denominan «sesgos de género»¹.

1 Sobre este fenómeno véanse los *Informes Salud y Género* de los años 2005 y 2006. Entre las publicaciones de síntesis más recientes que han tenido como objeto poner de manifiesto sesgos de género destaca la monografía de la Sociedad Española de Epidemiología *Investigación en género y salud*, coordinada por Carmen Borrell y Lucía Artazcoz, en la cual colaboran Cascant, Cortés y otras. En el campo de la historia de la medicina destaca el trabajo de Teresa Ortiz y Denise Bernuzzi, *Perspectives on gender and healthy*, que cuenta con las colaboraciones de

Los sesgos de género han sido explicados como efectos secundarios (no previstos, no deseados e inconscientes en muchas ocasiones) del hecho que la ciencia y la tecnología hayan sido actividades profesionales casi exclusivamente masculinas hasta hace muy poco tiempo.

Aunque el cuidado de personas enfermas haya sido una actividad tradicionalmente femenina, la producción y difusión de nuevo conocimiento científico en ciencias de la salud todavía tiene un perfil intensamente masculino (Ortiz, 2001; Arrizabalaga, 2005; Germán, 2006 y 2008, y González, 2007). Hoy día se considera que la feminización de la profesión médica ha sido clave para poner de manifiesto sesgos y problemas diferenciales ignorados hasta hace muy poco entre los profesionales de la salud (Bonder, 2008 y Yago, 2008). Por ello, es necesario atender específicamente al sistema de producción y difusión del nuevo conocimiento para prevenir sesgos androcéntricos del saber científico biomédico y proporcionar la mejor información disponible, neutral y universal, a enfermos y enfermas. En ese sistema, interesa analizar particularmente el proceso de conformación de los nuevos equipos profesionales y científicos para planificar y procurar una equilibrada presencia de científicas, médicas, farmacéuticas, biólogas, psicólogas, etc. Es relevante observar y describir, por ello, el proceso de socialización y el desarrollo de la carrera profesional de hombres y mujeres y el papel directivo o subordinado en los procesos de selección y evaluación de la sociedad del conocimiento en relación con la salud.

Alumnado universitario

En primer lugar, se comenta el acceso del alumnado, es decir, de qué manera se produce la llegada y a qué especialidades se dirige éste, siempre teniendo en cuenta la variable «sexo».

La población que pasa por las pruebas de acceso a la universidad (PAU), que representa casi el 90 % de los accesos a las universidades, es mayoritariamente femenina: el 58 % de mujeres frente al 42 % de hombres.

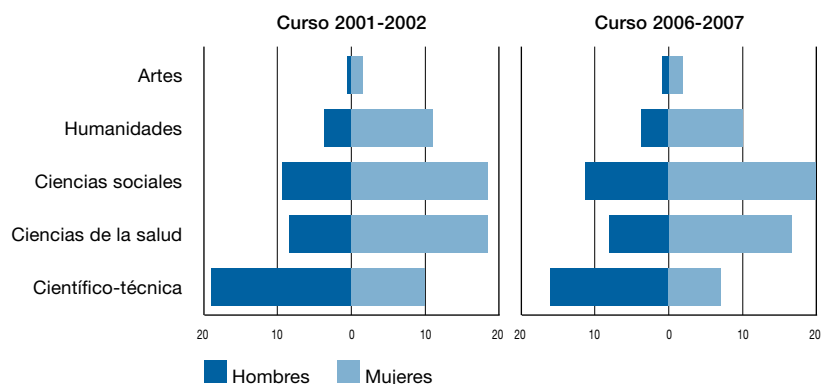
Sin embargo, la trayectoria que las y los estudiantes han escogido para llegar a las pruebas de acceso a la universidad es diferente en función del sexo. Pese al hecho de que en ocasiones se argumenta que el cambio en la elección de los estudios por razón de género ya es palpable, cuando se observa la distribución de las trayectorias por sexo, este cambio es más que dudo-

Cabré Flecha y otras. Deben consignarse dos monografías individuales sobre sesgos de género y amplia difusión, realizadas desde una perspectiva biomédica y psicosocial, respectivamente, *Mujeres invisibles* de Carme Valls y *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud* de Sara Velasco.

so. Tal y como muestra la figura 1, desde 2001 hasta 2007 la única trayectoria que aumenta de forma considerable, tanto entre las mujeres como entre los hombres, es la de ciencias sociales. También es significativo el incremento en las especialidades científico-técnicas aunque éstas sólo son perceptibles en los hombres. En cambio, menos mujeres en 2007 que en 2001 se decantan por estudios de esta rama. Las ciencias de la salud continúan siendo una prioridad para las mujeres aunque, a diferencia de 2001, aquéllas se ven superadas por las ciencias sociales y jurídicas.

La inserción en los estudios universitarios prácticamente coincide con las trayectorias escogidas durante el bachillerato. De nuevo puede observarse en la figura 2 la mayor inclinación de las mujeres por las ciencias sociales y de la salud aunque también por las ciencias experimentales. Los hombres

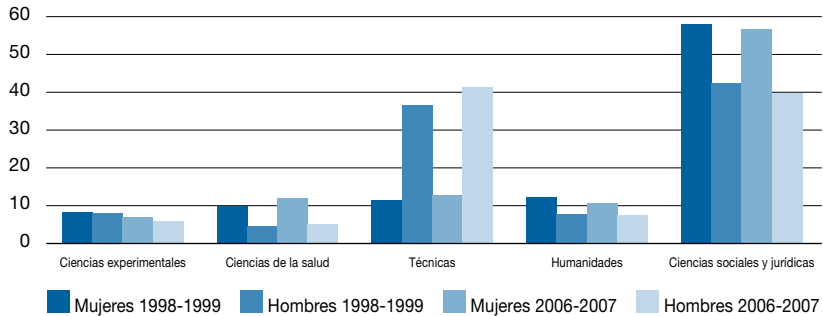
Figura 1. Pruebas de acceso a la universidad, 2001-2007*



	Hombres		Mujeres	
	2001-2002	2006-2007	2001-2002	2006-2007
Artes	0,63	0,71	1,46	1,77
Humanidades	3,74	3,56	10,89	9,97
Ciencias sociales	9,32	11,10	18,32	19,87
Ciencias de la salud	8,39	8,04	18,33	16,60
Científico-técnica	18,96	15,85	9,97	6,98

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Estadística de la Enseñanza Universitaria en España.
*En el caso de 2007 se obvia, por razones de comparabilidad, la opción Combinadas que, además, presenta una distribución porcentual bastante equilibrada por razón de sexo.

Figura 2. Alumnado por estudio y sexo, cursos 1998-1999 y 2006-2007

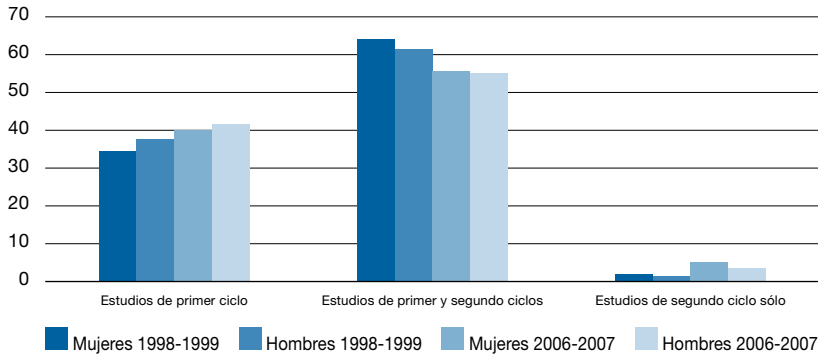


	Mujeres		Hombres	
	1998-1999	2006-2007	1998-1999	2006-2007
Ciencias experimentales	8,36	7,12	8,06	5,84
Ciencias de la salud	10,01	12,12	4,58	5,13
Técnicas	11,52	13,07	36,88	41,43
Humanidades	12,19	10,66	7,97	7,72
Ciencias sociales y jurídicas	57,92	57,03	42,50	39,88

Fuente: INE. Estadística de la Enseñanza Universitaria en España.

se concentran más en las carreras técnicas, con un incremento entre los años 1998 y 2007 que supera al crecimiento de las mujeres en el mismo período, por lo que la hipótesis del cambio en este sector es más deseo que realidad. Con todo, las diferencias no sólo afectan el tipo de carrera que se desea cursar, sino también la categoría profesional que se adquirirá al finalizar los estudios. Tal y como se observa en la figura 3, a finales de los años noventa del siglo pasado más del 30 % de las personas que estudiaban una carrera elegía un primer ciclo. En los últimos años, la cifra alcanza el 40 %, pero si se observan los números absolutos, cada vez menos hombres apuestan por los estudios de primer ciclo mientras que la cantidad de mujeres no ha dejado de aumentar año tras año, pasando de 290.021 en 1998 a 298.992 en 2007. Si el aumento se mantiene, las mujeres tendrán una categoría profesional menor que los hombres y se perpetuará la brecha salarial entre mujeres y hombres, y en muchos casos el efecto no deseado es consecuencia de la estructuración de los estudios desde un punto de vista androcéntrico de ma-

Figura 3. Distribución de estudiantes por ciclos y sexo, curso 1998-1999 y 2006-2007



	Mujeres		Hombres	
	1998-1999	2006-2007	1998-1999	2006-2007
Estudios de primer ciclo	34,44	39,54	37,30	41,44
Estudios de primer y segundo ciclos	63,67	55,50	61,24	54,93
Estudios de segundo ciclo sólo	1,89	4,96	1,46	3,62

Fuente: INE. Estadística de la Enseñanza Universitaria en España.

nera que la importancia de los estudios reside en el hecho de que éstos se encuentren dentro de las atribuciones estereotipadas de los hombres o no. La actual reforma de los títulos universitarios para el marco europeo puede ser la ocasión para cambiar ciertos valores de género asignados a las titulaciones y profesiones (algunos ejemplos son enfermería o trabajo social).

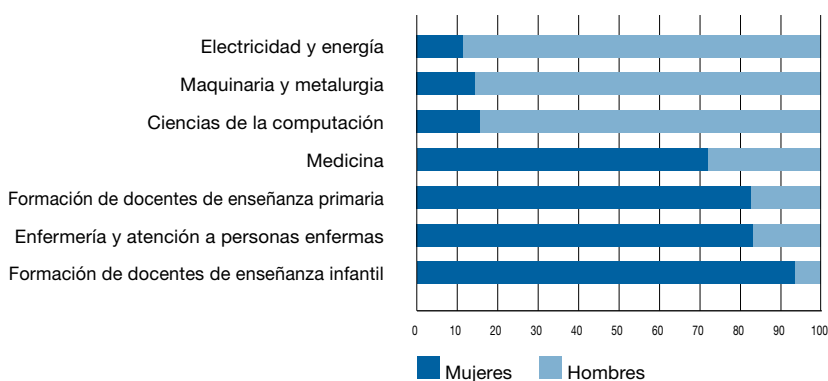
Los datos cuantitativos sugieren que no se ha modificado sustancialmente el patrón de las sociedades patriarcales o preigualitarias salvo en el carácter formal y contractual de las actividades laborales. Esta diferenciación hereda la tradicional dedicación de la *mater familiae* a la educación de los(las) hijos(as), la salud de la familia y/o barrio y el gobierno de la casa y hacienda.

¿A qué puede deberse esta diferenciación entre las carreras consideradas como masculinas y las consideradas como femeninas? Una de las hipótesis que se consideran desde el campo de la sociología explica que la distinción se realiza entre los campos del cuidado y de la provisión. Así, las mujeres se inclinarían más por los estudios relacionados con el cuidado y la atención a las personas, como magisterio, o en el campo de la salud, estudios

como enfermería. En cambio, los hombres se dedicarían a especialidades relacionadas con el control del entorno natural y social, como las ingenierías (Izquierdo et al, 2008).

Cuando se comparan los estudios en que las mujeres están más representadas con aquellos que tienen mayor representación de hombres, se comprueba que la hipótesis es válida. De esta manera, las tres carreras con mayor porcentaje de hombres están relacionadas con la tecnología y el manejo de las energías (fig. 4). En cambio, las tres carreras más feminizadas son enfermería y enseñanzas infantil y primaria, con lo que se está reproduciendo el rol de cuidados de las mujeres en el ámbito doméstico.

Figura 4. Porcentaje de mujeres y hombres en diferentes estudios (códigos CNED), curso 2006-2007



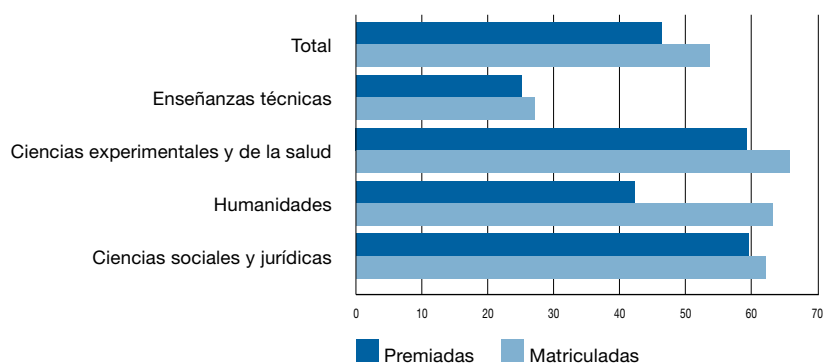
	Total	Mujeres	Mujeres (%)	Hombres (%)
Electricidad y energía	2.589	284	10,97	89,03
Maquinaria y metalurgia	5.963	845	14,17	85,83
Ciencias de la computación	15.473	2.388	15,43	84,57
Medicina	4.906	3.509	71,52	28,48
Formación de docentes de enseñanza primaria	8.864	7.309	82,46	17,54
Enfermería y atención a personas enfermas	10.257	8.535	83,21	16,79
Formación de docentes de enseñanza infantil	7.573	7.066	93,31	6,69

Fuente: INE. Estadística de la Enseñanza Universitaria en España. CNED, Clasificación Nacional de Educación.

En concreto, al hablar específicamente de salud, se suele centrar el debate en los aspectos sanitarios y se deja a un lado todo lo que tiene que ver con los cuidados. Olvidarse de los cuidados es también olvidarse del papel de provisión de cuidados que las mujeres han desarrollado históricamente (Iglesias, 2003). La sociedad etiqueta estos estudios y las profesiones asociadas como propios de las mujeres, con lo que es difícil superar la división sexual del trabajo. Los medios de comunicación también se encargan de construir el estereotipo asociado a las profesiones, no sólo sexual sino también de apariencia y representación. Posteriormente se observará qué incidencia tiene esta clasificación sobre la misma visión de las profesionales que optan por itinerarios que *a priori* no son propios de las mujeres.

La excelencia en los estudios también presenta desigualdades. En un estudio reciente se ha podido comprobar que la distribución de premios nacionales de fin de carrera dista de ser paritaria. Las mujeres obtuvieron entre los cursos 1985-1986 y 2002-2003 el 39,4 % de los premios y en las enseñanzas técnicas y humanidades hay menos mujeres representadas (entre el 18,8 y el 45,3 %, respectivamente). En la figura 5 se observa que el caso de

Figura 5. Mujeres matriculadas y premios nacionales de fin de carrera

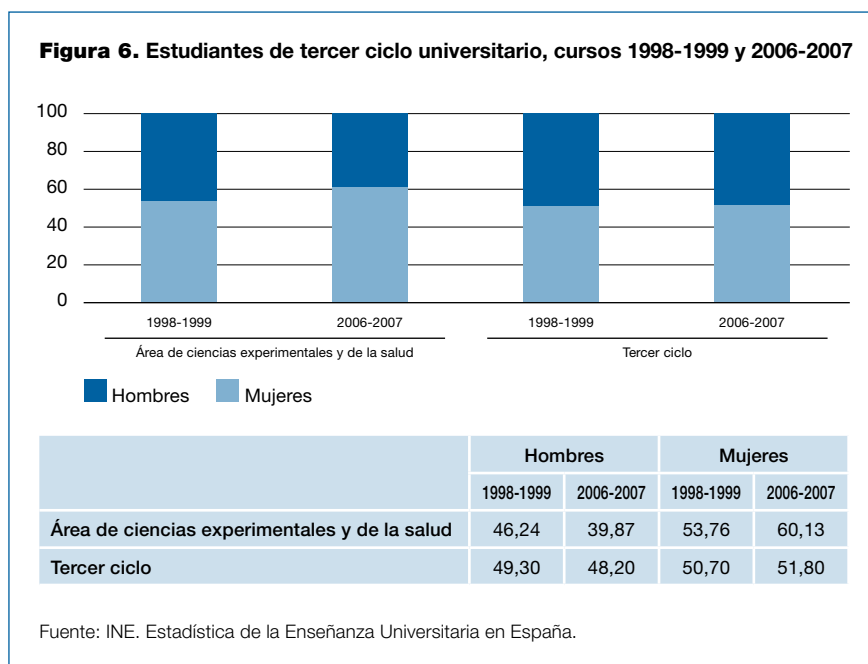


	Premiadas	Matriculadas
Total	46,5	53,6
Enseñanzas técnicas	25,3	26,9
Ciencias experimentales y de la salud	59,4	65,6
Humanidades	42,3	63,2
Ciencias sociales y jurídicas	59,4	62,0

Fuente: Carrera et al, 2008.

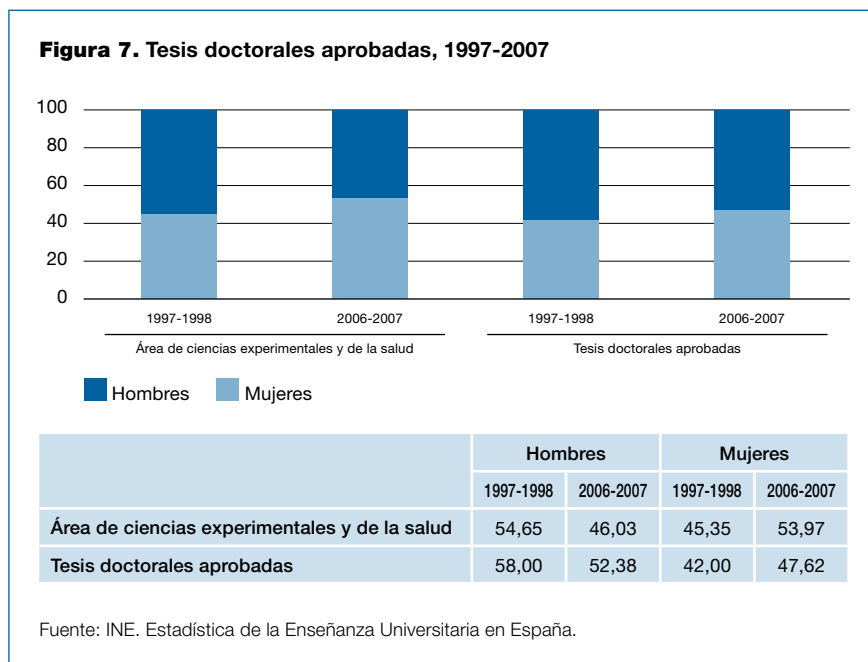
humanidades presenta la mayor desproporción entre el porcentaje de alumnas matriculadas, que en el último curso analizado es el 63 %, y el porcentaje de alumnas premiadas, que se sitúa en el 42 % (Carrera et al, 2008).

Asimismo, conviene no olvidar que la etapa universitaria no acaba con los estudios de primer o segundo ciclo. Una parte de las y los estudiantes continúan con los estudios de doctorado, que conducen a la realización de la tesis doctoral y la consecución de una categoría profesional más elevada, dirigida a la docencia o la investigación en ámbitos universitarios. Por tanto, estudiar el acceso a doctorado permitiría avanzar qué cohortes figurarán, en un futuro próximo, como docentes en las universidades. Si bien las y los doctorandos acceden prácticamente en igual proporción al tercer ciclo, se ha de constatar que en el período estudiado son mayoría las mujeres. En el área de las ciencias experimentales y de la salud se tiende hacia una mayor disociación: en el curso 1998-1999 ya eran mayoría las doctorandas en esta área y con el transcurso de los años ha aumentado esta tendencia hasta llegar a una proporción de 60:40 a favor de las mujeres (fig. 6). Por tanto, a la vista de estos datos puede afirmarse que es previsible que en los próximos años el personal docente de las universidades pase a estar compuesto, en su mayor parte, por mujeres e incluso más en las especialidades relacionadas con la salud.



El siguiente paso, dentro de los estudios de tercer ciclo, es la realización y lectura de la tesis doctoral. Las tesis aprobadas ofrecen una imagen un poco más realista del futuro acceso de las y los doctorandos a los puestos de docencia e investigación. La diferencia en los datos respecto al alumnado de tercer ciclo es notable: en los últimos 10 años las mujeres han aumentado proporcionalmente en cuanto a tesis leídas, pero aún no llegan al 50 % a pesar de que son la mayoría de estudiantes de doctorado. No obstante, con el paso de los años la cifra se ha ido equiparando. En el curso 1979-1980, el 26 % de las tesis aprobadas habían sido leídas por mujeres. En 1983-1984, esta cifra asciende al 39 %. Los datos del curso 2006-2007 muestran que la proporción ha alcanzado el 47,6 %. Se puede observar una leve mejoría a través de los años, especialmente visible en el área de ciencias experimentales y de la salud. En esta área, las mujeres han llegado a invertir la situación hasta superar el 50 % de tesis doctorales aprobadas (fig. 7).

En resumen, aunque hace años que las mujeres constituyen la mayoría de la población estudiantil universitaria, con una media del 54 % del alumnado, en el acceso a los estudios de tercer ciclo están infrarrepresentadas y aún lo están más cuando observamos el número de tesis doctorales aprobadas, incluso en áreas en que constituyen una clara mayoría. Una de las explicacio-



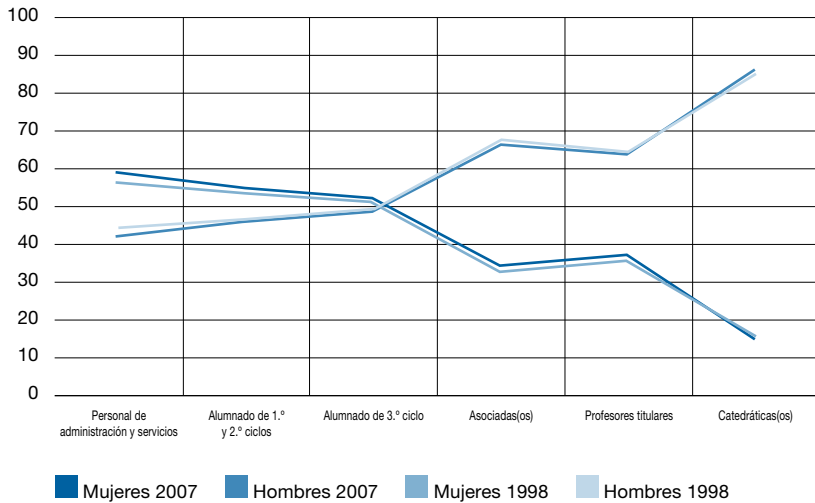
nes posibles es que los estudios de doctorado y, en concreto, la tesis doctoral se llevan a cabo de manera más prolongada en el tiempo, especialmente por las mujeres, mientras que los hombres tienen más facilidad para completar estos estudios. Además, las condiciones laborales y la posibilidad de conciliar la vida familiar y profesional dejan a muchas mujeres fuera de la carrera (Villarroya et al, 2008). Algunos datos refuerzan esta hipótesis, como el mayor porcentaje de hombres que acceden a becas predoctorales (De Pablo, 2004). De ser cierta esta hipótesis, en los próximos años se vería claramente cómo se invierte la situación. Mientras tanto, el acceso de las mujeres a los puestos de trabajo académicos continuará estando limitado claramente en algunas especialidades. Es posible que en el área de las ciencias experimentales y de la salud el cambio de rumbo influya en la distribución por sexos del personal docente y de las categorías profesionales en el futuro próximo.

Personal universitario

Durante muchos años se ha ignorado el papel de la mujer en la ciencia y en la universidad aunque hay constancia de su presencia esporádica y excepcional en las universidades desde el siglo xv (Ministerio de Educación y Ciencia, 2007). Hoy día, la presencia de las mujeres en el alumnado universitario, tal y como se ha descrito, ya es mayoritaria. En cambio, cuando se observan las posiciones que ocupan las mujeres en las universidades, se distingue con claridad la conocida «gráfica de tijeras», que muestra cómo a medida que aumenta la categoría profesional disminuye la presencia de mujeres (fig. 8). Se ha de remarcar que la mayor proporción de mujeres en el sistema educativo se encuentra entre el personal de administración y servicios, donde se supera el 58 %, con tendencia al alza. La comparación de las dos series temporales ofrece datos interesantes sobre el incremento de la proporción de mujeres en todas las categorías aunque a un ritmo bastante lento: si la proporción de catedráticas continuara creciendo al ritmo actual, se alcanzaría la paridad en esta categoría en el año 2656.

Las diferencias son notables por especialidades, tal y como puede observarse en la figura 9. En el año 2006 no existían catedráticas en pediatría ni en obstetricia, algo que ya se observa desde hace algunos años (Arrizabalaga y Valls-Llobet, 2005) y en ninguna especialidad relacionada con la salud el porcentaje de catedráticas alcanzaba el 10 %, a diferencia de la media de 14,9 % de catedráticas en las universidades. En cambio, el número de profesoras titulares y asociadas era mayor aunque siempre por debajo del 40 %, que marca la media en todas las universidades. En este grupo profesional, las especialidades con más mujeres representadas son pediatría y medicina preventiva y salud pública.

Figura 8. Mujeres y hombres en las universidades, 1998-2007

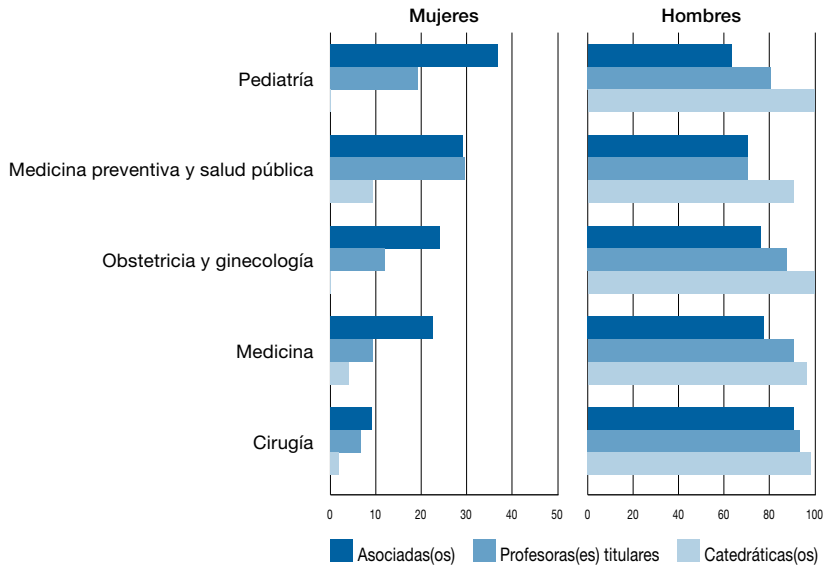


	Mujeres		Hombres	
	2007	1998	2007	1998
Personal de administración y servicios	58,25	56,00	41,75	44,00
Alumnado de 1.º y 2.º ciclos	54,37	53,29	45,63	46,71
Alumnado de 3.º ciclo	51,80	50,70	48,20	49,30
Asociadas(os)	33,92	32,70	66,08	67,30
Profesores titulares	36,88	35,11	63,32	64,89
Catedráticas(os)	14,36	14,86	85,64	85,14
Total	35,78	32,49	64,22	65,71

Fuente: INE. Estadística de la Enseñanza Universitaria en España.

La profesión de enfermería es un ejemplo de carrera altamente feminizada (con el 83,7 % de mujeres entre las personas matriculadas) con un profesorado básicamente femenino (el 67,8 % de profesoras) aunque con los puestos de mayor rango ocupados por hombres: representan el 100 % de titulares de universidad y el 60 % de cátedras de escuela universitaria. En cambio, las mujeres representan el 73 % de las titulares de escuela universitaria y el 67 % de las profesoras asociadas.

Figura 9. Distribución de mujeres y hombres por categorías profesionales en algunas especialidades sanitarias, curso 2006-2007



	Mujeres			Hombres		
	Asociadas	Profesoras titulares	Catedráticas	Asociados	Profesores titulares	Catedráticos
Pediatría	36,92	19,39	0,00	63,08	80,61	100,00
Medicina preventiva y salud pública	29,17	29,51	9,38	70,83	70,49	90,63
Obstetricia y ginecología	23,99	12,00	0,00	76,01	88,00	100,00
Medicina	22,25	9,15	3,68	77,75	90,85	96,32
Cirugía	9,04	6,43	1,59	90,96	93,57	98,41

Fuente: INE. Estadística de la Enseñanza Universitaria en España.

Según algunas hipótesis, la escasa proporción de mujeres que llegan al techo de la carrera profesional depende de la tardía incorporación de las mujeres a ese espacio laboral. La ratio de profesorado titular por cátedra es un buen indicador de la probabilidad que tiene una mujer de alcanzar la

cima profesional entre las pares de su sexo en comparación con sus compañeros de promoción o laboratorio. Por término medio, en ciencias de la salud, una mujer de cada 8,5 titulares llegará a ser catedrática mientras que lo consiguen uno de cada 2,3 hombres. En la tabla 1 se observa la ratio de profesores(as) titulares por catedrático(a) en determinadas áreas de conocimiento de ciencias de la salud. La conclusión es que, de no actuar, habría que sextuplicar la masa de mujeres profesoras titulares para lograr la paridad de género en el nivel de máxima responsabilidad académica. Cuando se analizan conjuntamente los datos sobre el porcentaje de hombres y mujeres en la cúspide de la carrera académica y las ratio de los niveles profesionales más altos, se observa que el sobre esfuerzo de las mujeres se relaciona directamente con el número de hombres que están ocupando esa área.

TABLA 1. Carrera profesional en personal docente investigador (PDI)

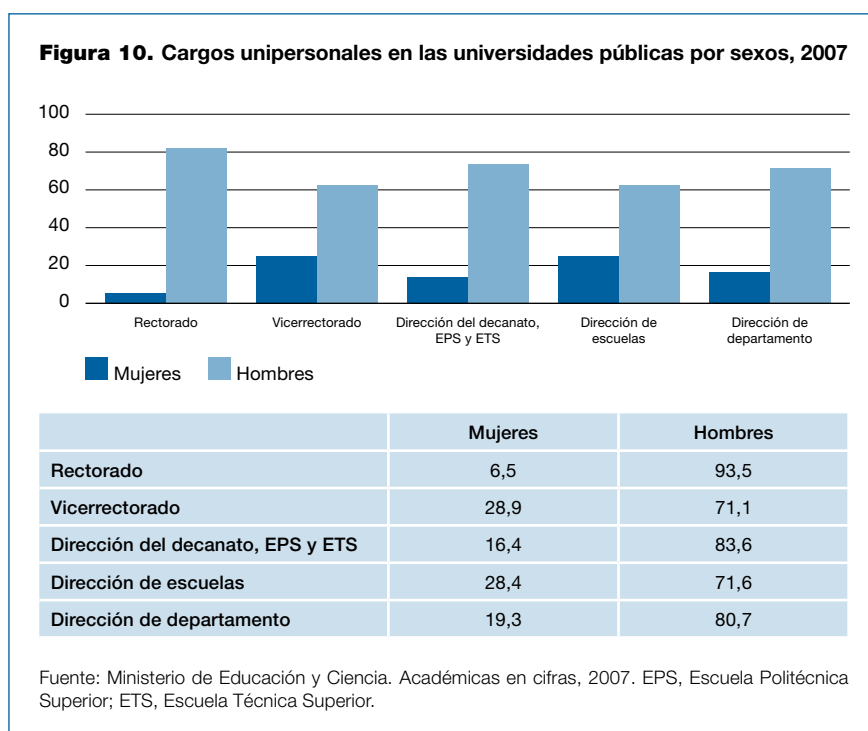
Áreas de conocimiento de ciencias de la salud	Titulares por catedrática	Titulares por catedrático	Catedráticos (%)	Catedráticas (%)
Oftalmología	4,6	2,3	87,7	12,2
Histología	5,0	2,6	72,0	28,0
Toxicología	5,3	2,2	78,5	21,4
Medicina	5,8	2,1	96,4	3,5
Inmunología	6,0	1,5	91,6	8,3
Farmacología	6,4	1,5	75,0	25,0
Dermatología	7,0	2,7	85,7	14,2
Microbiología	8,6	1,5	83,6	16,3
Medicina legal y forense	9,0	2,2	84,6	15,3
Estomatología	9,2	4,0	89,4	10,5
Anatomía humana	10,2	2,4	84,6	15,3
Fisiología	10,3	1,6	87,5	12,4
Cirugía	11,0	2,4	98,7	1,2
Medicina preventiva y salud pública	12,6	3,0	90,3	9,6
Radiología y medicina física	24,0	2,8	96,4	3,5
Psiquiatría	29,0	3,2	95,8	4,1
Educación física y deportiva	-	3,5	100,0	-
Obstetricia y ginecología	-	1,8	100,0	-
Otorrinolaringología	-	2,2	100,0	-
Pediatría	-	2,7	100,0	-
Traumatología y ortopedia	-	9,0	100,0	-

Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia. Académicas en cifras, 2007; 128-129.

Cargos de dirección y administración

La ausencia de mujeres en los cargos administrativos de las universidades refleja las desigualdades propias de la estructura, lo que puede observarse en los cargos de mayor responsabilidad (fig. 10). A la práctica ausencia de mujeres rectoras se ha de añadir una tímida presencia de mujeres en los vicerrectorados que puede responder a un objetivo de conseguir la paridad en las composiciones de equipos de gobierno en la comunidad universitaria, pues el porcentaje de vicerectoras apenas alcanza el 30 %, con grandes diferencias entre las distintas universidades, que oscilan entre el 0 y el 69 %.

Asimismo, los cargos unipersonales, como decanatos o dirección de escuelas técnicas, universitarias o departamentos, continúan estando copados por los hombres. Esta desigual distribución es significativa en las áreas de conocimiento técnico y también en las ciencias experimentales y de la salud (Ministerio de Educación y Ciencia, 2007). En el caso de las ciencias de la salud, el contraste es claro entre los cargos académicos y la distribución del alumnado.



La explicación de esta ausencia de mujeres en los cargos es compleja. Se han aportado hipótesis más o menos complementarias del conjunto de factores determinantes (García de Cortázar, Guil, Pérez Sedeño, et al, 2005; Santamarina, 2000; Miqueo, et al, 2008; Ortiz, 2005, y Dio Bleichmar, 2008). Aún hoy día, la posición de las mujeres en la universidad dista de ser paritaria, especialmente en los niveles más reconocidos. En este sentido, pueden encontrarse factores explicativos a esta situación que pueden ser tanto de carácter sociocultural como tratarse de los efectos de la cultura androcéntrica en la socialización de género de hombres y mujeres. Esto se materializa en la ausencia de las mujeres en los circuitos de poder que afecta el acceso a los puestos de designación, a los de cooptación y a los de pública evaluación de méritos. Además, esto conlleva menor gratificación profesional y económica. Otro factor es la mayor implicación y dedicación de las mujeres a la docencia que a la investigación o la aceptación de posiciones subordinadas («quedarse en un segundo plano») en la actividad investigadora ya que la carrera académica privilegia el currículum investigador sobre el docente. También interviene la escasa conciliación de vida familiar y profesional en el caso de los hombres, así como la mayor dedicación a la vida familiar de las mujeres, que les resta ese tiempo suplementario, que toman los hombres, exigido por cargos de dirección. En general, más o menos visibles y relevantes, estos factores personales y socioculturales constituyen el «techo de cristal» académico, los obstáculos al acceso de las mujeres a puestos directivos, de decisión o de responsabilidad en el ámbito universitario.

Investigación

Carrera investigadora

La brecha existente entre el progresivo incremento y excelencia de la población femenina en la educación superior universitaria y el subordinado papel que desempeñan las mujeres en el mercado laboral de la investigación comienza a ponerse de manifiesto a pesar de que los principales indicadores del sistema educativo, el sistema nacional de ciencia y tecnología y el sistema sanitario, no proporcionan todavía suficientes datos desagregados por sexo (ETAN, 2000 y 2005).

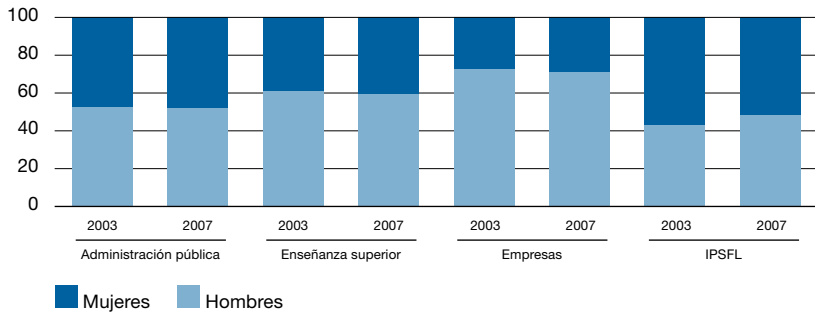
En los últimos años, algunas aproximaciones a la investigación desde la perspectiva de género han ayudado a esclarecer, como mínimo, la distribución por sexo del personal investigador (García de Cortázar, Guil, Pérez Sedeño, et al, 2005; Miqueo, et al, 2008; Pérez Sedeño, 2001 y 2006, y Fernández y Santasmases, 2002), así como las categorías profesionales que ocupan globalmente mujeres y hombres, aunque todavía se carece de datos mínimamente fiables sobre la productividad e impacto de su trabajo. En conjunto, los estudios están aportando más datos cuantitativos que explicaciones del fenómeno y predomina la fase de descubrimiento sobre la aplicación o utilización social y universal (para hombres y mujeres) de esa nueva información de los estudios de género.

Se ha observado que el ritmo de incorporación de las mujeres con formación universitaria al mercado laboral profesional es más lento de lo que cabía esperar. Por ejemplo, en el último quinquenio la tasa general de universitarias se incrementó el 4 % mientras que sólo lo hizo el 1,3 % en la investigación. En segundo lugar, en este proceso se muestra un patrón tradicional ya que las mujeres se concentran en espacios de la Administración pública, las universidades y las instituciones privadas sin finalidad de lucro (fig. 11). A su vez y a diferencia de los hombres, las mujeres ocupan los ámbitos de la educación, la sanidad y las áreas humanísticas y sociales mientras que aquéllos lo hacen en las áreas de ingenierías, tecnologías, ciencias experimentales y en las empresas privadas.

La contribución de los informes de mujeres investigadoras del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) es la de mayor alcance, por la población investigadora que comprende y por sus sucesivas ediciones, regulares desde 2005, tras el estudio inicial y completo por áreas de 2002². Entre

2 El CSIC, institución de la que ahora forma parte el Instituto de Salud Carlos III, es la única entidad investigadora española que cuenta con una unidad de igualdad y promoción de las

Figura 11. Porcentaje de investigadores(as) por sectores, 2003 y 2007



	Mujeres		Hombres	
	2003	2007	2003	2007
Administración pública	46,29	47,27	53,71	52,73
Enseñanza superior	39,23	40,66	60,77	59,34
Empresas	26,72	29,13	73,28	70,87
IPSFL	56,54	51,84	43,46	48,16

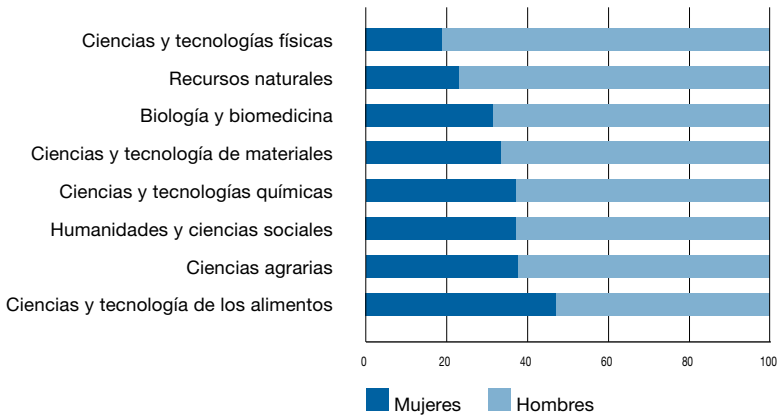
Fuente: INE. Estadística de I+D. Encuesta al personal empleado en I+D en equivalentes de jornada completa (EJC) por sector de ejecución, ocupación y sexo. IPSFL, instituciones privadas sin fines de lucro.

sus conclusiones puede observarse que la presencia de mujeres en el principal sistema investigador a nivel estatal es paralela a la presencia/ausencia de mujeres en la universidad: en algunas especialidades, como Ciencia y tecnologías físicas, las mujeres continúan siendo una minoría mientras que en otras, como Ciencia y tecnología de los alimentos, la proporción de hombres y mujeres se acerca a la paridad (CSIC, 2007; fig. 12).

No obstante, la distribución por categorías profesionales muestra grandes inequidades, como la mayor proporción de hombres en los puestos más altos de la carrera investigadora. En concreto, las tres categorías de mayor

mujeres. La Comisión *Mujeres y Ciencia en el CSIC* está funcionando desde 2001 como grupo de trabajo, por invitación directa del entonces presidente Rolf Tarrach, hasta que la junta de gobierno del CSIC aprobó su creación institucional en 30 de septiembre de 2002. La Comisión está formada por el presidente del CSIC, ocho vocales representantes de cada una de las áreas científicas y tres vocales designados por su presidente (www.csic.es).

Figura 12. Distribución del personal investigador por especialidades y sexo



	Mujeres	Hombres
Ciencias y tecnologías físicas	18,6	81,4
Recursos naturales	23,0	77,0
Biología y biomedicina	31,2	68,8
Ciencias y tecnología de materiales	33,5	66,5
Ciencias y tecnologías químicas	37,1	62,9
Humanidades y ciencias sociales	37,4	62,6
Ciencias agrarias	37,8	62,2
Ciencias y tecnología de los alimentos	47,3	52,7

Fuente: CSIC. Informe Mujeres Investigadoras 2007.

reconocimiento en el CSIC en su mayoría están representadas por hombres y siguen el esquema de distribución del personal presentado con anterioridad, referente a las universidades. Dos buenos ejemplos de la distribución en forma de tijeras son los puestos de profesorado de investigación³, con apenas el 20 % de mujeres y, en el extremo opuesto, el puesto de auxiliar de investigación, con más del 60 % de mujeres (CSIC, 2007). Otras aproximaciones a la presencia de las mujeres en los equipos de investigación ofrecen

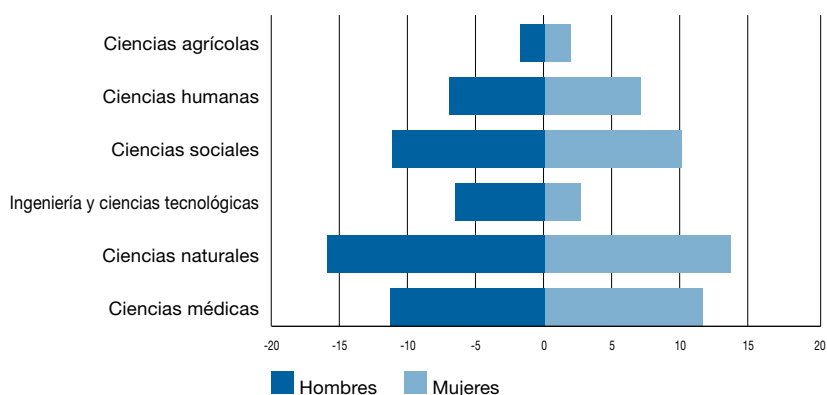
3 La denominación oficial es «profesor de investigación».

resultados similares: mayor concentración en las áreas técnica y administrativa y grandes ausencias en el área puramente investigadora (Campabadal, 2008 y Agudo y Viedma, 2008).

El conjunto del sistema científico-tecnológico español muestra el patrón tradicional de segregación sexual (discriminación negativa), en que se observa que el sector de las ciencias médicas es el más paritario (fig. 13).

Para el análisis de tendencias de esa discriminación vertical y de la discriminación horizontal son claves las distribuciones etáreas (fig. 14), sobre todo para confirmar o refutar la tesis de la corrección natural del desigual acceso a puestos directivos de las mujeres. Según los datos, en las cohortes más jóvenes la paridad es mayor, pero habrá que ver cómo evolucionan las

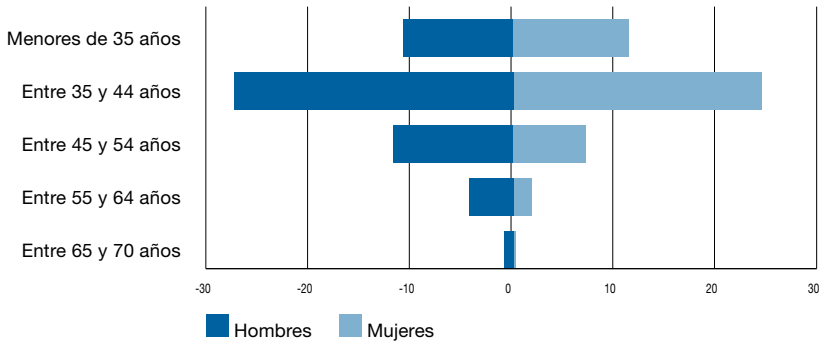
Figura 13. Distribución de doctores y doctoras por grandes campos científicos y sexo, 2006



Campo científico	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Diferencia de género
Ciencias agrícolas	1,99	1,77	3,76	-0,22
Ciencias humanas	7,02	6,89	13,91	-0,13
Ciencias sociales	11,22	9,80	21,02	-1,42
Ingeniería y ciencias tecnológicas	6,70	2,54	9,24	-4,16
Ciencias naturales	15,94	13,51	29,45	-2,43
Ciencias médicas	11,36	11,32	22,68	-0,04

Fuente: INE. Encuesta sobre Recursos Humanos en Ciencia y Tecnología, 2006.

Figura 14. Distribución de personal investigador por grupos de edad y sexo, 2006



Edad	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Diferencia de género
Menores de 35 años	10,62	11,6	22,22	0,98
35-44 años	27,29	24,56	51,85	-2,73
45-54 años	11,64	7,36	19,00	-4,28
55 -64 años	4,09	1,98	6,07	-2,11
65-70 años	0,59	0,27	0,86	-0,32
Total	54,23	45,77	100,00	-8,46

Fuente: INE, 2006.

oportunidades de dedicación de esas mujeres cuando sus compromisos reproductivos aparezcan al aumentar la edad.

La investigación sanitaria en la actualidad depende de una serie de mecanismos de financiación, principalmente las ayudas a la investigación que se conceden desde los organismos estatales. La convocatoria de ayudas del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) es un buen indicador del estado de la investigación biomédica. La estructura de la convocatoria permite observar la distribución desigual de estas ayudas por razón de sexo puesto que debe figurar una persona como «investigador principal» (IP). También ha permitido observar cómo algunos de los temas de los proyectos encabezados por mujeres se distancian bastante de la lógica de prioridades biomédicas imperantes aunque tienen implicaciones claras en la salud pública. No es extraño que en el proceso de evaluación inter pares califiquen estos proyectos de

menor relevancia dentro de lo que se supone que constituye la agenda principal de la biomedicina.

El análisis de dos convocatorias de I+D alejadas en el tiempo muestra que la presencia de las mujeres en el sistema de promoción de la investigación ha mejorado muy poco con el paso de los años. Si en 1995 la cifra de investigadoras principales se situaba en el 26,1 %, los datos más recientes muestran que el porcentaje de primeras investigadoras se situó en 2005 en el 29,7 % (fig. 15).

La participación de las mujeres como parte de los equipos aspirantes a la financiación pública ofrece unos datos ligeramente diferentes, con más del 36 % de participantes en los proyectos de investigación. La observación de los datos de la figura 16 pone de manifiesto que menos de la mitad de las mujeres que participaron en la convocatoria de financiación pública del Fondo de Investigación Sanitaria en 2005 lo hicieron como investigadoras principales. La relación entre investigadores principales e investigadores asociados es diferente entre los hombres: el 60 % de los hombres se presenta a la convocatoria como IP mientras que poco más del 40 % lo hace como personal asociado al proyecto.

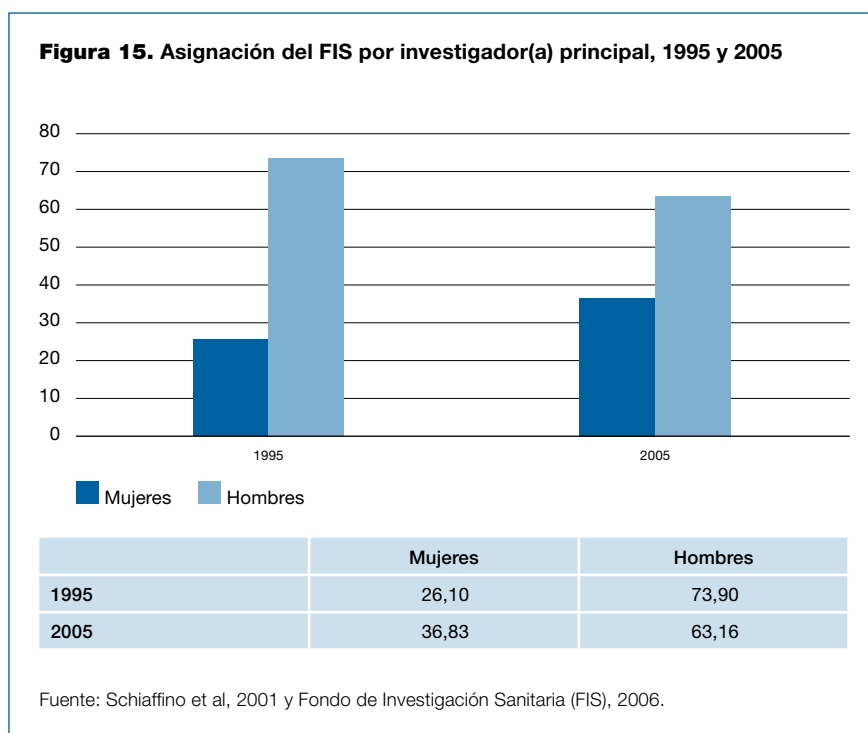
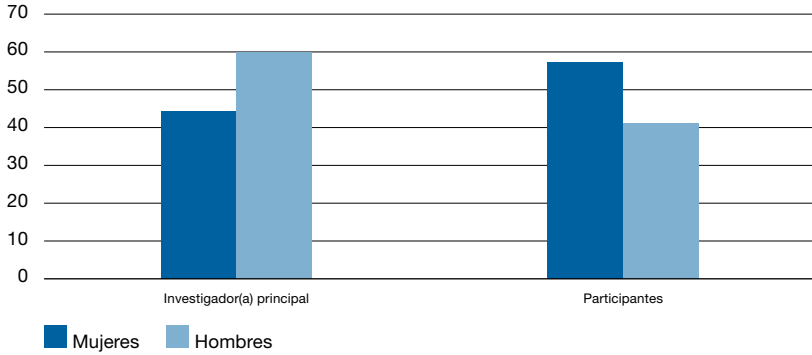


Figura 16. Distribución del personal adscrito a los proyectos financiados por categoría y sexo, 2005



	Mujeres	Hombres
Investigador(a) principal	43,75	59,64
Participantes	56,25	40,35

Fuente: Schiaffino et al, 2001; ISCIII, 2006.

Asimismo, es interesante observar la posibilidad de obtener la financiación en función del sexo de la persona investigadora principal. Los datos resultantes de la convocatoria del Fondo de Investigación Sanitaria de 2005 muestran que los proyectos presentados y encabezados por mujeres tienen un porcentaje de éxito (obtención de la financiación) algo menor que las investigaciones en que el investigador principal es un hombre (tabla 2). Con la información disponible no es posible conocer las causas de estas diferencias. Es posible que una de ellas sea que algunos de los temas propuestos por las investigadoras principales no se correspondan con los temas de interés prioritario para la biomedicina o sean considerados de menor interés que éstos (García-Calvente et al, 2008).

TABLA 2. Proyectos presentados a la convocatoria del Fondo de Investigación Sanitaria, 2005

	Solicitados	Denegados	Favorables	Éxito (%)
Mujeres	897	532	365	40,69
Hombres	1.956	992	964	49,28
Total	2.853	1.524	1.329	46,58

Fuente: Arenas Barbero, 2005.

Además, en las ayudas dirigidas a los y las investigadoras con mayor experiencia, a través de los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER), se observan diferencias entre las ayudas prestadas a mujeres y hombres investigadores (Peiró-Pérez et al, 2007). Finalmente, otros análisis de convocatorias públicas de financiación no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las ayudas prestadas a mujeres y hombres.

Revistas científicas

Si la presencia de mujeres en los puestos de responsabilidad en las universidades y sociedades profesionales es aún minoritaria, no lo es menos su visibilidad en la producción científica. Un buen indicador es la publicación de artículos en revistas especializadas, algo que, además de prestigio, puede aportar beneficios económicos, por ejemplo, de acuerdo con los sexenios de investigación (Frank, 2005; Bordons, 2003, y Mauleón, 2006). En concreto, en el área de salud, son varios los análisis bibliométricos de diferentes publicaciones para valorar la importancia de la participación de las mujeres. Así, en 1998 prácticamente el 70 % de los artículos publicados en las principales revistas especializadas en salud estaban firmados por hombres. Además, en el 85 % de los artículos con más de una persona firmante la primera firma era la de un hombre (Schiaffino et al, 2001). Sin embargo, no siempre es posible realizar este tipo de estudios dado que muchas publicaciones biomédicas no identifican con el nombre a autores y autoras, con lo que se invisibiliza el sexo (Miqueo et al, 2008).

Otros análisis a nivel internacional constatan la escasa presencia de firmas de mujeres en las principales revistas científicas: del 5,9 % de primeras firmas en 1970 se pasa al 29,3 % en 2004. La distribución de mujeres y hombres por especialidades, tal y como también ocurre en la universidad, no es homogénea. Más bien, se concentra en algunas especialidades: las mujeres aparecen con mayor frecuencia en revistas especializadas en ginecología o

pediatría, con aproximadamente el 40 % de primeras firmas. En cambio, los artículos escritos por mujeres no son tan visibles en otras revistas especializadas, como en cirugía, con el 16,7 % de primeras firmas (Jagsi et al, 2006). Otras fuentes sitúan el porcentaje en el 25,6 % para esta misma especialidad (Kurichi et al, 2005). En el caso de los editoriales de revistas científicas internacionales, la proporción de mujeres se situaría entre el 11 y el 18 % (Jagsi et al, 2006).

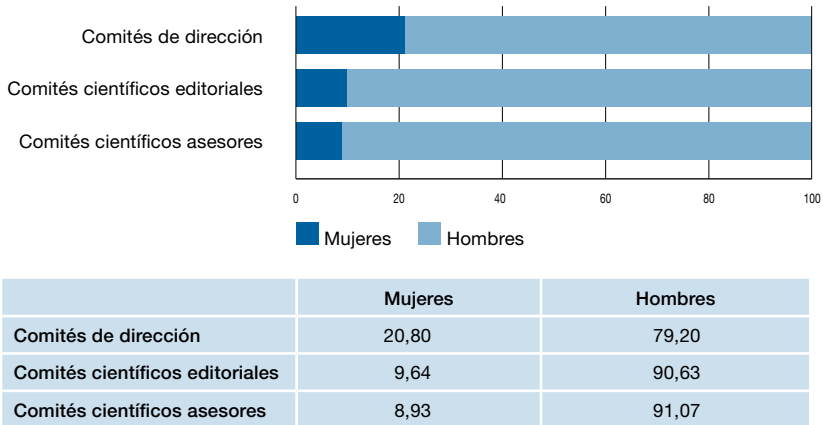
También existe menor presencia de mujeres en los equipos editoriales de revistas científicas. En un artículo publicado en 2004, el porcentaje de mujeres integrantes de los equipos editoriales de tres revistas de salud pública se situaba entre el 15 y el 26 % (Ortiz Gómez et al, 2004). Cuatro años después se puede constatar que algunas de las publicaciones analizadas en aquel artículo han mejorado la representación de mujeres en los equipos editoriales, aun sin sobrepasar el 30 %. Un estudio posterior sobre una muestra de las revistas médicas españolas de 2004 señala que la tasa de paridad en los comités editoriales es inversamente proporcional al grado de relevancia de la revista (Miqueo, 2008). Otro estudio muestra que el 51,17 % de las revistas del año 2007 no permiten «ver» la presencia de hombres y mujeres integrantes de sus comités científicos, asesores y revisores porque usan sólo las iniciales del nombre propio mientras que ya ha cambiado esta pauta para los comités de dirección o de redacción el 70 % de las revistas españolas. En estas 122 revistas que muestran bien los nombres propios de quienes integran sus comités directivos (fig. 17), había 238 mujeres frente a 906 hombres en el año 2007 (muchas desempeñaban tareas de gestión administrativa). Esta tasa (20,8 %) duplica la tasa de mujeres en los comités con funciones más científicas y evaluadoras (828 mujeres del total de 8.807 científicos). Son excepcionales las revistas dirigidas por una mujer (3 de 172), pero comienzan a ser minoritarias (25,6 %) las revistas que no han integrado ninguna mujer en su comité directivo central: 34 de las 122 revistas que permiten verlas (Miqueo y Barral, 2008 y 2009).

En conjunto, se puede afirmar que la media de participación de las mujeres en puestos de toma de decisión y evaluación de las revistas de ciencias de la salud (10 %) es inferior a las tasas de catedráticos o cargos unipersonales del mundo académico (15 %) aunque superior a la tasas de mujeres directivas en las empresas (5 %).

El mismo efecto se constata en los equipos de revisión, en los cuales suele haber más hombres que mujeres (Davo et al, 2003). A ello hay que añadir que a las mujeres les cuesta más superar el proceso de revisión, en parte porque se suele infravalorar o restar importancia, desde los criterios biomédicos, a algunas de las cuestiones que se tratan (Jiménez-Rodrigo et al, 2008).

Asimismo, es interesante señalar que los temas multidisciplinares y de teorías críticas de los estudios de las mujeres y de género se publican en

Figura 17. Distribución de los comités de dirección y científicos de revistas españolas de ciencias de la salud por sexo, 2007



Fuente: Miqueo et al, 2008.

otro tipo de revistas, como *Women's Studies*, que circulan fuera de las bases de datos más grandes, es decir, marginales y no integradas en las fuentes de conocimiento hegemónicas.

En general, se podría afirmar que los hombres tienen más oportunidades, mayores facilidades y disponen de más tiempo para desarrollar una carrera investigadora, con lo que su capacidad productiva, en términos de publicaciones, es mayor. Aparte de ello, algunas investigaciones apuntan hacia la posibilidad de que los hombres tiendan a citarse más entre ellos (Addis, 2004). A esto se ha de sumar el menor apoyo de los equipos editoriales a las investigaciones presentadas por mujeres, precisamente por la subestimación de algunos de los temas y metodologías, como las cualitativas.

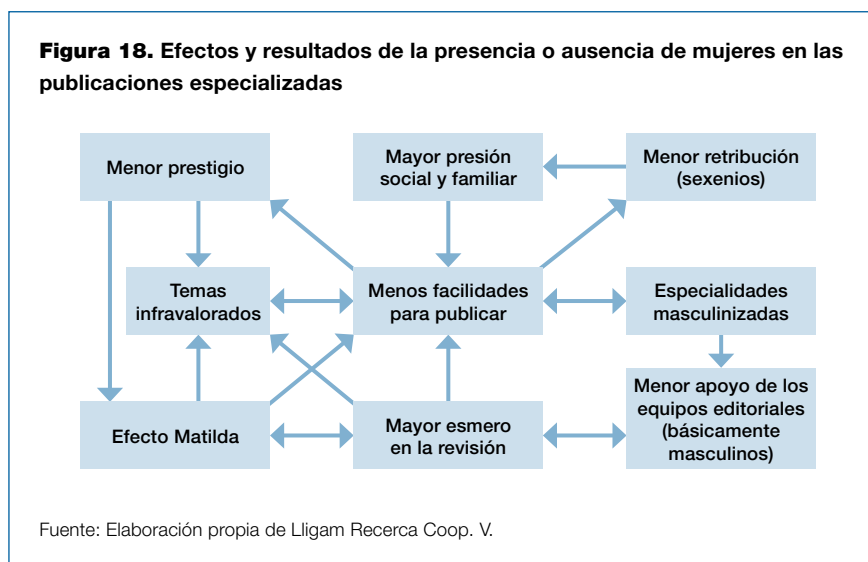
Por último, se ha de tener en cuenta la influencia del efecto Mateo⁴, acuñado por el sociólogo Robert K. Merton⁵ (1968), por el cual se produce un sobrerreconocimiento de aquellas personas que ya están bien situadas y

4 Por la parábola de Mateo (13:12): «Porque al que tiene se le dará y tendrá en abundancia, pero al que no tiene incluso lo que tiene se le quitará».

5 Aunque gran parte del trabajo sobre el cual se basó Merton para formular la teoría se atribuye a su colaboradora Harriet Zuckerman (Rossiter, 1993).

valoradas. La aportación desde la perspectiva de género se produjo cuando Margaret W. Rossiter acuñó el efecto Matilda, resultante de incorporar la perspectiva de género al efecto Mateo (1993). La acumulación de ventajas es mayor para los hombres, con más facilidades para la carrera investigadora, que para las mujeres, algo que es exportable a todos los niveles.

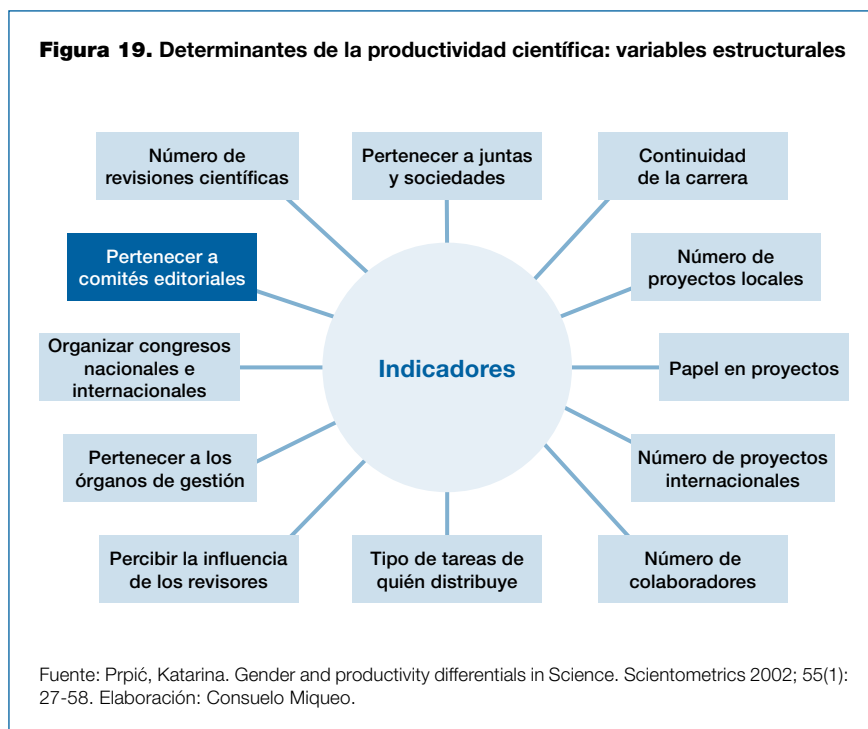
En resumen, no puede atribuirse a una única causa la presencia o ausencia de firmas femeninas en las revistas biomédicas especializadas. Más bien se trata de un proceso complejo, multidimensional y con gran variedad de actores que pone trabas, de manera intencionada o no, a los artículos firmados por mujeres. En la figura 18 pueden apreciarse algunos de estos procesos analizados anteriormente.



Es interesante considerar las recomendaciones que Jiménez-Rodrigo et al (2008) proponen para alcanzar la paridad en el proceso de publicación.

Asimismo, hay que considerar los determinantes de la producción científica en relación con la posición y situación que ocupan las mujeres y hombres en el ámbito del conocimiento. Aunque disponemos de escasas series de datos, todos los estudios revelan menor participación de las mujeres como autoras de publicaciones científicas, como primeras firmantes o como

máximas productoras en las diversas áreas, países y especialidades⁶. Parece que los indicadores sociodemográficos y educativos predicen una producción científica igualitaria de hombres y mujeres. La estructura familiar (pareja ajena o no a la actividad científica, con o sin hijos y número de hijos) es el factor en el cual se han centrado más estudios, la mayoría cualitativos, que muestran en general una influencia negativa en las mujeres y positiva en los hombres. Las variables estructurales influyen en la productividad científica de las personas tal y como se muestra en la figura 19. Estas variables



6 La revisión de las series presentadas en los congresos iberoamericanos de ciencia, tecnología y género (1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008) pone de manifiesto que la productividad es el indicador de actividad científica más opaco. Los últimos estudios de la producción científica española (del Ministerio de Ciencia e Innovación y las comunidades autónomas) nos ofrecen datos desagregados por sexo. Los estudios pioneros sobre factores determinantes de la productividad según género en España fueron los de Santemas (2000), García de León (2002), Bordons (2003) y Pérez Sedeño (2005). En el campo sanitario se han aportado datos desagregados por sexo en las especialidades de historia de la medicina, salud pública, cardiología, neurología, atención primaria y drogodependencias (Ortiz, 2004; Colomer, 2002; Valderrama, 2007, y González, 2007).

estructurales inciden fuertemente en la producción de las mujeres de tal forma que su productividad se ve muy influida por su posición en la organización social de la ciencia (pertenencia a comités editoriales). Igualmente se producen considerables diferencias por sexo en el caso de cada uno de los indicadores de la productividad. Los contactos internacionales (congresos, comités, proyectos, etc.) influyen y determinan el número de documentos, principalmente en las mujeres, mientras que el indicador más potente de la productividad de los hombres está relacionado con las conferencias científicas en el extranjero, la revisión de los colegas y los documentos de grado académico.

Sociedades científicas y profesionales

La colegiación en las profesiones sanitarias es un buen indicador de la distribución por sexos de las diferentes especialidades⁷. Actualmente, las mujeres son el 64 % del total de profesionales sanitarios colegiados, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, lo que refleja la progresiva feminización de las especialidades en conjunto. Tal y como se ha podido observar en el análisis de los estudios de grado, la distribución de hombres y mujeres en las diferentes especialidades no es homogénea y depende de muchos y diversos factores. Lo mismo se puede afirmar en relación con las sociedades profesionales: la proporción de mujeres varía desde el 17 % de odontología o medicina hasta el 55 % de enfermería. La figura 20 muestra cómo la composición de las juntas directivas de enfermería y medicina hospitalaria quirúrgica representa extremos opuestos de tal forma que en enfermería 7 de cada 10 componentes son mujeres y en medicina hospitalaria lo serían 1 de cada 10. En el resto de especialidades, las proporciones de hombres varían entre el 70 y el 75 % (Cascañt et al, 2007).

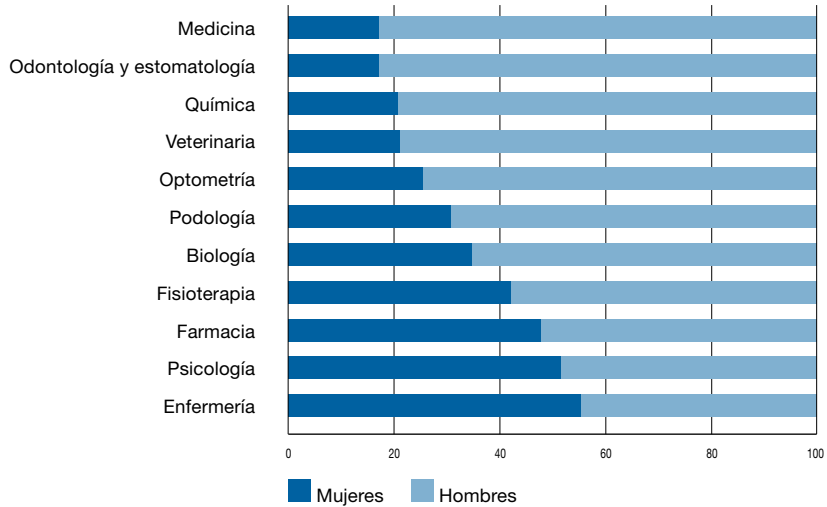
Los consejos generales de colegios profesionales (CGCP) destacan por ser las entidades profesionales con menor presencia de mujeres en sus juntas directivas. En los CGCP de las especialidades de biología, medicina y veterinaria no existen mujeres en los órganos de gobierno. En cambio, especialidades como farmacia, psicología y fisioterapia muestran una representación mayor de mujeres que otras especialidades; sin embargo, pocas veces llegan a superar el umbral del 30 %.

La presencia de mujeres en los organismos directivos de los colegios profesionales y consejos generales de colegios profesionales es muy diferente de la fotografía de colegiadas. Se puede afirmar que el porcentaje aproximado de mujeres en las juntas directivas de sociedades profesionales sanitarias es del 33,2 %, lo que es una infrarrepresentación de las mujeres, sobre todo en algunas especialidades en que son mayoría (figs. 21 y 22).

Evidentemente, en las especialidades menos feminizadas, este porcentaje es menor y se incrementa en profesiones como enfermería o psicología. No obstante, la feminización de las especialidades no es una garantía del acceso a cargos de mayor rango. La distribución desigual de cargos se vuelve

7 Sobre este aspecto, véase el apartado «Las mujeres en la carrera sanitaria» del *Informe Salud y Género 2006*.

Figura 20. Distribución por sexos de las juntas directivas de los consejos generales de colegios profesionales, según especialidad

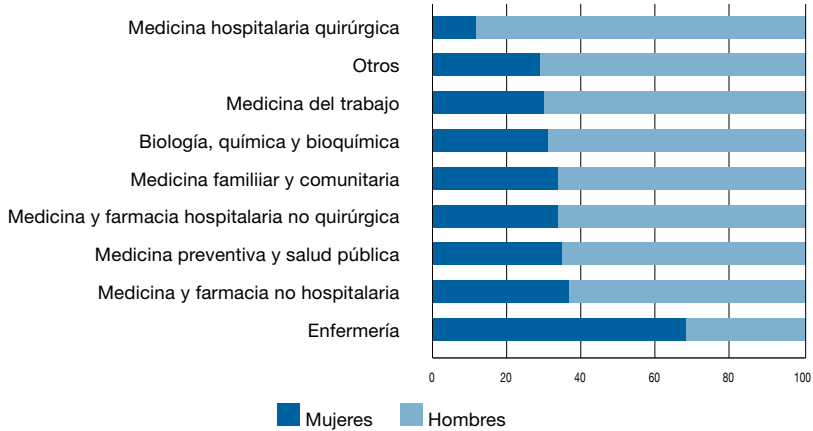


	Mujeres	Hombres
Medicina	17,00	83,00
Odontología y estomatología	17,07	82,93
Química	20,89	79,11
Veterinaria	21,31	78,69
Optometría	25,87	74,13
Podología	30,59	69,05
Biología	34,78	65,22
Fisioterapia	42,22	57,78
Farmacia	47,78	52,22
Psicología	51,89	48,11
Enfermería	55,52	44,48

Fuente: Cascant et al, 2007.

a repetir, como en el caso de los puestos de trabajo en las universidades, de manera que las mujeres ocupan principalmente los cargos de menor rango (vocalías, tesorerías y secretarías) mientras que están prácticamente ausentes de las presidencias (fig. 23).

Figura 21. Distribución por sexos en las juntas directivas de las sociedades científicas y profesionales, según especialidad



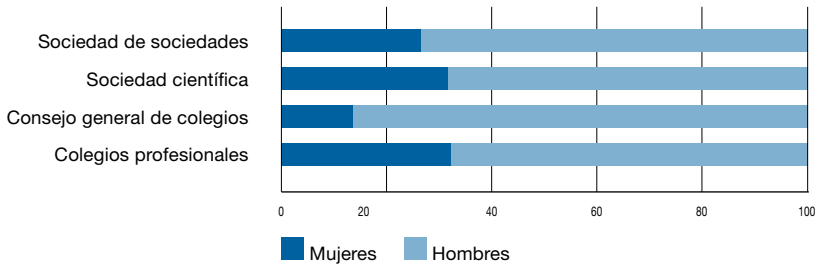
	Mujeres	Hombres
Medicina hospitalaria quirúrgica	11,54	88,46
Otros	28,61	71,39
Medicina del trabajo	30,17	69,83
Biología, química y bioquímica	30,83	69,17
Medicina familiar y comunitaria	33,82	66,18
Medicina y farmacia hospitalaria no quirúrgica	33,85	66,15
Medicina preventiva y salud pública	34,57	65,43
Medicina y farmacia no hospitalaria	36,43	63,57
Enfermería	68,27	31,73

Fuente: Cascant et al, 2007.

Este hecho se constata de manera visible si se observa la figura 24, en que en la presidencia, vicesecretaría y vicesorería de las juntas directivas de los CGCP no hay mujeres que ocupen estos cargos.

Uno de los ejemplos más claros es el de la profesión de enfermería. Se trata de una especialidad claramente feminizada, pues el 80 % de las personas colegiadas son mujeres. Entre todas las especialidades, ésta concentra el mayor número de mujeres en los cargos directivos de los colegios, pero aun

Figura 22. Distribución por sexos de las juntas directivas, según tipo de entidad



	Mujeres	Hombres
Sociedad de sociedades	26,39	73,61
Sociedad científica	31,67	68,33
Consejo general de colegios	13,33	86,67
Colegios profesionales	32,30	67,70

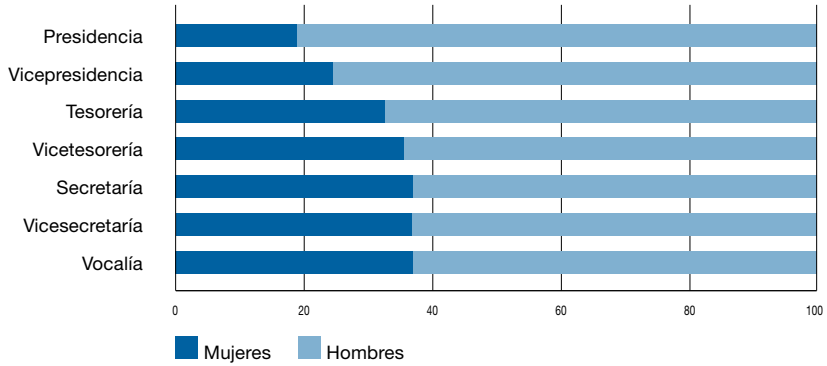
Fuente: Cascant et al, 2007.

así el porcentaje medio de mujeres presidentas de colegios de enfermería es del 36,4 %. En cambio, el porcentaje de mujeres que ocupan una vocalía del colegio de enfermería asciende a más del 60 %.

Otros casos significativos son los de fisioterapia, medicina y odontología, tres especialidades que presentan algunas diferencias de población colegiada. Fisioterapia es la más feminizada de las tres, con un porcentaje de mujeres colegiadas del 67 %. En cambio, solamente el 7 % de las presidencias de los colegios de fisioterapia están ocupadas por mujeres. El único cargo que se acerca a la paridad es el de las vocalías, ocupadas en el 53 % por mujeres.

El mismo análisis se puede llevar a cabo respecto a odontología y medicina, dos especialidades que presentan un porcentaje semejante de mujeres colegiadas, en torno al 43 %, aunque en los órganos de representación las mujeres, una vez más, están ausentes. Únicamente el 4 % de las presidencias de sociedades profesionales de estas dos especialidades están ocupadas por mujeres. En cambio, las tesorerías en medicina (25 %) y las secretarías en odontología (30 %) son los puestos de responsabilidad que más se acercan a la paridad.

Figura 23. Distribución por sexo de las juntas directivas (de entidades científicas y profesionales de ciencias de la salud), según cargo

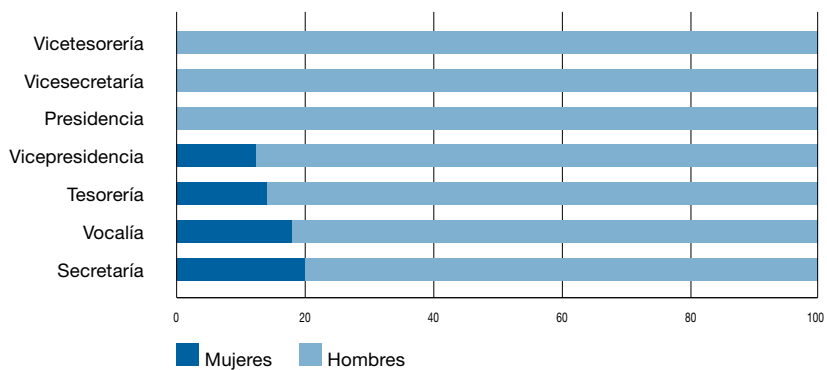


	Mujeres	Hombres
Presidencia	18,96	81,04
Vicepresidencia	24,35	75,65
Tesorería	32,75	67,25
Vicetesorería	35,71	64,25
Secretaría	37,07	62,93
Vicesecretaría	37,10	62,90
Vocalía	37,18	62,82

Fuente: Cascant et al, 2007.

La situación contraria puede observarse en la especialidad de matronería, históricamente feminizada, aun después de ser integrada en el medio hospitalario. El análisis de las juntas directivas de las asociaciones de comadronas revela una profunda feminización: el 100 % de las presidencias están en manos de mujeres, como también las vicepresidencias y tesorerías. Sólo se ha encontrado un secretario entre las trece secretarías analizadas y siete vocales entre las 82 vocalías, esto es, el 8,5 %. Con una representación colegial que no llega al 6 %, los hombres que se dedican a la matronería estarían suficientemente representados en los sitios que ocupan efectivamente, aunque aún queda mucho para alcanzar, al menos, la representación que les correspondería en función de la población colegiada, especialmente en los puestos de mayor relevancia.

Figura 24. Distribución por sexos de las juntas directivas de los consejos generales de colegios profesionales, según cargo



	Mujeres	Hombres
Vicetesorería	0,00	100,00
Vicesecretaría	0,00	100,00
Presidencia	0,00	100,00
Vicepresidencia	12,50	87,50
Tesorería	14,29	85,71
Vocalía	17,98	82,02
Secretaría	20,00	80,00

Fuente: Cascant et al, 2007.

Servicios sanitarios

Personal sanitario

La situación que se vive en la universidad, la investigación o las publicaciones científicas puede equipararse a la existente en los servicios de atención sanitaria: las mujeres son mayoría en los servicios sanitarios aunque ocupan puestos de trabajo menos cualificados que los hombres.

La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI) ha incluido, en su versión de acceso público, los datos de las y los profesionales que trabajan en los hospitales públicos desde 1996. El resultado es una fotografía, año tras año, en la cual pueden apreciarse los cambios en las especialidades y categorías en función del sexo.

Si se observa la figura 25 se pone de manifiesto que las mujeres son mayoría en el sistema sanitario, con más del 70 % del personal total, pero ocupan, en mayor medida que los hombres, puestos no cualificados en la estructura sanitaria. A esto se le ha de sumar que el personal contratado por menos de 36 horas es mayoritariamente femenino. Las mujeres constituyen el 56 % de los puestos menos cualificados y más del 65 % de los contratos de menos de 36 horas. La tendencia observada desde 1996 es hacia la mayor feminización de estos puestos de trabajo.

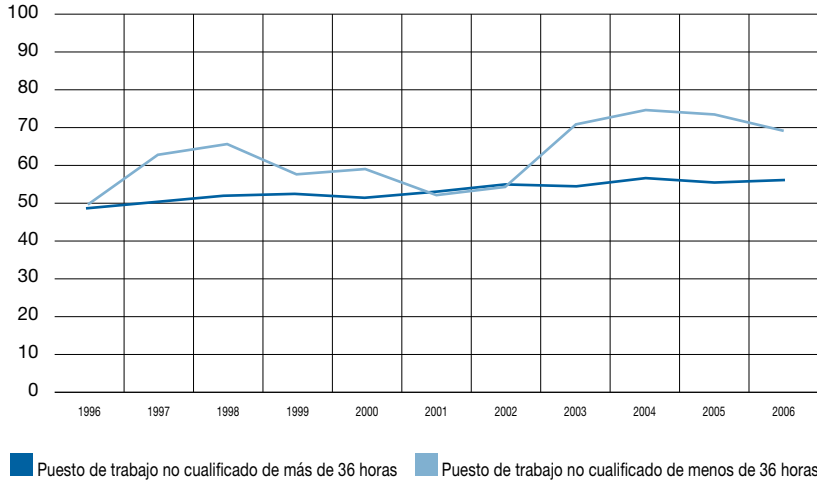
En cambio, los puestos de trabajo cualificado están ocupados, en su mayoría, por hombres. En los últimos años se ha producido un lento crecimiento del porcentaje, que no ha llegado a sobrepasar el 30 %. Sin embargo, tal y como se observa en la figura 26, las mujeres profesionales, con un puesto de trabajo cualificado, pero con un contrato inferior a las 36 horas, prácticamente se han multiplicado por dos, llegando a máximos del 45 % en 2005. Se trata de una población, esta última, que se sitúa en una cifra de 600 personas en total aproximadamente.

Tal y como se observa en la figura 27⁸, se puede señalar que por especialidades se distinguen tres grandes grupos: un primer grupo en el cual se advierte claramente una masculinización de la profesión, en la cual las mujeres no llegan a representar el 40 % de la población. Este conjunto de especialidades comprende: medicina⁹, cirugía, traumatología, obstetricia y

8 El cálculo de los porcentajes se efectúa a partir de la población ocupada más de 36 horas.

9 Según las definiciones de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, médicos son: médicos que prestan servicio en el establecimiento, independientemente

Figura 25. Porcentaje de mujeres en puestos de trabajo no cualificado y jornada laboral, 1996-2006

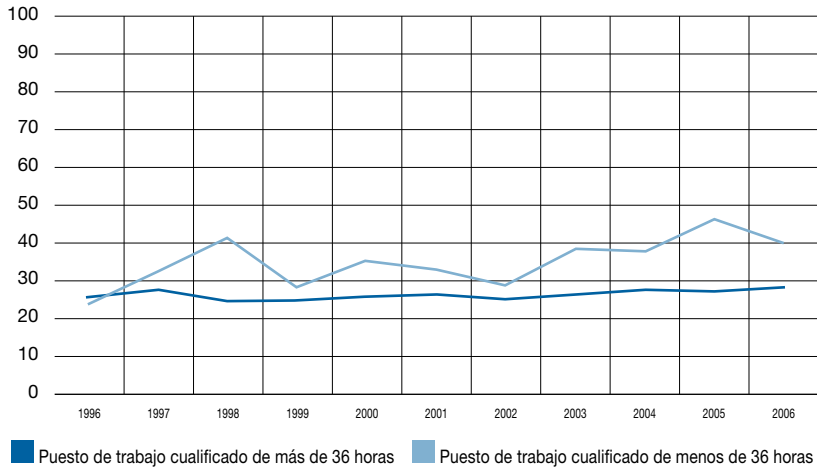


	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Puesto de trabajo no cualificado de más de 36 horas	48,46	49,88	51,75	52,36	51,57	53,04	54,50	54,86	56,39	55,88	56,06
Puesto de trabajo no cualificado de menos de 36 horas	49,39	62,80	65,42	57,89	58,75	52,27	54,20	70,48	74,33	73,74	69,53

Fuente: MSC. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006.

de su puesto (Jefe de Servicio, de Sección, etc.) a 31 de diciembre. No se contabilizarán ni los médicos internos ni residentes, ni los becarios, ni los asistentes voluntarios. Se agrupará a este personal por tipo preferente de actividad asistencial: medicina interna y especialidades médicas, cirugía general y especialidades quirúrgicas, especialidades en ortopedia y traumatología, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría, médicos en servicios centrales (laboratorio, radiodiagnóstico, anatomía patológica, anestesia, farmacia, etc.), especialistas en medicina intensiva, rehabilitación y los destinados exclusivamente a guardias y/o urgencias.

Figura 26. Porcentaje de mujeres en puestos de trabajo cualificado y jornada laboral, 1996-2006



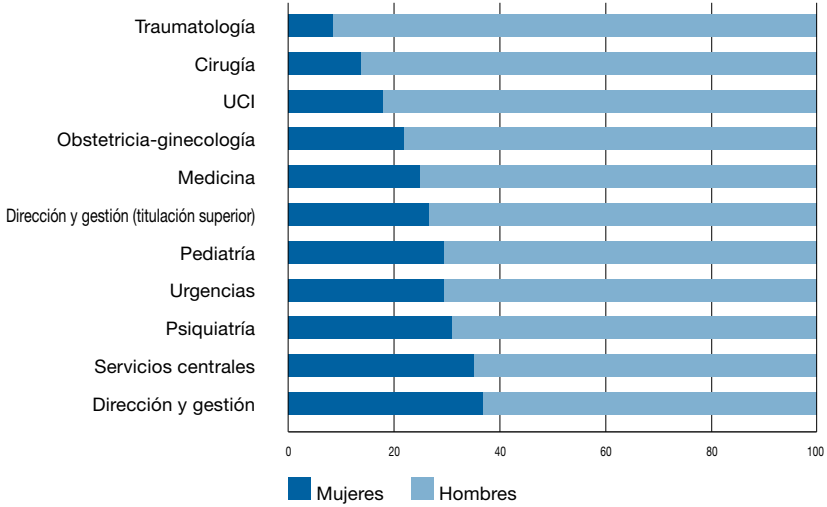
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Puesto de trabajo cualificado de más de 36 horas	25,16	26,95	24,20	24,64	25,84	26,00	24,55	25,51	26,95	26,88	28,27
Puesto de trabajo cualificado de menos de 36 horas	23,08	32,24	40,57	28,37	35,06	32,31	28,50	38,58	36,95	45,49	39,91

Fuente: MSC. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006.

ginecología, pediatría, psiquiatría, servicios centrales, unidad de cuidados intensivos y urgencias-guardia, además de dirección y gestión de titulación superior¹⁰. A excepción de medicina, se trata de especialidades con relativamente pocas personas empleadas, entre 1.500 y 10.000 personas, la mayoría de las cuales son hombres. Se ha de resaltar que en el apartado de dirección

10 Según las definiciones de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, otros titulados superiores (con función sanitaria) son: titulados superiores, excluidos los médicos y farmacéuticos del Servicio de Farmacia, que presten servicios en el Establecimiento a 31 de diciembre (físicos, biólogos, químicos, etc.), que realicen función sanitaria: laboratorios, etc. No se contabilizarán ni los titulados que estén realizando la residencia, ni los becarios, ni los asistentes voluntarios, ni los de administración, mantenimiento de equipos, etc.

Figura 27. Distribución de personal sanitario que presta servicios en establecimientos sanitarios (resultados inferiores al 40 % de representación de mujeres)



	Mujeres	Hombres
Traumatología	8,73	91,27
Cirugía	14,17	85,83
UCI	18,24	81,76
Obstetricia-ginecología	21,81	78,19
Medicina	25,10	74,90
Dirección y gestión (titulación superior)	26,90	73,10
Pediatría	29,47	70,53
Urgencias	29,81	70,19
Psiquiatría	31,42	68,58
Servicios centrales	35,24	64,76
Dirección y gestión	36,95	63,05

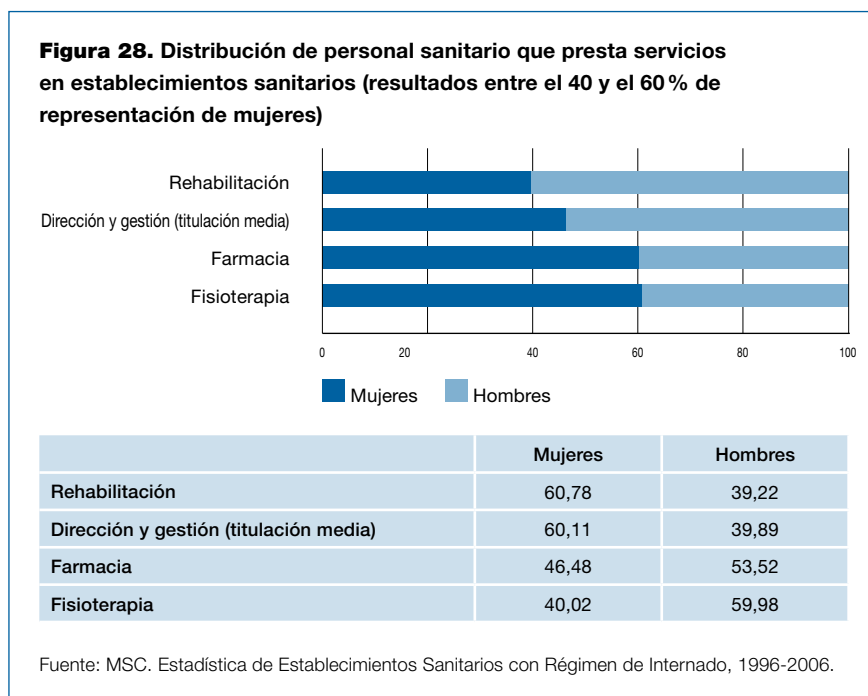
Fuente: MSC. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006. UCI, Unidad de Cuidados Intensivos.

y gestión se encuentra uno de los valores de mayor importancia, con el 26 % de los puestos de trabajo ocupados por mujeres.

El segundo grupo reúne las especialidades en que la representación de las mujeres se encuentra entre el 40 y el 60 %, y que se podría calificar de

más paritaria (fig. 28)¹¹. Pocas se encuentran en este grupo, pero se diferencia claramente del anterior por ser especialidades feminizadas. La excepción es el puesto de dirección y gestión de titulación media, ocupada en el 46 % por mujeres.

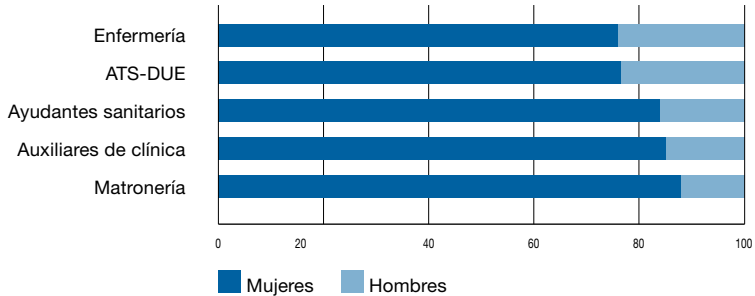
Por último y tal como se puede observar en la figura 29¹², aquellos puestos de trabajo en que las mujeres están por encima del 60 % son pocos, pero concentran la mayor parte de la población sanitaria en hospitales. Con la única excepción de matronería, todas las especialidades superan los 50.000 puestos de trabajo, entre los cuales destaca la categoría de ayudante sanitario(a). Son puestos de trabajo que, tal y como se describe posteriormente, no sólo están feminizados en su fase formativa y laboral, sino también en el inconsciente colectivo, tal y como indica la propia feminización del nombre de la especialidad en algunas fuentes: enfermeras, comadronas, etc.



11 El cálculo de los porcentajes se efectúa a partir de la población ocupada más de 36 horas.

12 El cálculo de los porcentajes se efectúa a partir de la población ocupada más de 36 horas.

Figura 29. Distribución de personal sanitario que presta servicios en establecimientos sanitarios (resultados superiores al 60% de representación femenina)



	Mujeres	Hombres
Enfermería	88,04	11,96
ATS-DUE	85,15	14,85
Ayudantes sanitarios	84,13	15,87
Auxiliares de clínica	76,49	23,51
Matronería	76,29	23,71

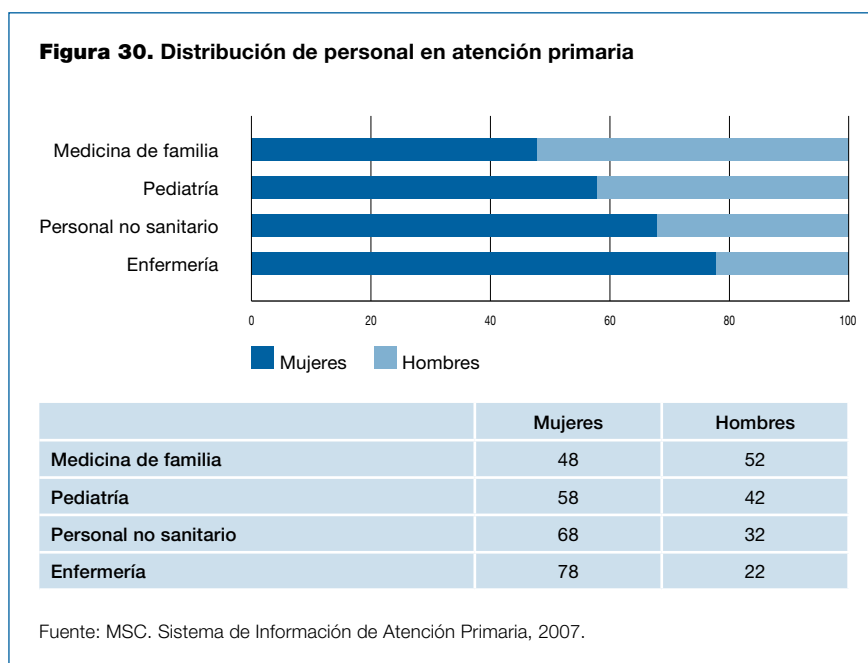
Fuente: MSC, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006. ATS-DUE, ayudante técnico sanitario-diplomado universitario en enfermería.

Asimismo, desde el año 2004 se encuentran disponibles las bases de datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), que en la edición de 2007 ha incluido la información desagregada por sexo. Los resultados vienen a complementar los de la ESCRI y nuevamente dibuja el rol de la mujer en el sistema sanitario actual. Las mujeres son mayoría también en el sistema de atención primaria aunque en un porcentaje algo menor que en la atención hospitalaria, alrededor del 63 %. Los sectores en que las mujeres obtienen mayor representación son enfermería, con cerca del 80 % de profesionales, y personal no sanitario, con casi el 70 % de representación femenina. Ambas ocupaciones representan casi las dos terceras partes del personal empleado en atención primaria. Se puede afirmar, entonces, que la gran mayoría de las mujeres de los centros de salud y consultorios ocupan los niveles más bajos en la estructura del personal. En este sentido y según

la figura 30¹³, pediatría, menos voluminosa en cuanto a personal empleado, es mayoritariamente femenina aunque con un porcentaje bastante cercano a la paridad. Lo mismo ocurre con medicina de familia que suma una tercera parte del personal total, aunque con el porcentaje invertido de manera que es la única especialidad en que son mayoría los hombres.

A todos estos datos se han de añadir algunas circunstancias, por ejemplo, el mayor porcentaje de médicos especialistas frente al de médicas; la mayor proporción de médicos que trabajan en el sector privado o que compatibilizan público y privado, a diferencia de las médicas que se concentran mayoritariamente en un sector, el público (Arrizabalaga y Valls-Llobet, 2005).

Finalmente, a todo ello se deben añadir las diferencias salariales entre las y los profesionales. Un estudio reciente señala que las diferencias son inapreciables cuando se estudia el salario base por hora aunque, cuando se observan los salarios anuales, las diferencias se triplican a favor de los profesionales superiores de la sanidad. La explicación más plausible es la mayor tasa



13 El cálculo de los porcentajes se efectúa a partir de la población ocupada más de 36 horas.

de temporalidad femenina: las mujeres tienen mayor número de contratos temporales y, como resultado, mayor número de días sin trabajar por año. Además, los hombres perciben más complementos (como productividad o guardias). En suma, las diferencias salariales entre mujeres y hombres en el sector sanitario se sitúan en torno al 38 %. Esta diferencia se explica por la diferente distribución de hombres en puestos de mayor rango y salarios más elevados (Dolado y Felgueroso, 2007). Además, se debe contemplar la diferencia salarial entre los diferentes servicios de salud públicos, que pueden llegar a representar el 30 % de diferencia en el salario en función de la comunidad autónoma en que se ejerza (Hidalgo y Matas, 2004). Otras aproximaciones al tema remarcan la diferente precariedad laboral, observable en varias especialidades, entre mujeres y hombres (Solsona et al, 2006).

Estereotipos de género en el sistema sanitario

Un estereotipo de género es una creencia u opinión, sin base científica, según la cual algunas actividades, profesiones o actitudes son más propias de un sexo o del otro. Uno de los principales estereotipos de género en el sistema sanitario es aquel según el cual las mujeres se dedican a cuidar mientras que los hombres se centran en la tarea de curar. De esta manera se atribuye al sexo masculino el dominio de la técnica y la ciencia mientras que las mujeres cuentan con una serie de destrezas y capacidades innatas que las vuelve mejores cuidadoras (Germán, 2006 y 2008). La calificación de la mujer como cuidadora tiene la base en el ser para otros: para hijos e hijas, para el cónyuge y para los progenitores (Lagarde, 2003). Casi para cada figura existe un perfil profesional en que las mujeres constituyen clara mayoría, desde la matronería hasta la geriatría, pasando por enfermería o pediatría. No es casualidad que muchas de las especialidades en las cuales las mujeres constituyen clara mayoría tengan menor cualificación (diplomaturas y ciclos superiores) que las especialidades en que se concentran los hombres.

En este sentido, es muy significativa la aportación, desde la perspectiva de género, de lo que significa ser médica y mujer en la sociedad actual, con el dilema entre la presión por la reproducción familiar y la necesidad de desarrollo profesional, un conflicto que no es fácil de resolver y que tiene consecuencias en lo personal y en lo profesional (Delgado et al, 2003). Algunas de las consecuencias en lo personal son el menor número de hijos, comparativamente, que sus colegas masculinos (Bowles et al, 2007) y mayor predisposición a la separación o el divorcio (Rubin et al, 2004). Además, se ha de señalar que, como en todas las profesiones, la medicina tiene una identidad sexual establecida, mediante estereotipos de género, que actualmente continúa siendo masculina (Ortiz, 2001 y 2004). En función de esta identidad

profesional, las mujeres médicas pueden construir su pertenencia genérica a partir de la socialización de género, en la manera de trabajar, en el modo de atención, etc. Si en algún momento se pudiera calificar una forma de atención más propia de las mujeres que de los hombres, es posible que ésta fuera la atención centrada en el o la paciente: consultas de más tiempo, transmisión de mayor información y participación del o de la paciente en la toma de decisiones clínicas que le afectan (Delgado et al, 2003). Sin embargo, la atención centrada en el o la paciente no siempre es más reconocida entre las profesionales, más bien al contrario, suele conllevar sentimientos negativos sobre la misma práctica, en parte por la presión de la productividad propia del sistema sanitario y, por tanto, constituye un estereotipo de género atribuir a las mujeres médicas, de manera aparentemente innata, mayor desenvolvimiento en las habilidades comunicativas y empáticas y a los hombres, mayor dominio de las habilidades técnicas (Delgado et al, 1999).

Una manera de perpetuar este estereotipo de género que produce discriminación se percibe en el caso de pediatría, donde las mujeres alcanzan menores rangos que los hombres y obtienen unos salarios significativamente inferiores que los de sus colegas masculinos. Además, las pediatras dedican más tiempo a la enseñanza y a la atención al o a la paciente mientras que los pediatras pueden dedicar más tiempo a la investigación, con lo que también pueden publicar más y obtener así recompensas en forma de ascensos o ayudas a la investigación (Kaplan et al, 1996). Incluso en áreas altamente feminizadas, como enfermería, se ha podido observar cómo el éxito entre los hombres es mayor que entre las mujeres (Tracey y Nicholl, 2007), algo que se podía intuir en el análisis de las posiciones académicas de esta profesión, tal y como se ha descrito con anterioridad.

Asimismo, la presencia o ausencia de mujeres en puestos de responsabilidad está asociada a varios factores, entre los cuales también se encuentran algunos estereotipos de género: por ejemplo, el que niega la autoridad a las mujeres (Dio Bleichmar, 2008; Yago, 2008). La autoridad es una cualidad que se suele vincular con lo masculino mientras que tradicionalmente el papel de las mujeres ha sido el de sumisión. Los datos analizados en los primeros apartados sugieren que la posición mayoritaria de las mujeres tanto en las universidades como en el sistema sanitario continúa siendo secundaria; también porque a las mujeres se les exige o pide mayor demostración de conocimientos, saberes y habilidades profesionales que a sus compañeros hombres, así como la ostentación del poder que se ejerce de manera distinta entre mujeres y hombres. (Delgado et al, 2003).

En este sentido y de acuerdo con estudios a nivel internacional que tratan de captar las diferencias por sexo dentro de las propias especialidades, se ha podido observar, por ejemplo, en cirugía la mayor facilidad de los cirujanos por encontrar mentores, a diferencia de sus compañeras. También se nota

mayor probabilidad de las mujeres de *perder* horas de trabajo por responsabilidades familiares a diferencia de sus colegas masculinos (Colletti et al, 2000).

En fisioterapia y rehabilitación se observó una disposición diferente a la promoción entre mujeres y hombres, más común entre los hombres, como también era más probable que los hombres publicaran más artículos que sus colegas. Las mujeres tenían menos contacto con sus superiores. Estas diferencias contribuían a las diferencias salariales, de rango y liderazgo entre colegas de una misma especialidad (Bowles et al, 2007).

Una especialidad clave para el análisis de los estereotipos de género en la atención sanitaria es enfermería. El núcleo de estudiantes de enfermería esta formado por más del 80 % de mujeres. Esto se traduce, en el ámbito hospitalario, en el hecho de que casi el mismo porcentaje lo constituyen mujeres, con más del 50 % de colegiadas. El caso contrario sería el de cirugía, un área en que las mujeres no llegan al 20 % en las asociaciones profesionales, apenas alcanzan el 15 % en los centros hospitalarios y el 10 % en las universidades aunque algunas cifras señalan que la tendencia en el futuro puede ser diferente (Serantes, 2007).

Tal y como se ha ido indicando, la profesión de enfermería se caracteriza por ser socialmente una profesión de «mujeres» y, por tanto, feminizada. En este sentido, el estereotipo de género que la población asocia a esta alta feminización del colectivo viene a reforzarse con los medios de comunicación que transmiten una imagen de la enfermería basada en los tópicos y alejada de la realidad. Esta visión excluye la posibilidad de pensar que la enfermería es una carrera que puede ser cursada por cualquier persona, independientemente de su edad y sexo. Además, el peligro de la asociación naturalizada reside en el acotamiento espacial de los cuidados, que pueden llegar a percibirse como más vinculados al cuidado doméstico a pesar de que se desarrolle en un contexto hospitalario (Germán y Miqueo, 2008). La propia naturalización de los cuidados implica una desvalorización de éstos en tanto que lo natural no conlleva esfuerzo y, por tanto, no es valorado (Alberdi, 1998).

Aparte de ello, uno de los ejes fundamentales del ejercicio de la profesión es la tarea del cuidado y ésta, precisamente, ha sido ejercida por las mujeres de modo tradicional. Durante muchos años, esta dedicación ha ocupado el papel central de las mujeres y en la actualidad continúan recayendo sobre ellas las tareas de reproducción y cuidados en su mayor parte sin que exista una corresponsabilidad social adecuada. Por tanto, la enfermería es una parcela de la atención sanitaria que puede ser analizada como la extensión del papel de madre o cuidadora, junto a otras especialidades, efectivamente feminizadas, tal y como es el caso de las comadronas.

La percepción del trabajo de enfermería como una profesión propia de mujeres refuerza el estereotipo de la enfermería (Celma, 2007) en la medida

en que se tiene en cuenta como un trabajo no cualificado, lo que apoya la escasa consideración de las mujeres para los puestos de responsabilidad.

Tal y como se ha descrito anteriormente, la presencia de hombres en la profesión de enfermería es aún escasa ya que continúa siendo asociada a una profesión propia de las mujeres. Este hecho refuerza el estereotipo de vincular los cuidados con las mujeres enfermeras y por ello es más difícil la práctica asistencial por parte de hombres enfermeros en cuanto a la asunción de los cuidados propios de la profesión que, a su vez, es incentivada por la población usuaria.

Asimismo, pese a constituir un grupo minoritario en la profesión, algunos autores señalan que los hombres podrían tener más facilidades para ocupar los puestos de responsabilidad en enfermería (Evans, 1997), algo de lo que no se dispone de datos en nuestro país¹⁴, aunque la aproximación, mediante la composición de las juntas directivas de las asociaciones profesionales, muestra claramente este efecto, con menos del 40 % de mujeres presidentas.

Finalmente, tal y como se ha ido señalando, la enfermería es uno de los campos en que la recreación del estereotipo se ha llevado a cabo con mayor asiduidad. Ya en la guerra civil se utilizó la imagen femenina de la enfermera para ensalzar la ideología de cada uno de los bandos, siempre bajo el común denominador del *ser para otros* (Siles et al, 1998). La imagen estereotipada de la enfermera (mujer) vestida de manera atractiva y como objeto sexual se ha convertido en un ideal presente en el imaginario colectivo masculino. En cambio, otros referentes de la enfermería de carácter profesional y de calidad en la atención están ausentes de este ideario.

En otro orden de cosas, los medios de comunicación han ejercido históricamente como difusores, de una manera manifiesta o latente, de los estereotipos presentes en la sociedad. Los estereotipos de género y específicamente los asociados a las profesiones sanitarias no han sido una excepción.

La irrupción de teleseries inspiradas en tramas médicas contribuye a extender el estereotipo de género. A la mayoría abrumadora de enfermeras que aparecen en estas series se debe añadir el papel central que ocupan los hombres en ellas: ellos son los médicos y especialistas y tienen la capacidad atribuida en exclusiva de cambiar el rumbo de los acontecimientos (Instituto de la Mujer, 2007).

14 No se han localizado datos sobre en qué medida las mujeres ocupan puestos de responsabilidad en la sanidad pública. La estructura de la ESCRI no recoge esta posibilidad en ninguna especialidad y tampoco lo hace la nueva base de datos SIAP. En el caso de SIAP, sólo se recoge el porcentaje de mujeres en el total de la especialidad, con comparación interautonómica. La ESCRI recoge el personal por sexo y por tipo de contrato (menos de 36 horas o más de 36 horas). Por tanto, no existe posibilidad de obtener datos, al menos con el nivel de desagregación que se hace público.

En los últimos años han aparecido algunas investigaciones centradas en contenidos de los medios de comunicación escritos sobre género y salud. Han puesto de manifiesto que, además de continuar siendo invisibles las redactoras de las noticias, lo son también algunos temas, como el riesgo de padecer infarto entre las mujeres, pero además existe un sesgo de género en el esfuerzo terapéutico de ciertas enfermedades (Ruiz et al, 2004).

Una búsqueda por palabras clave en los Informes Quiral entre 1997 y 2001 muestra que, entre los conceptos más asociados a las mujeres, están aquéllos relacionados con la sexualidad y el aparato genitourinario, la yatrogenia y temas de belleza, estética y condición física. En cambio, conceptos como el Alzheimer, el VIH-sida o las enfermedades cardiovasculares se sitúan entre los menos asociados a las mujeres aunque todos ellos son conceptos de probada importancia para el sexo femenino (Revuelta et al, 2003).

Atención diferenciada

Aunque ya se ha hecho referencia a ello en el texto, no debe dejarse de lado la atención diferente que prestan médicas y médicos debido a los sesgos de género que existen en la institución sanitaria. En este sentido, la atención diferenciada es una realidad y refleja el androcentrismo de la sociedad. Por ejemplo, existe una diferenciación en el pensamiento simbólico de hombres y mujeres entre lo que significa «curas» y «cuidados». Las primeras tienen una atribución profesional mientras que los segundos vienen de la mano de las responsabilidades familiares y domésticas. Por tanto, lo que debe evitarse es naturalizar esta atención diferente y considerarla como una atribución sexual cuando en realidad de lo que se trata es de una cuestión de género. Por ejemplo, si se tienen en cuenta las hospitalizaciones de mujeres y hombres, éstas producen efectos distintos en unas y en otros; así, en el caso de ellos, una hospitalización implica una baja laboral y, por tanto, la suspensión de obligaciones, la atención secundaria de un familiar durante la hospitalización, que en la mayoría de los casos recae sobre la mujer, y contar con el mismo apoyo durante el proceso de recuperación en el hogar. Mientras tanto, en el caso de ellas no hay ningún mecanismo de suspensión o sustitución de su responsabilidad; el hogar queda abandonado o desatendido a no ser que haya otras mujeres, el apoyo familiar en la habitación debe ser habitualmente de otras mujeres, etc.

Por tanto, la atención diferenciada en la consulta, en el diagnóstico y en el esfuerzo terapéutico debe estar basada en estudios empíricos y servir de referencia para el cambio, mediante medidas formativas y de sensibilización, para llegar a una atención de médicas y médicos basada en criterios de calidad y eficiencia con la finalidad de que repercuta en el nivel de satisfacción de la población usuaria.

Diferente atención en la consulta

Desde los años ochenta del siglo pasado, la diferencia entre la atención prestada por médicas y médicos ha sido un tema de creciente interés. Ya en la década de 1990, diferentes publicaciones ahondaron en la especificidad de la atención diferenciada en el ámbito internacional, pero también en nuestro país. Se descubrió que las mujeres tienden a escoger una médica antes que un médico si tienen la oportunidad de hacerlo. En el mismo estudio, basado en las y los profesionales holandeses, se pudo observar la mayor duración de las consultas de las médicas, especialmente cuando tenían delante a una mujer. También se comprobó que las médicas piden más pruebas diagnósticas, pero prescriben menos medicamentos y realizan menos intervenciones. Entonces, podría pensarse en la siguiente hipótesis: si las médicas piden más pruebas diagnósticas, prescriben menos medicamentos y realizan menos intervenciones, significa ello mayor capacidad resolutive y mayor eficiencia en su desempeño, en el caso de la atención primaria.

Los problemas asociados a temas que podrían calificarse de estereotipo de masculinidad (genitales y sistema musculoesquelético, que incorpora los accidentes causados por deportes o accidentes laborales) serían tratados más por médicos mientras que los problemas estereotípicamente femeninos (alrededor de la ginecología, planificación familiar y embarazo, relaciones personales, hábitos de comida, etc.) están más atendidos en las consultas de las médicas, lo que podría indicar diferentes preferencias de las personas usuarias (Bensing et al, 1993). Otros estudios indican la mayor disposición de las mujeres a ofrecer mayor información que los hombres en la consulta (Roter et al, 1991), especialmente información relativa a servicios de prevención y consejo, mientras que los médicos se centran en la enfermedad y su tratamiento (Delgado, 1999 y Bertakis, 2003). Además de atender a usuarios y usuarias durante más tiempo, el estilo de comunicación de las médicas es diferente: hablan durante más tiempo, manifiestan empatía en mayor grado y preguntan más de manera que se produce una consulta más participada y con más información que en el caso de los médicos (Delgado, 1999).

Diferencias en el diagnóstico y el esfuerzo terapéutico

Diferentes investigaciones han llegado a la conclusión de que existe un sesgo en el diagnóstico según el cual las y los profesionales tienden a establecer diferentes diagnósticos, incluso ante los mismos síntomas, cuando se trata de mujeres y hombres. En el estudio holandés anteriormente reseñado las médicas fijan diferentes patrones de morbilidad que sus compañeros: detectan

con mayor facilidad que los hombres problemas sociales y endocrinológicos y diagnostican más enfermedades de carácter respiratorio y musculoesqueléticas (Bensing et al, 1993). Otras aproximaciones al tema señalan la mayor disposición de los médicos, de mayor edad y especialistas, a prescribir en mayor medida a las mujeres que a los hombres una limitación de las actividades físicas (Gelb, 1997).

Asimismo, son bien conocidas las diferencias en el diagnóstico de diferentes enfermedades en hombres y en mujeres a pesar de que éstas últimas corran mayor riesgo, tal y como es el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o presenten un riesgo semejante en ambos sexos, como el infarto agudo de miocardio (IAM). Algunos indicadores dan una idea del diferente esfuerzo terapéutico: la hospitalización en caso de IAM es menor en las mujeres que en los hombres (31 % frente al 69 % de los casos detectados). En general se observan diferencias según sexo. Las características clínicas y etiológicas, el perfil de factores de riesgo cardiovascular, la utilización de recursos diagnósticos, las medidas terapéuticas y el pronóstico son distintos entre hombres y mujeres. En el campo del síndrome coronario agudo y de la insuficiencia cardíaca, las mujeres se ven desfavorecidas respecto a los hombres en la adopción de medidas diagnósticas y terapéuticas recomendadas, lo que puede influir en un peor pronóstico (Alonso et al, 2008). Después de un IAM se realizan más tratamientos a los hombres que a las mujeres: trombólisis, angioplastias y cateterismo son más frecuentes en ellos. De igual manera, el coste del tratamiento de procesos relacionados con el aparato circulatorio en hombres es el 127 % mayor que en las mujeres. En cambio, el coste de los tratamientos por obesidad realizados a mujeres es mayor que en los hombres a pesar de que la prevalencia es mayor en éstos, con una razón de 1,3. Además, el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas, en el caso del IAM, y la llegada a urgencias es mayor en las mujeres, lo que se puede observar también en los días transcurridos desde que aparecen los síntomas de tuberculosis y el inicio de su tratamiento. Desde la perspectiva de género es importante subrayar la mayor prevalencia de consumo de medicamentos en mujeres, lo cual es clave para regular su sobremedicación si se tiene en cuenta que la mayor parte de los medicamentos son prescritos.

Diferencias en el nivel de satisfacción

La preferencia de las y los pacientes por un médico o médica es, en principio, neutral aunque cambia cuando se trata de consultas vinculadas con zonas íntimas (pecho, aparato genitourinario o recto) o problemas psicosociales o familiares (Delgado et al, 1999). Otros estudios señalan una devaluación de la atención recibida cuando la persona que atiende es una médica joven, lo

que puede estar relacionado con la negación de la autoridad al sexo femenino, agravado por la juventud (Delgado et al, 1999 y Delgado et al, 2003).

Una de las principales aportaciones hechas desde nuestro país se centra en el nivel de satisfacción de las personas usuarias en función del sexo del o de la profesional (Tomás, 2006, y Yago, 2006). Los resultados muestran mayor satisfacción entre las personas que han sido atendidas por médicas que aquellas que lo han sido por médicos ya que valoran más la capacidad profesional de las mujeres médicas (Delgado et al, 1993 y Bertakis, 2003).

En todo caso, el grado de satisfacción es una medida subjetiva que depende de muchos factores y la comparación de estudios muestra divergencias a medida que se van incorporando nuevas variables.

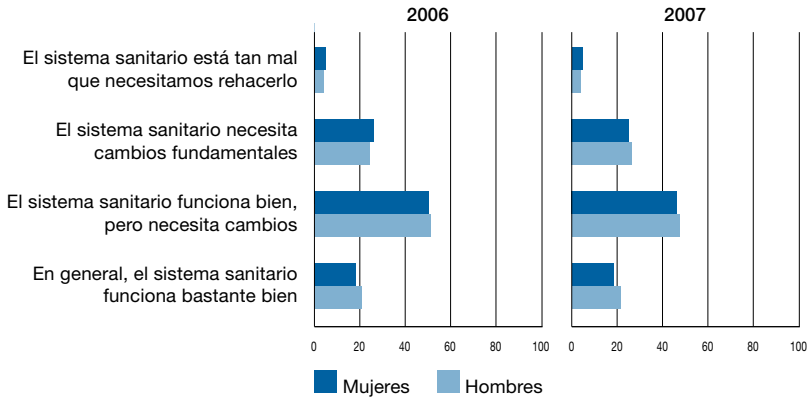
De manera paralela, uno de los instrumentos con que se puede medir la valoración del sistema sanitario es el Barómetro Sanitario. En los dos últimos ejercicios, la valoración de las mujeres sobre el sistema sanitario difiere en algunos puntos de la valoración de los hombres. No se trata del nivel de satisfacción medido en un entorno controlado, sino de una encuesta general, en la cual influye claramente el nivel de satisfacción y la propia experiencia. Los resultados de los dos últimos años señalan un nivel de satisfacción menor y una valoración peor del sistema sanitario entre las mujeres.

Así pues, a la vista de los datos que aparecen en la figura 31, las mujeres valoran positivamente el sistema sanitario en menor medida que los hombres mientras que centran el discurso en la necesidad de cambios. Este efecto es más visible en 2006 que en 2007 aunque no tiene por qué ser una tendencia definida, lo cual se podrá ver en las próximas ediciones del Barómetro Sanitario.

Además, la satisfacción con el modo en que funciona el sistema sanitario, también incluida en el Barómetro Sanitario, vuelve a ofrecer datos interesantes, tal y como se observa en la figura 32. En una escala de 1 al 10, en la cual 1 indica mucha insatisfacción y 10 mucha satisfacción, las mujeres se sitúan en los dos últimos años en peor situación que los hombres. Aunque ambos sexos se muestran satisfechos en términos generales, por encima del 6, la media de las mujeres es inferior que la de los hombres.

Además de valorar la variable sexo, se debe tener en cuenta otra variable clave para explicar la satisfacción: la edad, que aparece como principal factor de variación, de manera que a mayor edad, mayor grado de satisfacción con la atención recibida. Otros factores que influyen en la satisfacción son el nivel de estudios, la ocupación, el estado civil, el tipo de centro al cual se acude y hasta el tipo de cita mientras que el sexo, tanto de la persona usuaria como de la profesional, no llega a ser una variable estadísticamente relevante (Biedma y Serrano, 2007).

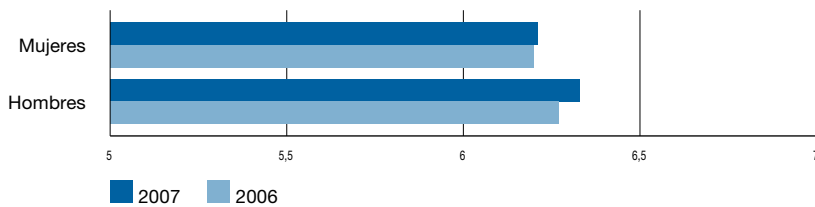
Figura 31. Valoración del sistema sanitario, 2006-2007



	Mujeres		Hombres	
	2006	2007	2006	2007
El sistema sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo	18,00	18,60	20,40	21,60
El sistema sanitario necesita cambios fundamentales	50,20	47,10	50,90	47,70
El sistema sanitario funciona bien, pero necesita cambios	26,00	25,30	23,90	26,90
En general, el sistema sanitario funciona bastante bien	4,80	5,20	4,00	4,20

Fuente: MSC y CIS. Barómetro Sanitario, 2007.

Figura 32. Nivel de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario, 2006-2007



	Mujeres	Hombres
2007	6,20	6,27
2006	6,21	6,33

Fuente: MSC y CIS. Barómetro Sanitario, 2007.

Formación en género y salud

La integración del principio de igualdad en las políticas de salud requiere la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias para garantizar su capacidad, para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las mujeres, para detectar y atender las situaciones de violencia de género, evitar prejuicios que retrasen el acceso de las mujeres al sistema sanitario o se realice menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con ellas que con los hombres, y también para corregir las disparidades de género interprofesionales e intraprofesionales existentes.

Esta nueva formación de profesionales de la salud requiere promover la inclusión de la perspectiva de género en los programas de formación continua del personal del Sistema Nacional de Salud en colaboración con las comunidades autónomas, así como, de manera más específica y quizá más efectiva a medio plazo, en los programas universitarios. Sensibilizar y formar técnicamente en cuestiones de género a futuros profesionales, hombres y mujeres, es un aspecto relevante de la formación sanitaria si se quiere modificar estructuras y generar cambios en pensamientos, actitudes y actuaciones profesionales acordes con el principio de igualdad.

La atención al «malestar» que significa toda enfermedad exige recursos técnicos biomédicos más o menos neutrales y universales, pero también palabras y conceptos, y valores de la cultura no androcéntrica que se basa en la sistemática cuestión de las representaciones sociales de la masculinidad y la feminidad y las relaciones entre hombres y mujeres. Es preciso advertir a los y las profesionales, en su período de formación académica y de la forma más normalizada posible, sobre los mecanismos de acción de los estereotipos ya que éstos condicionarán sus opiniones, valores y expectativas profesionales sobre cuestiones clave, como los modos de enfermar de hombres y mujeres, las enfermedades o los puestos de trabajo propios de cada sexo, las profesiones masculinas y femeninas, el antitético valor de los cuidados y las innovaciones o el diferente uso del tiempo profesional que destinarán ellos y ellas a la investigación y a la escucha de la población en la consulta.

Cabe mencionar la actividad formativa que ha desarrollado la *Escuela Nacional de Sanidad*, en convenio con el Ministerio de Sanidad y Política Social: el Master de Salud Pública, el Master de Salud Pública Internacional y el Diploma de Promoción de Salud, además de la inclusión de los encuentros de Salud y Género en la Escuela de Salud Pública del Llatzeret de Maó desde 1996.

En segundo lugar, desde el *Observatorio de Salud de la Mujer* del Ministerio de Sanidad y Política Social se han promovido, en los últimos ejerci-

cios, algunas acciones formativas relacionadas con la salud sexual (junto con diferentes entidades implicadas en la salud sexual), la investigación cualitativa o la salud pública (*Diploma de Especialización en Salud Pública y Género*), la violencia (*Formación de formadoras y formadores para la prevención y atención a la violencia de género*) y la perspectiva de género (*Formación de formadores y formadoras en perspectiva de género en salud*) (Colomer, 2008; Mazarrasa, 2008, y Sánchez, 2008). Con todas estas acciones se pretende incidir en la sociedad mediante las y los profesionales de la salud y la docencia al facilitar la inclusión de la perspectiva de género en salud.

Desde la *Universidad* se han desarrollado actividades formativas en género y salud en casi todas las titulaciones de grado y en los cursos de posgrado de profesiones sanitarias, así como en programas de doctorado de ciencias humanas y sociales¹⁵ (Miqueo, 2008; Barral, 2008, y Ruiz, 2008).

En el contexto de reforma de los estudios universitarios para la adaptación de los títulos al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se celebró en noviembre de 2006 el primer congreso nacional donde se registró un amplio consenso entre especialistas sobre la necesidad de implantar una materia específica de género, de tipo troncal o carácter obligatorio, en las nuevas titulaciones de grado de ciencias de la salud (medicina, psicología, enfermería y fisioterapia)¹⁶. En dicho congreso se acordaron los objetivos docentes de aquella que podría ser una futura materia de carácter transversal que se impartiría durante los primeros cursos de los estudios de grado en ciencias de la salud (tabla 3).

Aparte de ello, en mayo de 2008 se desarrolló en Zaragoza la primera jornada dedicada específicamente a la formación de género en los tres niveles habitualmente considerados: pregrado (Miqueo, 2008, y Barral, 2008), posgrado (Ruiz, 2008) y formación continua (Sánchez, 2008; Colomer, 2008; Mazarrasa, 2008; Cisneros, 2008, y Muñoz, 2008). Las principales conclusiones o recomendaciones para la enseñanza universitaria se exponen en la tabla 4.

De esta manera, la Universidad cumpliría con la demanda legal de constituirse en espacio de difusión de la igualdad de género y de la no discriminación (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, Art. 4), además de proporcionar cono-

15 Véase el listado de cursos de posgrado en salud y género y sus características en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_f_01.pdf

16 La publicación de sus resultados en formato CD ofrece la relación completa de las asignaturas: Instituto de la Mujer. Estudios de las Mujeres Feministas y de Género. Madrid: Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer, 2008. Actualmente, se ofertan varias asignaturas relacionadas con salud y género aunque suelen ser de libre elección (<http://wzar.unizar.es/siem/formativas/jornadasalud.html>).

cimientos sobre las desigualdades de género (Ley Orgánica, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades) y cumplir con la Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres.

TABLA 3. Objetivos de la materia* Género, salud y sociedad

1. Conocer y aplicar conceptos básicos del sistema sexo/género (género, feminismo, androcentrismo, patriarcado, diferencia e igualdad), e incorporar el uso no sexista del lenguaje
2. Identificar sesgos androcéntricos en el conocimiento de las ciencias de la salud
3. Conocer la influencia del género en la organización del sistema sanitario
4. Considerar el género como un determinante de salud y enfermedad
5. Evaluar las desigualdades por género en el acceso y atención en el sistema sanitario

*La materia sería troncal, obligatoria y constaría de 4 créditos ECTS (*European Credit Transfer System*).

Fuente: Primer Congreso Los estudios sobre las mujeres, de género y feministas. Grados y postgrados en el Espacio Europeo de Educación Superior.

TABLA 4. Recomendaciones de las primeras jornadas específicas sobre formación en género y salud, 2008

1. Llevar a cabo un registro completo de las asignaturas de género impartidas en la actualidad en las universidades españolas: por tipos y titulaciones
2. Realizar reuniones anuales durante 5 años con el objetivo de discutir acerca de experiencias didácticas, definir diseños de programas por niveles y titulaciones, centralizar estudios especializados, establecer líneas de investigación o estudio y favorecer intercambios de profesorado y estudiantes becados
3. Sensibilizar a colegas y estudiantes, que puede significar observar, analizar y difundir la evaluación de los manuales o de los materiales docentes habitualmente utilizados en las áreas de conocimiento y afines del profesorado implicado
4. Crear una red de formación en género y salud (o sociedad científica con sección) con los objetivos de organizar los simposios anuales, consensuar manuales didácticos de grado y actualizaciones, y regularizar la acreditación docente, acordando los criterios de evaluación de calidad de los programas de formación en género y salud
5. Elaborar un informe sobre el proceso de reforma universitaria del EEES desde el punto de vista de los estudios de género y salud dentro de 5 años

Fuente: Miqueo, 2008. Primer Congreso Los estudios sobre las mujeres, de género y feministas. Grados y postgrados en el Espacio Europeo de Educación Superior. Zaragoza, 2008.

Conclusiones

A continuación, a la vista de los datos aportados en este informe, se establecen las siguientes conclusiones:

1. Las mujeres constituyen una clara mayoría en los ámbitos universitarios de las carreras sanitarias, especialmente en la educación de grado, y se igualan en proporción a los hombres en el posgrado.
2. Las mujeres ocupan los puestos menos valorados en la estructura académica. Su presencia en los puestos de mayor estabilidad es aún minoritaria y escasean las catedráticas. En cambio, representan una clara mayoría en los puestos de administración y servicios de las universidades.
3. Respecto a los cargos unipersonales en las universidades (puestos de gobierno, como rectorado, decanato, etc.), las mujeres continúan estando ausentes. Las mujeres aparecen dentro de los equipos de gobierno ocupando vicerrectorados aunque en una proporción inferior al 30 %.
4. En las sociedades profesionales del área sanitaria, las mujeres ocupan los puestos de menor rango (secretarías y vocalías), incluso en profesiones altamente feminizadas, como enfermería, donde las presidentas no llegan al 40 % del total de sociedades profesionales.
5. Las mujeres ocupan puestos de investigación con menor reconocimiento: aparecen en mayor medida como asociadas al equipo del proyecto mientras que los hombres ocupan el papel de investigadores principales. Además, tienen mayor dificultad en la obtención de financiación cuando lideran proyectos.
6. La presencia de mujeres en las revistas científicas continúa siendo desigual: aparecen en menor medida en los equipos editoriales, en los grupos de revisión y tienen más dificultades para ver publicados sus artículos.
7. En los servicios sanitarios se observa una concentración de mujeres en los puestos de trabajo con menor reconocimiento y escasa presencia en las categorías de mayor prestigio.
8. Los estereotipos de género continúan perpetuando la asignación en exclusividad a las mujeres de algunas profesiones, como enfermería, mientras que se les dificulta el acceso a algunas especialidades de medicina, como la cirugía. Asimismo, estos estereotipos siembran dudas sobre las capacidades de las mujeres para liderar o asumir puestos de responsabilidad. Todo ello está reforzado por los

medios de comunicación que no contribuyen a disminuirlos, sino que los extienden entre la sociedad.

9. Las médicas prestan una atención diferente que sus compañeros en la consulta. Esta atención está más centrada en la población usuaria, dedican más tiempo, preguntan más, piden más pruebas diagnósticas, prescriben menos medicamentos y ofrecen más información que sus compañeros médicos. Asimismo, desde el punto de vista diagnóstico, detectan con mayor facilidad los problemas sociales y endocrinológicos. Además, reciben mayor valoración y satisfacción por la atención prestada.
10. Las usuarias de la sanidad pública tienen una visión más crítica y valoran menos positivamente el sistema sanitario que los usuarios.

Propuestas para la acción

Desde el ámbito de sus competencias y con la colaboración de otros ministerios, instituciones autonómicas y organizaciones públicas y privadas, el Ministerio de Sanidad y Política Social propone las siguientes acciones y recomendaciones:

- Favorecer la entrada de las mujeres en especialidades que aún se consideran propias del sexo masculino.
- Realizar un seguimiento de las categorías profesionales que ocupan las mujeres en el sector sanitario.
- Impulsar estudios sobre las diferencias entre médicos y médicas en los ámbitos personal y profesional.
- Revisar la presencia de mujeres en los equipos editoriales de las publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Continuar con la promoción de la investigación en salud y género, la inclusión del enfoque de género en todas las líneas de investigación y en los procesos de gestión de la investigación y, especialmente, realizar estudios sobre la adjudicación de los fondos de investigación sanitaria desde un enfoque de género.
- Trabajar para la eliminación de los estereotipos de género, especialmente de su difusión en los medios de comunicación.
- Impulsar cursos de formación dirigidos a profesionales para la atención centrada en la o el paciente y que eviten los sesgos de género en la atención.
- Promover la inclusión del enfoque de género en el sistema de información sanitaria (SIS) para monitorizar la situación.
- Difundir estos resultados en el Sistema Nacional de Salud, entre la población, en las universidades, en distintos ministerios (de educación, igualdad, cultura, etc.), en las sociedades y colegios profesionales, en las revistas científicas, etc., todo ello para visibilizar y promover cambios sociales.
- Promover canales de participación mediante grupos de trabajo, foros, etc. con la finalidad de trabajar en línea con distintos ministerios (educación, ciencia, igualdad, etc.) y con las revistas científicas.

Bibliografía

Addis, Elisabetta. Gender in the publication process: evidence, explanations and excellence. En: European Commission. Gender and Excellence in the Making. Bruselas: European Commission, 2004; 93-100.

Agudo Arroyo, Yolanda; Viedma Rojas, Antonio. La investigación científica (I+D) en el sector público en España desde la perspectiva de género: situación laboral. En: Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen (eds.). Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud (GENCIBER). Zaragoza: Pressas Universitarias de Zaragoza, 2008; 209-214.

Alberdi Castell, Rosamaría. La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería* 1998; 11: 20-26.

Alexandre Benavent, Rafael; Alonso Arroyo, Adolfo; Gonzalez Alcaide, Gregorio; González de Dios, Javier; Pérez Sempere, Ángel; Valderrama Zurián, Juan Carlos. Análisis de género de los artículos publicados en la Revista de Neurología durante el quinquenio 2002-2006. *Rev Neurol* 2007; 45(3): 137-143.

Alonso, Joaquín; Bueno, Héctor; Bardají, Alfredo; García-Moll, Xavier, et al. Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. *Rev Esp Cardiol* 2008; 8(D): 8D-22D.

Arenas Barbero, Joaquín. Convocatoria de proyectos de investigación FIS/2005. Ponencia presentada en el II Foro Mujeres, Salud y Género, 2005 Dic 19-20; Madrid, España [no publicado].

Arranz, Fátima. Las mujeres y la universidad española: estructuras de dominación y disposiciones feminizadas en el profesorado universitario. *Política y Sociedad* 2004; 41(2): 223-242.

Arrizabalaga, Pilar; Valls-Llobet, Carme. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(3): 103-107.

Artazcoz, Lucía; Borrell, Carme; Cortés, Inma; Escribá-Aguir, Vicenta; Cascant, Lorena. Los determinantes de la salud en una perspectiva integradora de los enfoques de género, clase social y trabajo. En: Borrell, Carmen; Artazcoz, Lucía (coords.). Investigación en género y salud. Sociedad Española de Epidemiología, monografía n.º 5, 2007; 21-43.

Barral Morán, M.^a José. Género y salud en los programas de grado. En: IV Jornadas Género y Salud. Seminario Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza, 2008. Un aprendizaje para la igualdad.

Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/jornadasalud.html>

Barral Morán, M.^a José. Sesgos de género en la difusión de las funciones del cerebro humano: estudio crítico comparado de textos anatómicos y neuroanatómicos utilizados en las universidades españolas entre los años 70 y 90. En: Martínez Pérez J, et al (eds.). La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 2004; 103-114.

Bensing, Jozien; Van den Brink-Muinen, Atie; De Bakker, Dinny H. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993; 31(3): 219-229.

Bertakis, Klea D; Franks, Meter; Azari, Rahman. Effects of Physician Gender on Patient Satisfaction. *J Am Womens Assoc* 2003; 58(2): 69-75.

Biedma Velázquez, Lourdes; Serrano del Rosal, Rafael. ¿Existe relación entre satisfacción del paciente y género del médico? Documentos de Trabajo, IESA Working Paper Series, WP 0207. Córdoba: Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, 2007.

Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/2055/1/02-07.pdf>

Bonder, Gloria; Felitti, Karina. Más allá de la estadística: análisis de situación, necesidades y capacidades de científicas iberoamericanas en el campo de la salud y recursos estratégicos. En: Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen. Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud. Genciber. Zaragoza: PUZ, 2008; 119-128.

Bordons, María; Morillo, Fernanda; Fernández, Teresa; Gómez, Isabel. One step further in the production of bibliometric indicators at the micro level: Differences by gender and professional. *Scientometrics* 2003; 57(2): 159-173.

Borrell, Carme; Artazcoz, Lucía. Marco conceptual. En: Borrell, Carmen; Artazcoz, Lucía (coords.). Investigación en género y salud. Sociedad Española de Epidemiología, monografía n.º 5, 2007; 12-20.

Bowles, Amy O; Kevorkian, C George; Rintala, Diana H. Gender Differences Regarding Career Issues and Promotion in Academic Physical Medicine and Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 2007; 86(11): 918-925.

Cabré, Monserrat; Ortiz Gómez, Teresa. Relaciones entre la historia de la medicina y la investigación en salud y género. En: Campos, Ricardo; Montiel, Luis; Huertas, Rafael (coords.) Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI). Madrid: CSIC, 2007; 627-634.

Callón, Michel; Coutial, Jean-Pierre; Penan, Hervé. Cienciometría. El estudio cuantitativo de la actividad científica: de la bibliometría a la vigilancia tecnológica. Gijón: Trea, 1995.

Campabadal, Francesca. La participación de las mujeres en los proyectos de investigación. El caso del proyecto europeo Goodfood. En: Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen (eds.). Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud (GENCIBER). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2008; 151-157.

Carrera Fernández, María Victoria; Lameiras Fernández, María; Núñez Mangana, Ana M.^a; Rodríguez Castro, Yolanda. Evolución de los premios nacionales fin de carrera en España. Una perspectiva de género. En: Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen (eds.). Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud (GENCIBER). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2008; 587-592.

Cascant, Lorena; Cortés, Imma; Artazcoz, Lucía. Desigualdades de género en la composición de las juntas directivas de las entidades científicas y profesionales en el ámbito de las ciencias de la salud en España. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, 2007 [no publicado].

Celma Vicente, Matilde. Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras [tesis doctoral]; dirigida por Ángel Acuña. Granada: Universidad de Granada, Departamento de Antropología Social, 2007.

Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS). Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea, 2007.

Disponible en: www.fgalatea.org/pdf/salut_cast.pdf

Cisneros Izquierdo, Asunción. Formación en género y salud en el Departamento de Salud y Consumo de Gobierno de Aragón: estado de la cuestión. En: IV Jornadas Género y salud. Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza, 2008. Un aprendizaje para la igualdad.

Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/jornadasalud.html>

- Colletti Lisa M., Mulholland Michael W., Sonnad Seema S. Perceived obstacles to career success for women in academic surgery. *Arch Surg* 2000; 135: 972-977.
- Colomer, Concha. La formación continuada en género y salud: presente y futuro. En: IV Jornadas Género y salud. Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza, 2008. Un aprendizaje para la igualdad.
Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/jornadasalud.html>
- Colomer, Concha; Peiró Pérez, Rosana. ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas?: desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gac Sanit* 2002; 16(4): 358-360.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Informe Mujeres Investigadoras 2007.
Disponible en: www.csic.es/documentos/mujerCiencia/informe_mujeres_2007.pdf
- Davo, M.^a del Carmen; Vives, Carmen; Álvarez-Dardet, Carlos. Why are women underused in the JECH peer review process? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 936-937.
- De Pablo, Flora. En la ciencia todavía no existe el tanto monta-monta tanto. *Torre de los Lujanes* 2004; 53: 81-90.
- Delgado Sánchez, Ana. El papel del género en la relación médico-paciente. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1999; 8(6): 509-516.
- Delgado Sánchez, Ana; López-Fernández, Luis Andrés; Luna, Juan de Dios. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993 Sep; 31(9): 795-800.
- Delgado Sánchez, Ana; Martínez-Cañavate, T; García, V; Frías, J; Rueda, T; Morata J. Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico de Familia. *Aten Primaria* 1999; 23(5): 268-274.
- Delgado Sánchez, Ana; Távora Rivero, Ana; Ortiz Gómez, Teresa. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estudios de Sociolingüística* 2003; 4(2): 589-611.
- Díez, Capitolina; Carantoña, Elena (eds.). *Mujeres en la alta dirección. La carrera profesional de las mujeres en la empresa, la administración y la universidad*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Igualdad, 2008.
- Dio Bleichmar, Emilce. ¿Todas Madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas. En: Miqueo, Consuelo, et al. (eds.). *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*. Zaragoza: PUZ, 2008; 37-50.
- Dolado, Juan J; Felgueroso, Florentino. Diferencias de género y temporalidad: el caso de los profesionales superiores en el sector sanitario en España. Documento de trabajo 2007-24 (Series: Capital Humano y Empleo. Economía de la Salud y Hábitos de Vida, Junio). Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), 2007.
- ETAN, Expert Working Group on Women and Science. Informe 2005. Disponible en: www.amit-es.org/descarg/women&science_05.pdf
- ETAN, Expert Working Group on Women and Science. Science Policy in the European Union. Promoting excellence through mainstreaming gender equality. Informe ETAN. European Commission, 2000. Disponible en: www.cordis.lu/etan/home.html
- Evans, Joan. Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. *J Adv Nurs* 1997; 26: 226-231.
- Fernández, Valentina; Santesmases, M.^a Jesús (eds.). *Ciencia y tecnología en el CSIC: una visión de género*. Arbor 2002; julio-agosto.

Frank Fox, Mary. Gender, family, characteristics and publication productivity among scientists. *Social Studies of Science* 2005; 35(1): 131-150.

García Calvente, María del Mar; Álvarez-Dardet, Carlos. Through gender parity in scientific publications. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 474-475.

García Calvente, M.^a del Mar. La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género. En: Borrell, Carmen; Artazcoz, Lucía (coords.). *Investigación en género y salud*. Sociedad Española de Epidemiología, monografía n.º 5, 2007; 97-118.

García Calvente, M.^a del Mar; Jiménez Rodrigo, M.^a Luisa, Martínez Morante, Emilia. Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género. *Observatorio de Salud de la Mujer*.
Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t01.htm

García Calvente, M.^a del Mar; Jiménez Rodrigo, M.^a Luisa, Martínez Morante, Emilia. Informe de revisión de guías sobre la incorporación de la perspectiva de género a las políticas de investigación en salud. *Observatorio de Salud de la Mujer*.
Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t01.htm

García de Cortazar, M.^a Luisa; Arranz, Fátima; del Val, Consuelo; Aguado, Yolanda; Viedma, Antonio; Justo, Cristina; Pardo, Pilar. *Mujeres y hombres en la ciencia española. Una investigación empírica*. Madrid: Instituto de la Mujer (Estudios 96), 2006.

García de Cortázar, M.^a Luisa; Guil, Ana; Pérez Sedeño, Eulalia; Bordons, María, et al. *Mujer y ciencia: la situación de las mujeres investigadoras en el sistema español de ciencia y tecnología*. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, 2005.
Disponible en: www.amit-es.org/descarg/FECYT-2005.pdf

García de León, Antonia. *La excelencia científica. Hombres y mujeres en las Reales Academias*. Madrid: Instituto de la Mujer (Estudios 88), 2005.

García de León, Antonia. *Herederas y heridas. Sobre las élites profesionales femeninas*. Madrid: Cátedra-Feminismos, 2002.

García de León, Antonia; García de Cortázar, Marisa; Alonso, M.^a José; Andino, Susana; Andreu, Silvia; Arranz, Fátima, et al. *Las académicas. Profesorado universitario y género*. Madrid: Instituto de la Mujer (Estudios 72), 2001.

Gelb Safran, Dana; Rogers, William H; Tarlov, Alvin R; McHorney, Colleen A; Ware, John E. Gender differences in medical treatment: the case of physician-prescribed activity restrictions. *Soc Sci Med* 1997; 45(5): 711-722.

Germán Bes, Concha. *Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género*. Universidad de Zaragoza. Tesis doctoral, noviembre de 2006.

Germán Bes, Concepción; Miqueo, Consuelo. Los estereotipos de género en los manuales de las enfermeras y ayudantes técnicos sanitarios (ATS). En: Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen (eds.). *Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud (GENCIBER)*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2008; 413-420.

Gibbons, Michael; Limoges, Camille; Nowotny, Helga; Schwartzman, Simon; Scott, Peter; Trow, Martin. *La nueva producción de conocimiento. La dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas*. Barcelona: Pomares, 1997.

Gil García, Eugenia. *Otra mirada a la anorexia. Aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas*. Granada: Feminae, 2007.

Gil García, Eugenia. Técnicas de investigación: análisis del discurso de la ciencia y del enfermo. En: Tomás C (ed.). Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial desde la perspectiva de género. Zaragoza: SIEM, 2006; 27-38.

González Alcaide, Gregorio; Valderrama Zurián, Juan Carlos; Navarro Molina, Carolina; Alonso Arroyo, Adolfo; Bolaños Pizarro, Máxima; Aleixandre Benavent, Rafael. Análisis de género de la producción científica española sobre drogodependencias en biomedicina 1999-2004. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol 2007; (19)1: 45-50.

González Canalejo, Carmen. Cuidadoras de ayer y de hoy: discursos y aspiraciones desde una perspectiva de género. En: Blasco M. (ed.). Actas del III Congreso Internacional y VIII Nacional de Historia de la Enfermería Cuidadoras en la historia: protagonistas de ayer y de hoy. Zaragoza, Institución Fernando el Católico; 2007; 39-48.

Guil, Ana; Solano, Ana; Álvarez, Manuela. La situación de las mujeres en las universidades públicas andaluzas: PDI y PAS. Sevilla: CES-A (Colección estudios), 2005.

Hidalgo Valverde, María Jesús; Matas Aguilera, Vicente. Estudio comparativo del salario médico en España. Granada: Sindicato Médico de Granada (SIMEG), 2004.
Disponible en: www.aeemt.com/pdfs/estudioretribucionesmedicos.pdf

Iglesias Aparicio, Pilar. Las mujeres en la historia del cuidado de la salud. En: Las pioneras de la medicina en Gran Bretaña [tesis doctoral]; dirigida por Juan Jesús Zaro. Málaga: Universidad de Málaga, 2003.

Instituto de la Mujer. Tratamiento y representación de las mujeres en las teleseries emitidas por las cadenas de televisión de ámbito nacional. Madrid: Instituto de la Mujer, 2007.

Izquierdo Benito, M.^a Jesús (dir.). Cuidado y provisión: el sesgo de género en las prácticas universitarias y su impacto en la función socializadora de la universidad, 2004.
Disponible en: www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/738.pdf

Izquierdo Benito, M.^a Jesús (dir.); Canelles Tigel, Noemí; Colldeforns Torres, Laura; Gutiérrez-Otero Mora, Anabel, et al. Cuidado y provisión: el sesgo de género en las prácticas universitarias y su impacto en la función socializadora de la universidad (2004-2008), 2008.
Disponible en: www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/738.pdf

Jagsi, Reshma; Guancial, Elizabeth A; Worobey, Cynthia Cooper; Henault, Lori E; Chang, Yuchiao; Starr, Rebeca et al. The «Gender Gap» in Authorship of Academia Medical Literatura –A 35-Year Perspective. N Engl J Med 2006; 355(3): 281-287.

Jiménez-Rodrigo, María Luisa; Martínez-Morante, Emilia; García-Calvente, María del Mar; Álvarez-Dardet, Carlos. Through gender parity in scientific publications. J Epidemiol Community Health 2008; 62: 474-475.

Kaplan, Sherrie H; Sullivan, Lisa M; Dukes, Kimberly A; Phillips, Carol F; Kelch, Robert P; Schaller, Jane G. Sex Differences in Academic Advancement. Results of a National Study of Pediatricians. N Engl J Med 1996; 335(17): 1.282-1.289.

Kurichi, Jibby E; Kelz, Rachel R; Sonnad, Seema S. Women Authors of Surgical Research. Arch Surg 2005; 140: 1.074-1.077.

Lagarde, Marcela. Mujeres cuidadoras. Entre la obligación y la satisfacción. Congreso Internacional SARE 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado, 2003 Oct 13-14; Vitoria-Gasteiz.
Disponible en: http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf

Latour, Bruno. La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos. Madrid: Alianza Universidad, 1995.

- Latour, Bruno. *Ciencia en acción*. Barcelona: Labor, 1992.
- Laudan, Larry. *El progreso y sus problemas. Hacia una teoría del crecimiento científico*. Madrid: Encuentro Ediciones, 1986.
- López Piñero, José M.^a; Terrada, M.^a Luz. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 64-69, 101-106, 142-148, 384-388.
- Mauleón, Elba; Bordons, María. Productivity, impact and publication habits by gender in the area of materials science. *Scientometrics* 2006; 66(1): 199-218.
- Mazarrasa, Lucía. Evaluación y propuestas del Plan de Formación de Género y Salud de la Escuela Nacional de Sanidad. En: *IV Jornadas Género y salud. Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza*, 2008. Un aprendizaje para la igualdad. Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/jornadasalud.html>
- Medina Domenech, Rosa. La ciencia es un texto. Retórica y conocimiento científico. En: Rodríguez Alcázar, et al. *Ciencia, tecnología y sociedad: contribuciones para una cultura de la paz*. Granada: Universidad-Colección Eirene, 1997; 117-147.
- Merton, Robert K. The Matthew Effect in Science. *Science* 1968; 159(3810): 56-63.
- Ministerio de Educación y Ciencia. *Académicas en cifras*. Madrid, 2007. Disponible en: www.micinn.es/ciencia/umyc/files/2007-academicas-cifras.pdf
- Miqueo, Consuelo. ¿Feminismo en el mundo científico médico? *Isegoría* 2008. 38(I): 155-167.
- Miqueo, Consuelo. El proceso enseñanza-aprendizaje de género y salud en el marco universitario. En: *IV Jornadas Género y Salud. Seminario Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza*, 2008. Un aprendizaje para la igualdad. Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/jornadasalud.html>
- Miqueo, Consuelo. La construcción de los saberes y androcentrismo en la «ciencia sin mujeres». En: Blasco M (ed.). *Actas del III Congreso Internacional y VIII Nacional de Historia de la Enfermería. Cuidadoras en la historia: protagonistas de ayer y de hoy*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico, 2007; 5-37.
- Miqueo, Consuelo. ¿Cómo ser historiadora y descubrir el androcentrismo de la ciencia médica? En: Campos, Ricardo; Montiel, Luis; Huertas, Rafael (coords.). *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*. Madrid: CSIC, 2007; 657-667.
- Miqueo, Consuelo; Barral Morán, M.^a José; Fernández-Turrado, Teresa; Germán Bes, Concepción. *Disparidad de género en los órganos de dirección de las revistas biomédicas españolas*. Madrid: Instituto de la Mujer, 2009 (no publicado).
- Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Fernández-Turrado, Teresa; Germán, Concha. El proceso de incorporación de las mujeres en los órganos de dirección de las revistas científicas. *Comunicación*. En: 10.º Congreso Internacional Interdisciplinario sobre las mujeres. *Women's Worlds'08 – Mundos de Mujeres 2008*. Madrid, 3-9 de julio de 2008.
- Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen. *Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*. Genciber. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, PUZ, 2008.
- Miqueo, Consuelo; González Romarís, Elena; Verdú, Mayte. Participación de mujeres en los comités de dirección de las revistas científicas españolas de biomedicina y factor de impacto. En: Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen (eds.). *Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud (GENCIBER)*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2008; 135-142.

Miqueo, Consuelo; Ortiz, Teresa; Dio Bleichmar, Emilce, et al. En: Primer Congreso Los estudios sobre las mujeres, de género y feministas. Grados y postgrados en el Espacio Europeo de Educación Superior. Madrid, 2008.

Muñoz Jiménez, Concha. Revisión crítica de la formación continuada en género a los profesionales de la salud. En: IV Jornadas Género y Salud. Seminario Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza, 2008 Un aprendizaje para la igualdad. Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/jornadasalud.html>

Ortiz Gómez, Teresa. Medicina, historia y género. 130 Años de investigación feminista. Oviedo: KYK, 2006.

Ortiz Gómez, Teresa. Fuentes orales e identidades profesionales. Médicas españolas de la segunda mitad del siglo XX. *Asclepio* 2005; 57(1): 75-97.

Ortiz Gómez, Teresa. El género, organizador de profesiones sanitarias. En: Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Barral, M.ª José; Fernández, Teresa; Yago, Teresa (eds.). *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 2001; 53-75.

Ortiz Gómez, Teresa; Becerra Conde, Gloria (eds.). *Mujeres de ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas*. Granada: Universidad de Granada, 1996.

Ortiz Gómez, Teresa; Bernuzzi Sant'Anna, Denise. Perspectives on gender and healthy (perspectivas en género y salud). En: Abreu, Laurinda; Bourdelais, Patrice; Ortiz-Gómez, Teresa; Palacios, Guillermo (eds.). *Dynamics of health and welfare: texts and contexts. Dinámicas de salud y bienestar: textos y contextos*. Évora: CIDEUH-UE, 2007; 101-173.

Ortiz Gómez, Teresa; Birriel Salcedo, Johanna; Ortega del Olmo, Rosa. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac San* 2004; 18(supl.1): 189-194. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18s1/05profesiones.pdf>

Peiró Pérez, Rosana; Colomer Revuelta, Concha; Blázquez Herranz, Margarita; Gómez López, Fernando. Applications submitted and grants awarded to men and women in nationwide biomedical competitive research, in 2006, in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(supl. 2): 17-19.

Peiró Pérez, Rosana; Vives Cases, Carmen; Álvarez Dardet, Carlos; Mas Pons, Rosa. El análisis de políticas con enfoque de género y la salud. En: Borrell, Carmen; Artazcoz, Lucía (coords.). *Investigación en género y salud*. Sociedad Española de Epidemiología, monografía n.º 5, 2007; 119-141.

Pérez Sedeño, Eulalia, et al. *Mujer y ciencia. La situación de las mujeres investigadoras en el sistema español de ciencia y tecnología*. Madrid: FECYT, 2005. Disponible en: www.amit-es.org/descarg/FECYT-2005.pdf

Pérez Sedeño, Eulalia (ed.). *Las mujeres en el Sistema de Ciencia y Tecnología. Estudio de casos*. Madrid: Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) (serie Cuadernos de Iberoamérica), 2001.

Pérez Sedeño, Eulalia; Alcalá, Paloma; González, Marta; De Villota, Paloma; Roldán, Concha; Santesmases, M.ª Jesús (eds.). *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*. Madrid: CSIC (Monografías 29), 2006.

Primer Congreso Los estudios sobre las mujeres, de género y feministas. Grados y postgrados en el Espacio Europeo de Educación Superior. Madrid, 2008.

Revuelta, Gemma; Alonso, Inma; Tomás, Sonia; Guerrero, Marcela; Rohlf, Izabella. *Género y salud en la prensa diaria*. Biomedica, 2003. Disponible en: www.biomed.net/biomedica/d02041103.htm

- Ridsdale, Leone (dir.). Medicina basada en la evidencia. Práctica en atención primaria. Barcelona: Ediciones Mayo-semFYC, 2000.
- Rohlfs, Izabella; Frigola, María. La incorporación de la perspectiva de género en las encuestas de salud de los primeros años del siglo XXI: evolución y camino a seguir. En: Borrell, Carmen; Artazcoz, Lucía (coords.). Investigación en género y Salud. Sociedad Española de Epidemiología, monografía n.º 5, 2007; 44-78.
- Rossiter, Margaret W. The Matthew Matilda Effect in Science. *Soc Stud Sci* 1993; 23(2): 325-341.
- Roter, Debra; Lipkin, Mack; Korsgaard, Audrey. Sex Differences in Patients' and Physicians' Communication During Primary Care Medical Visits. *Med Care* 1991; 29(11): 1.083-1.093.
- Rubin Grandis, Jennifer; Gooding, William E; Zamboni, Beth A; Wagener, Marilyn M; Drenning, Stephanie D; Miller, Lori et al. The Gender Gap in a Surgical Subspecialty. Analysis of Career and Lifestyle Factors. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 695-702.
- Ruiz Cantero, Teresa. Género y salud en los programas oficiales de postgrado. En: IV Jornadas Género y salud. Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza, 2008. Un aprendizaje para la igualdad.
Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/jornadasalud.html>
- Ruiz Cantero, Teresa. El sistema sexo-género en investigación sobre atención sanitaria. En: Borrell, Carmen; Artazcoz, Lucía (coords.). Investigación en género y salud. Sociedad Española de Epidemiología, monografía n.º 5, 2007; 79-96.
- Ruiz Cantero, M.ª Teresa; Papí Gálvez, Natalia. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones.
Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaEstadisticasSaludEnfoqueGenero.pdf
- Ruiz-Cantero, María T; Verdú-Delgado, María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac San* 2004; 19(supl.1): 118-125.
- Ruiz-Cantero, María Teresa; Vives-Cases, Carmen; Artazcoz, Lucía; Delgado, Ana; García Calvente, M.ª del Mar; Miqueo, Consuelo, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 46-53.
- Sackett, David. Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE. Madrid: Harcourt, 2000.
- Sánchez López, Pilar; Aparicio, Marta. Criterios de acreditación docente en género y salud. Propuestas. En: IV Jornadas Género y salud. Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza, 2008. Un aprendizaje para la igualdad.
Disponible en: <http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/jornadasalud.html>
- Santamaría, Amparo; Merino, Alberto; Viñas, Odette; Arrizabalaga, Pilar. Does medicine still show an unresolved discrimination against women? Experience in two European university hospitals. *J Med Ethics* 2009; 35: 104-106.
- Santamarina, Cristina. Las mujeres españolas ante el conocimiento científico y tecnológico. Madrid: Instituto de la Mujer-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.
Disponible en: www.cimop.com/pdf/cimop3.pdf
- Santesmases, M.ª Jesús. Mujeres científicas en España (1940-1970): profesionalización y modernización social. Madrid: Instituto de la Mujer, 2000.
- Schiaffino, Ana; García, Ana María; Fernández, Esteve. Autoría y presentación de resultados según el género en cuatro revistas biomédicas españolas. *Gac San* 2001; 15(3): 251-254.

- Serantes Gómez, Ana. La cirugía que se avecina. La cirugía mujer. *Cir Esp* 2007; 81: 228.
- Siles González, José; García Hernández, Encarnación; Gallardo Frías, Yolanda. La enfermería en el cine. Imagen durante la Guerra Civil Española. *Rev Enfer* 1998; 224: 25-31.
- Solsona i Pairó, Montserrat; Treviño Maruri, Rocío; Merino Tejada, Marta; Ferrer Serret, Laia. Demografía de les professions sanitàries a Catalunya: anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Bellaterra (Barcelona): Centre d'Estudis Demogràfics, 2006.
Disponible en: www.gencat.net/salut/ies/Du11/html/ca/dir1604/dn1604/estudi_demografic.pdf
- Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Miqueo, Consuelo; Yago, Teresa; Barral, M.^a José; Fernández, Teresa (eds.). Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial desde la perspectiva de género. Zaragoza: SIEM, 2006.
- Tomás, Concepción; Yago, Teresa. Taller. Las usuarias de los servicios de salud. En: Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Miqueo, Consuelo; Yago, Teresa; Barral, M.^a José; Fernández, Teresa (eds.). Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: integración de una perspectiva de género. Zaragoza: SIEM, 2006.
- Tracey, Catherine; Nicholl, Honor. The multifaceted influence of gender in career progress in nursing. *J Nur Man* 2007; 15: 677-682.
- Valderrama Zurián, Juan Carlos; González Alcaide, Gregorio; Valderrama Zurián, Francisco; Alexandre Benavent, Rafael; Miguel Dasit, Alberto. Redes de coautorías y colaboración institucional. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60(2): 117-130.
- Valls, Carme. Mujeres invisibles. Barcelona: De Bolsillo, 2006.
- Velasco Arias, Sara. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de Salud. Madrid: Biblioteca Nueva, Colección Minerva, 2009.
- Velasco Arias, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de la Salud de la Mujer, 2008.
- Villarroya Gaudó, María; Ballester Oyarzun, Miguel Ángel; Hernández Moyés, Aurelia; Canda-Sánchez, Ana; Gutiérrez Esteban, Prudencia; Rivera Ferré, Marta et al. ¿Igualdad para tod@s en la carrera investigadora? En: Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen (eds.). Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud (GENCIBER). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2008; 113-118.
- Woolgar, Steve. Ciencia: abriendo la caja negra. Barcelona: Anthropos, 1991.
- Yago Simón, Teresa. Incorporación de las perspectivas psicosocial y de género en la práctica profesional. En: Miqueo, Consuelo; Barral, M.^a José; Magallón, Carmen (eds.). Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud. Zaragoza: PUZ, 2008; 685-688.

Fuentes secundarias

Instituto Nacional de Estadística (INE www.ine.es):

- Estadística de la Enseñanza Universitaria en España, 1998-1999 y 2006-2007.

Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es):

- Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006.
- Sistema de Información de Atención Primaria, 2007.

Ministerio de Sanidad y Consumo y Centro de Investigaciones Sociológicas (www.msc.es, www.cis.es):

- Barómetro Sanitario, 2006-2007.

En los últimos años, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no ha traído de la mano la inclusión de la mayoría de los hombres al espacio de la reproducción doméstica y del cuidado. Por ello, las mujeres están asumiendo multiplicidad de roles y una doble o triple jornada laboral. En el presente informe *Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias* se analizan los efectos negativos que esta desigual distribución de tareas tiene para las mujeres en su desarrollo profesional: menor éxito profesional, escasa proyección de los valores femeninos en la organización y dirección de la actividad sanitaria, un encubierto menosprecio social de las profesiones feminizadas; y un dominio simbólico de lo masculino en todos los sectores afectados: formación, investigación, asistencia, gestión y comunicación en el sistema sanitario.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.msps.es