

Informe Salud y Género 2007-2008

Mujeres y hombres en
las profesiones sanitarias

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 Consumo 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.

Equipo de trabajo

Álvarez Díaz, Noelia. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Bueno Salinero, Rosalía. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Castellanos Torres, Esther. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Colomer Revuelta, Concepción. Subdirectora General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad y Directora del Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Elola Ruiz de la Sierra, Beatriz. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Espiga López, Isabel. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

López Rodríguez, Rosa. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Martínez Otero, Ruth. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Saiz Martínez-Acitores, Isabel. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Soriano Villarroel, Isabel. Observatorio de Salud de la Mujer. DGACSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Colaboraciones

Lligam Recerca Coop. V. (Consultora)

Agradecimientos por la revisión del manuscrito y aportaciones al Comité Editorial del Informe Salud y Género

Artazcoz Lazcano, Lucía. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Bonino Méndez, Luis. Director Centros de Estudios de la Condición Masculina.

Escribá-Aguir, Vicenta. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Fernández Alonso, Carmen. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León.

La Parra Casado, Daniel. Universidad de Alicante.

López Fernández, Luis Andrés. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Márquez Calderón, Soledad. Agencia de Evaluación y Tecnologías Sanitarias. Junta de Andalucía.

Mazarrasa Alvear, Lucía. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Miqueo Miqueo, Consuelo. Universidad de Zaragoza.

Prieto Orzanco, Asunción. Coordinadora Observatorio semFYC.

Rohlfs Barbosa, Izabella. Server Catalá de la Salut. Regió Sanitaria de Girona.

Ruiz Pérez, Isabel. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Valls Llobet, Carme. Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS).

Velasco Arias, Sara. Consultora.

Índice

	Pág.
1. Resumen ejecutivo	5
2. Introducción	7
3. Universidades	9
3.1 Alumnado universitario	10
3.2 Personal universitario	19
3.3 Los cargos de administración y dirección	22
4. La investigación	
4.1 Carrera Investigadora	25
4.2. Revistas científicas	32
5. Las sociedades científicas y profesionales	38
6. Los servicios sanitarios	
6.1 Personal sanitario	43
6.2 Estereotipos de género en el sistema sanitario	49
6.3 Atención diferenciada	54
6.3.1. Diferente atención en la consulta	55
6.3.2. Diferencias en el diagnóstico y el esfuerzo terapéutico	56
6.3.3. Diferencias en el nivel de satisfacción	57
7. Formación en género y salud	61
8. Conclusiones	65
9. Propuestas para la acción	67
10. Bibliografía	69

1. Resumen ejecutivo

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. En este sentido para el año 2007 la tasa de actividad femenina era de 49% mientras que la masculina era de 69% (Encuesta de Población Activa, INE), el crecimiento desde 1999 a 2007 ha sido de 10 puntos porcentuales (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 minusvaloración 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, y pese a 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, como puede ser Enfermería. Llama la atención la ausencia de catedráticas en Pediatría o Ginecología y Obstetricia. Por otro lado, su presencia en los órganos de representación y administración universitarios es aún 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 que 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 una menor presencia en las revistas especializadas como autoras o formando parte de comités de redacción y revisión, revirtiendo en un 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 reconocidas. También se observa la menor presencia de mujeres en los cargos directivos y de responsabilidad.

Esta situación se debe, en parte, a una serie de estereotipos por los que se sigue pensando que algunas especialidades son más propias de las mujeres, o que ellas no tienen capacidad para asumir un cargo de responsabilidad profesional debido a sus responsabilidades familiares. Los medios de comunicación actúan en muchas ocasiones como difusores de estos estereotipos sin fundamento, ahondando 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, a los estilos comunicativos, al tiempo de dedicación, a la información que ofrecen, etc., todo ello se traduce en que la población usuaria tenga una preferencia en la elección del o la profesional en función de su sexo. Por otra parte, se detecta un diferente esfuerzo terapéutico por parte de las y los profesionales a la hora de tratar las mismas enfermedades en hombres y mujeres. Como resultado, algunas investigaciones e indicadores apuntan a diferentes niveles de satisfacción entre usuarias y usuarios.

2. Introducción.

La entrada de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado es un hecho innegable. Durante los últimos decenios 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 de Salud y Género de 2005 y 2006 se ha podido comprobar algunos de los efectos que tiene esta doble jornada laboral, en forma de mayor probabilidad de enfermar, o también en una menor categoría profesional. De hecho, en el último informe se analizaban las profesiones sanitarias en el contexto de la edad en la que se producen los reconocimientos a 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 de la paridad y las posibles diferencias de profesionales, mujeres y hombres, en la atención sanitaria.

En los últimos años son varias las disposiciones a nivel europeo, estatal y autonómico que regulan 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; 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 (Art. 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 las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, sobre todo en lo que se refiere al acceso, 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 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, empieza a ser habitual disponer de estadísticas desglosadas por sexos, lo que facilita el análisis desde la perspectiva de género. Aún 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, continúa en estos casos, siendo invisible a efectos de análisis. Por el contrario, 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.

3. Universidades: La 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 realizan en un contexto altamente competitivo, también en el caso de las ciencias de la salud. 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, retroalimentándose, 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, a través de hombres y mujeres, no es tan neutral como se pensaba. Hasta hace poco se creía que el conocimiento científico era neutro, a salvo de cualquier parcialidad, pero cada vez se hace más evidente que está influido por la cultura y la ideología de las personas que lo generan, transmiten y consumen.

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*). La nueva literatura médica publicada, y accesible a través de las conocidas bases de datos bibliográficas Medline/PubMed, Embase o Science Citation Index, ha evidenciado distorsiones del saber científico convencional que se denominan “**sesgos de género**”. Los sesgos de género han sido explicados como efectos secundarios (no previstos, no deseados e inconscientes en muchas ocasiones) de haber sido la ciencia y

tecnología una actividad profesional casi exclusivamente masculina 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 tiene todavía un perfil intensamente masculino. Hoy se considera que la feminización de la profesión médica ha sido clave para evidenciar sesgos y problemas diferenciales ignorados hasta hace muy poco entre los profesionales sanitarios. Por ello, es necesario atender específicamente al sistema de producción y difusión del nuevo conocimiento para prevenir sesgos androcéntricos del saber científico biomédico y poder proporcionar la mejor información disponible, neutral y universal, a enfermos y enfermas. En ese sistema, nos interesa particularmente analizar 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.

3.1 Alumnado universitario

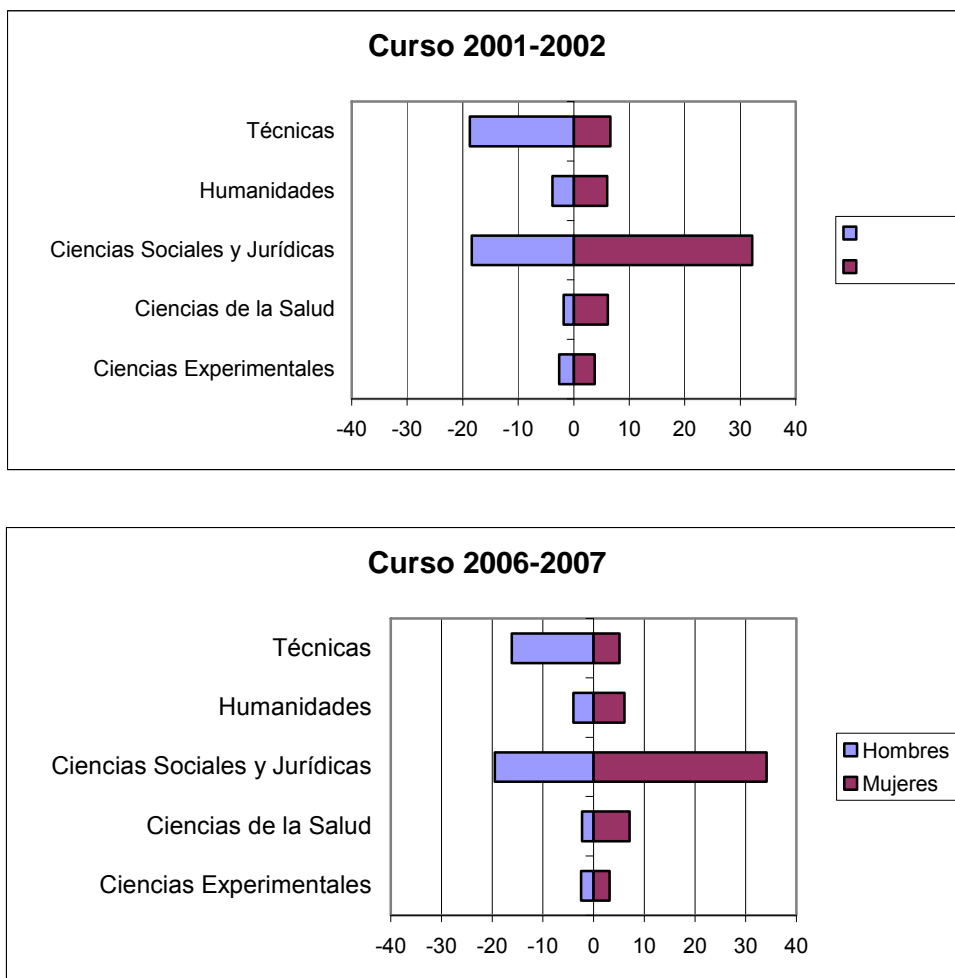
En primer lugar, se comentará el acceso del alumnado, es decir, de qué manera se produce la llegada y en qué especialidades, siempre teniendo en cuenta la variable sexo.

La población que pasa por las Pruebas de Acceso a la Universidad (PAU), que representa prácticamente el 90% de los accesos a las universidades, es mayoritariamente femenina: un 58% frente a un 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 a que en ocasiones se argumenta que el cambio en la elección de los estudios

por razón de género es ya palpable, cuando se observa la distribución de las trayectorias por sexo, este cambio es más que dudoso. Como se muestra en el gráfico 1, desde 2001 a 2007 la única trayectoria que aumenta considerablemente, tanto para las mujeres como para los hombres, es la de Ciencias Sociales. También es significativo el incremento en las especialidades Científico-Técnicas, aunque éstas solamente son perceptibles en los hombres. Por el contrario, son menos mujeres en 2007 que en 2001, las que se decantan por estudios de esta rama. Las Ciencias de la Salud siguen siendo una prioridad para las mujeres, aunque a diferencia de 2001, se ven superadas por las Sociales y Jurídicas.

Gráfico 1. Pruebas de Acceso a la Universidad. 2001-2007*

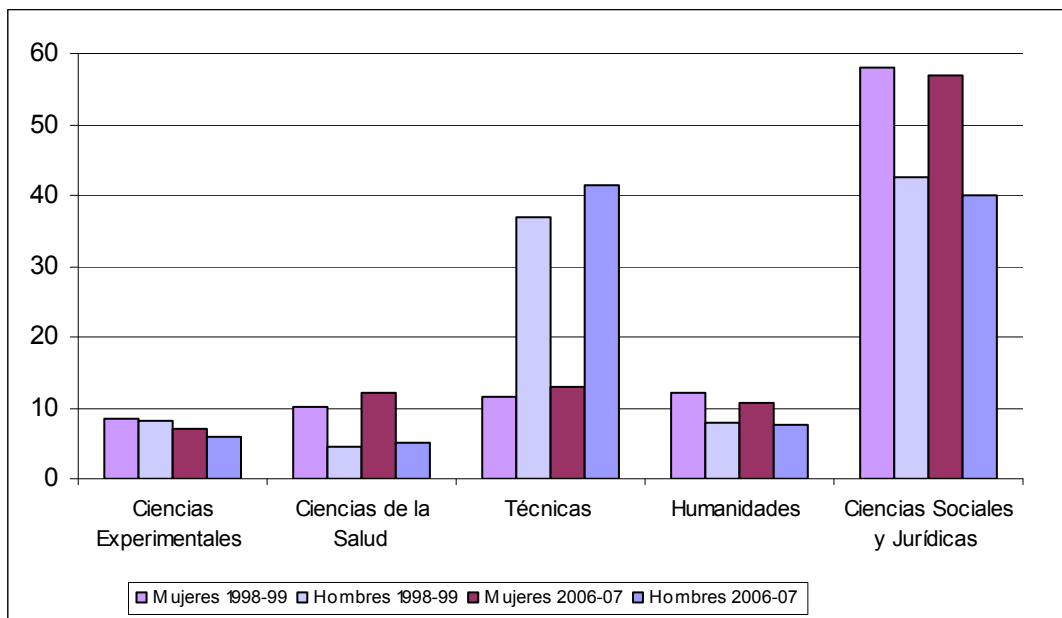


Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Estadística de la Enseñanza Universitaria en España

* Para el año 2007 se obvia, por razones de comparabilidad, la opción Combinadas que, por otra parte, presenta una distribución porcentual bastante equilibrada por razón de sexo.

La inserción en los estudios universitarios prácticamente coincide con las trayectorias escogidas durante el Bachillerato. Nuevamente, se puede observar en el gráfico 2, la mayor inclinación de las mujeres por las Ciencias Sociales y de la Salud, aunque también por las Ciencias Experimentales. Los hombres 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.

Gráfico 2.- Alumnado por estudio y sexo. Cursos 1998/99, 2006/07

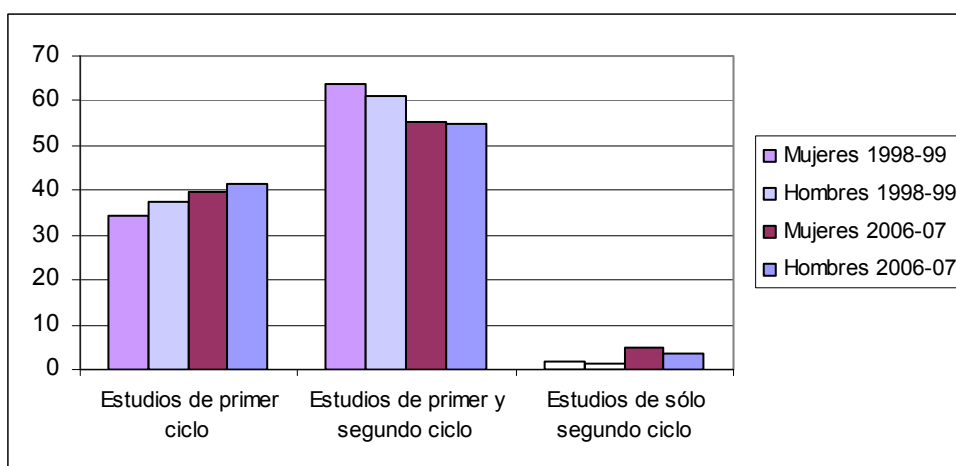


Fuente: INE, Estadística de la Enseñanza Universitaria en España

Pero las diferencias no sólo afectan al tipo de carrera que se quiere cursar, sino también a la categoría profesional que se adquirirá al finalizar los estudios. Como se observa en el gráfico 3, a finales de los años 90 más de un 30% de las personas que estudiaban una carrera elegían 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 perpetuando la brecha salarial entre mujeres y hombres. Y en muchos casos el efecto no deseado es consecuencia de una estructuración de los estudios desde un

punto de vista androcéntrico, de manera que la importancia de los estudios está en función de que éstos caigan 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).

**Gráfico 3.- Distribución de estudiantes por ciclos y sexo.
Curso 1998/99, 2006/07**



Fuente: INE, Estadística de la Enseñanza Universitaria en España

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

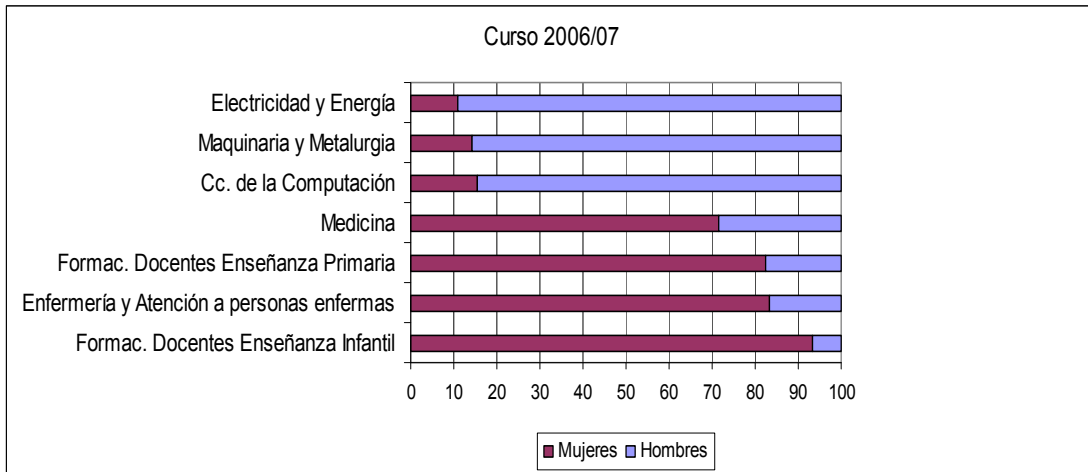
¿A qué se puede deber esta diferenciación entre las carreras consideradas como masculinas y las carreras consideradas como femeninas? Una de las hipótesis que se consideran desde el campo de la sociología es que la distinción se realiza entre los campos del cuidado y de la provisión. Así, las mujeres se inclinarían más por los estudios relacionados con el cuidado y la atención a las personas, por ejemplo magisterio, o en el campo de la salud, profesiones como enfermería. Por otro lado, 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 los que están más representadas las mujeres con los 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 (gráfico 4). Por el contrario, las tres carreras más feminizadas son enfermería y las enseñanzas infantil y primaria, con lo que viene a reproducirse el rol de cuidados de las mujeres en el ámbito doméstico.

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.

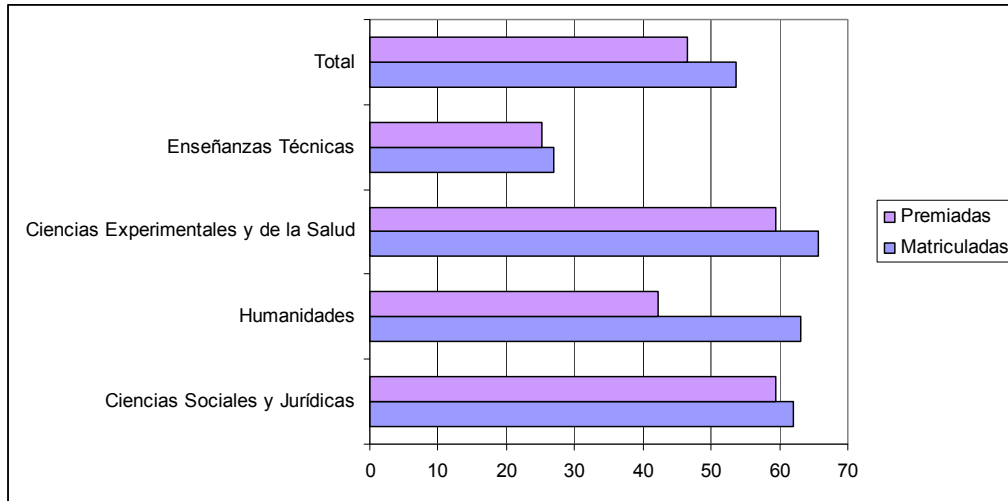
Gráfico 4.- Porcentaje de mujeres y hombres en diferentes estudios (códigos CNED). Curso 2006-07



Fuente: INE, Estadística de la Enseñanza Universitaria en España

La excelencia en los estudios también presenta desigualdades. En un estudio reciente se ha podido comprobar que la distribución de premios nacionales fin de carrera dista de ser paritaria. Las mujeres obtuvieron entre los cursos 1985/86 y 2002/03 el 39,4% de los premios, siendo las Enseñanzas Técnicas y Humanidades en las que menos mujeres hay representadas (entre el 18,8% y el 45,3%, respectivamente). En el gráfico 5 se observa que el caso de Humanidades es el que presenta 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).

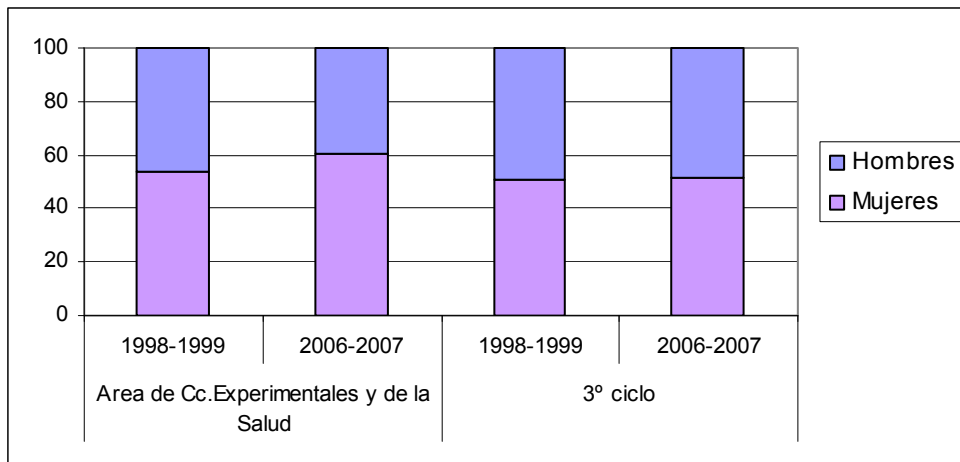
Gráfico 5.- Mujeres matriculadas y premios nacionales fin de carrera



Fuente: Carrera *et al.*, 2008.

Por otra parte, conviene no olvidar que la etapa universitaria no acaba con los estudios de primer o segundo ciclo. Una parte de las y los estudiantes siguen 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 son las que, en el futuro próximo, van a ser las que figuren como docentes en las universidades. Si bien las y los doctorandos acceden prácticamente en igual proporción al tercer ciclo, sí que 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 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 60/40 a favor de las mujeres (gráfico 6). Por tanto, a la vista de estos datos, se puede afirmar que en los próximos años es previsible que el personal docente de las universidades pase a estar compuesto en su mayor parte por mujeres, aún más en las especialidades relacionadas con la salud.

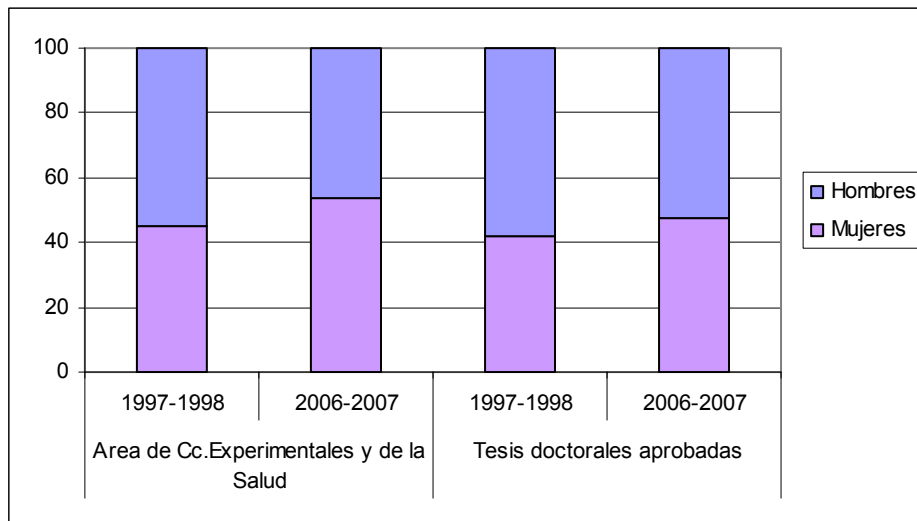
Gráfico 6.- Estudiantes de 3º Ciclo. Curso 1998/99, 2006/07



Fuente: INE, Estadística de la Enseñanza Universitaria en España

El siguiente paso, dentro de los estudios de 3º 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 diez años las mujeres han aumentado proporcionalmente las 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 1979-80 el 26% de las tesis aprobadas las habían leído mujeres. En 1983-84 asciende a un 39%. Los datos del curso 2006/2007 muestran que la proporción ha alcanzado el 47,6%. Sí 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 (gráfico 7).

Gráfico 7.- Tesis Doctorales aprobadas, 1997-2007.



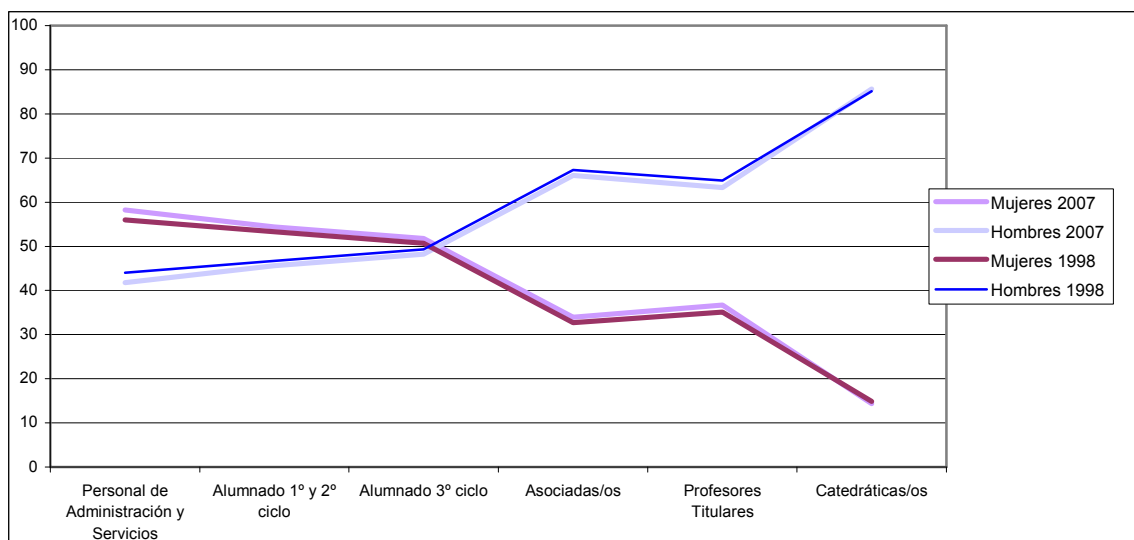
Fuente: INE, Estadística de la Enseñanza Universitaria en España

En resumen, aunque hace unos 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 las que constituyen una clara mayoría. Una de las explicaciones 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 seguirá estando limitado claramente en algunas especialidades. En el área de las Ciencias Experimentales y de la Salud puede que el cambio de rumbo influya en la distribución por sexos del personal docente y de las categorías profesionales en el futuro próximo.

3.2 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 en día la presencia de las mujeres en el alumnado universitario, como se ha visto, es ya 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 (gráfico 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 siguiera creciendo al ritmo actual, se alcanzaría la paridad en esta categoría en el año 2656.

Gráfico 8.- Mujeres y hombres en las universidades 1998-2007

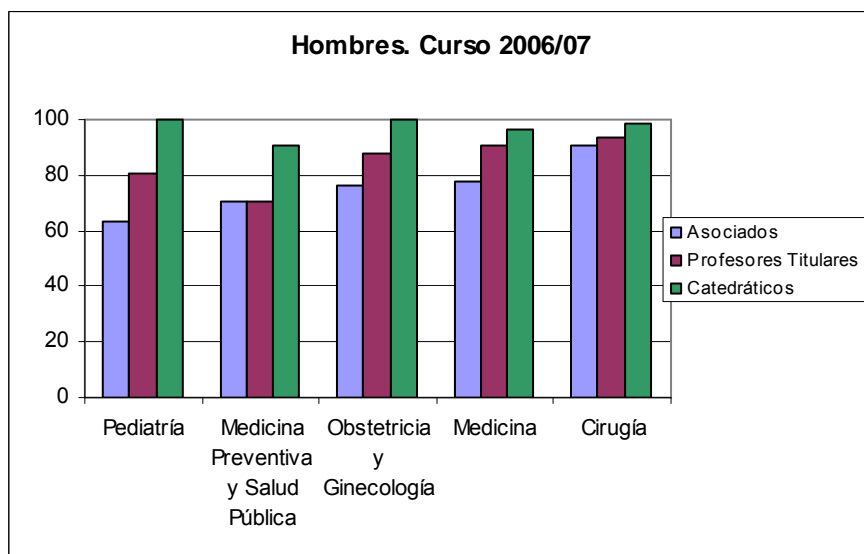
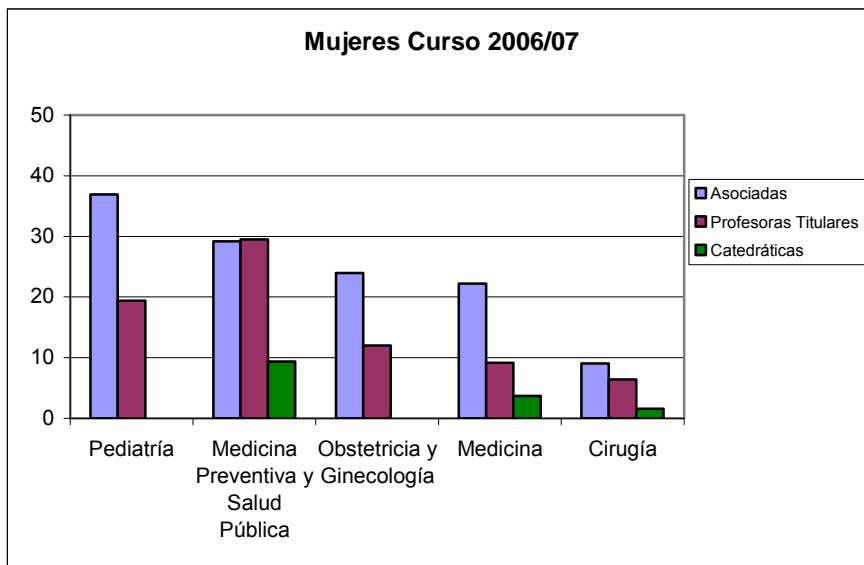


Fuente: INE, Estadística de la Enseñanza Universitaria en España

Las diferencias son notables por especialidades, como puede observarse en el gráfico 9. En el año 2006 no existían catedráticas en Pediatría ni en Obstetricia, algo que viene observándose 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.

Gráfico 9.- Distribución de mujeres y hombres por categorías profesionales en algunas especialidades sanitarias



Fuente: INE, Estadística de la Enseñanza Universitaria en España

La profesión de enfermería es un ejemplo de carrera altamente feminizada (un 83,7% de mujeres matriculadas) con un profesorado básicamente femenino (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. Por el contrario, las mujeres representan el 73% de las titulares de escuela universitaria, y el 67% de las profesoras asociadas.

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 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 género, 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 carrera profesional en personal docente investigador (PDI), se observa la ratio 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 sobreesfuerzo de las mujeres se relaciona directamente con el número de hombres que estén 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 Publica	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	-	35	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	-

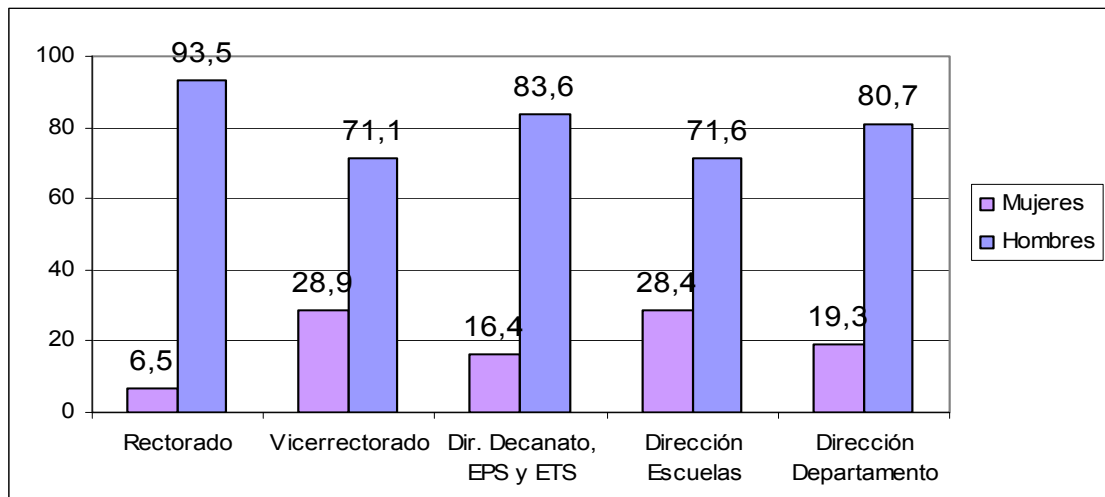
Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia. Académicas en Cifras, 2007. pp. 128-29.

3.3 Los 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 se puede observar en los cargos de mayor responsabilidad (gráfico 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 gobiernos en la comunidad universitaria; siendo, el porcentaje de vicerrectoras apenas 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, siguen 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.

Gráfico 10.- Cargos unipersonales en las universidades públicas por sexos. 2007



Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia. Académicas en Cifras, 2007.

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 a, b, c, d; Guil 2005, Pérez Sedeño 2005, Santamarina 2001, Miqueo 2008, Ortiz, Dio-Bleichmar 2008, etc.). Aún hoy, la posición de las mujeres en la universidad dista de ser paritaria, especialmente en los niveles más reconocidos. En este sentido, se pueden encontrar factores explicativos a esta situación que pueden ser tanto de carácter sociocultural como de los efectos de la cultura androcéntrica en la socialización de género de hombres y mujeres. Esto se materializa a través de la ausencia de las mujeres en los circuitos de poder que afecta al acceso a los puestos de designación, a los de cooptación y a los de pública evaluación de méritos. Además, esto conlleva una 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, debido a que la carrera académica privilegia el currículo 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 exigido por cargos de dirección que lo toman los hombres. 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.

4 Investigación:

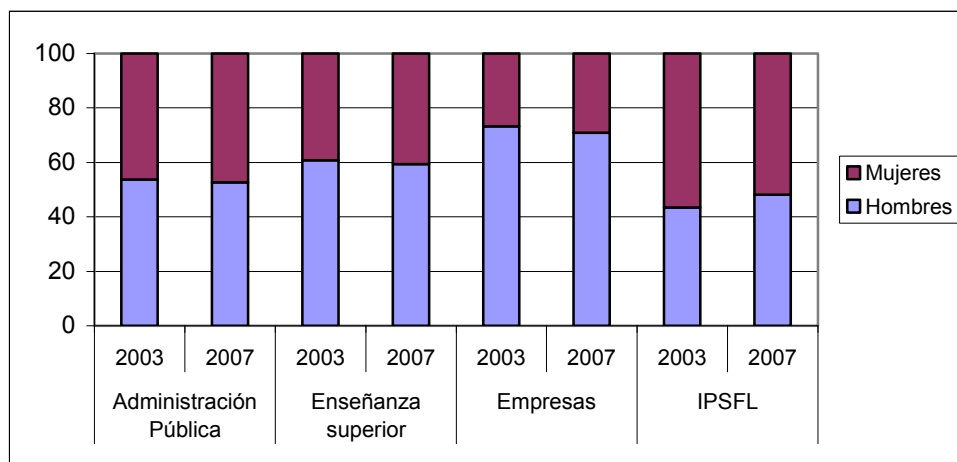
4.1 Carrera Investigadora:

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 empieza a evidenciarse 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.

En los últimos años algunas aproximaciones a la investigación desde la perspectiva de género han ayudado a esclarecer como mínimo la distribución por sexos del personal investigador (Pérez Sedeño 2001, 2004, 2005; Arbor 2002, Miqueo *et al.*, 2008), así como las categorías profesionales que ocupan globalmente las mujeres y hombres, aunque todavía carecemos 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, predominando 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 en un 4% mientras que sólo lo hizo en 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 (gráfico 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, tecnológicas, ciencias experimentales y en las empresas privadas.

**Gráfico 11. Porcentaje de investigadores/as por sectores.
2003, 2007**

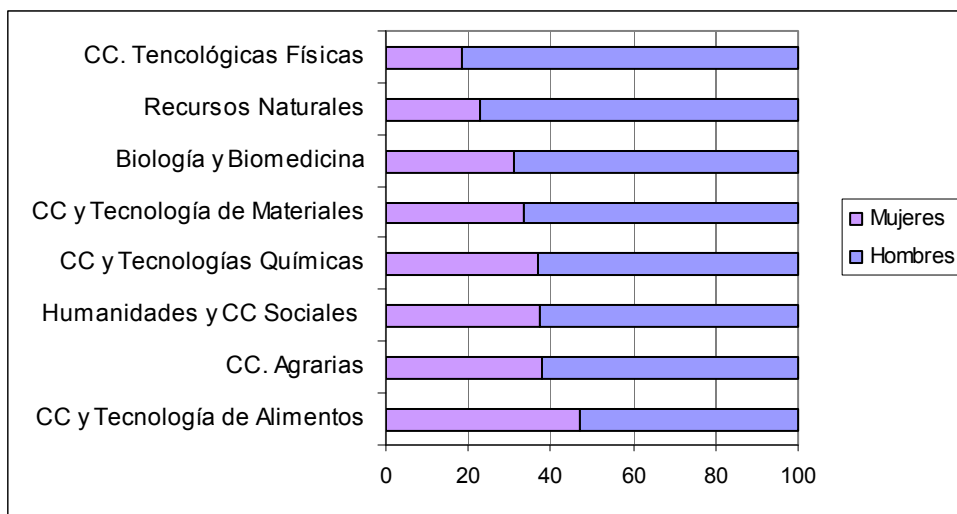


Fuente: INE. Estadística de I+D. Encuesta personal empleado en I+D en EJC por sector de ejecución, ocupación y sexo.

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 2002¹. Entre sus conclusiones se puede observar 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 siguen siendo una minoría, mientras que en otras, como Ciencia y Tecnología de Alimentos, la proporción de hombres y mujeres se acerca a la paridad (CSIC, 2007) (gráfico 12).

¹ 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 mujeres. La Comisión "Mujeres y Ciencia en el CSIC" viene 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

Gráfico 12. Distribución del personal investigador por especialidades y sexo.



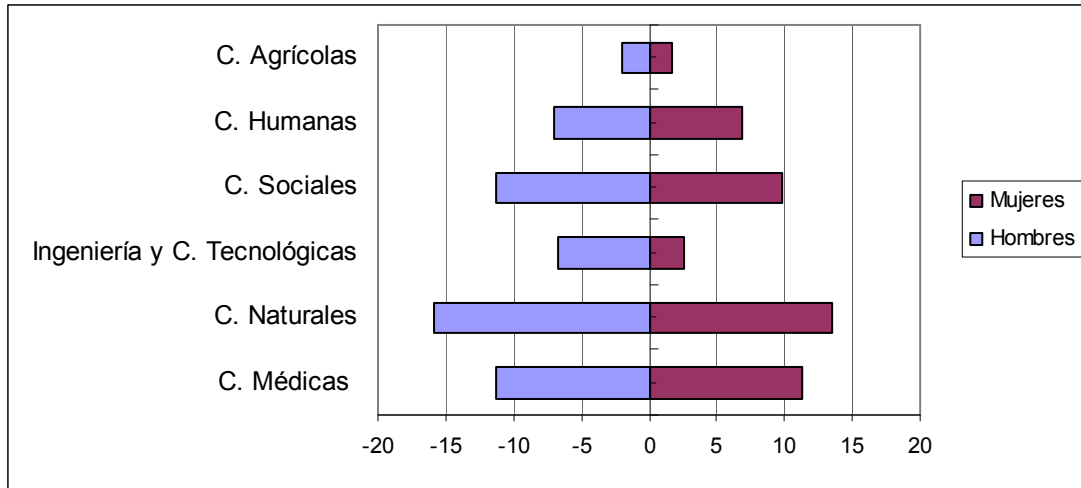
Fuente: CSIC. Informe mujeres investigadoras 2007.

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 reconocimiento en el CSIC están representadas en su mayoría 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 investigación², con apenas un 20% de mujeres y, en el extremo opuesto, el puesto de auxiliar de investigación, con más de un 60% de mujeres (CSIC, 2007). Otras aproximaciones a la presencia de las mujeres en los equipos de investigación ofrecen resultados similares: mayor concentración en las áreas técnica y administrativa, y grandes ausencias en el área puramente investigadora (Campabadal, 2008; Agudo y Viedma, 2008).

El conjunto del sistema científico-tecnológico español muestra el patrón tradicional de segregación sexual (discriminación negativa) donde observamos que el sector de las ciencias médicas es el más paritario (gráfico 13).

² La denominación oficial es "Profesor de Investigación".

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

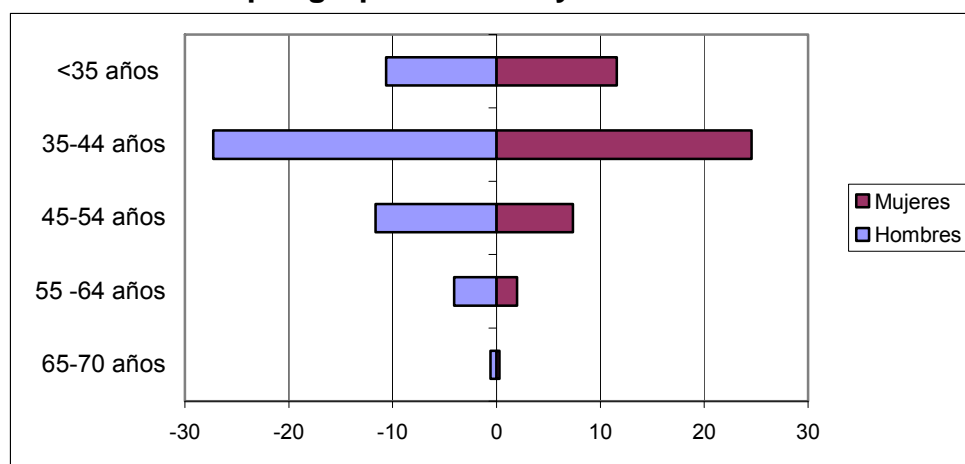


Campo científico	% Hombres	% Mujeres	% Total	Diferencia de género
C. Médicas	11,36	11,32	22,68	-0,04
C. Naturales	15,94	13,51	29,45	-2,43
Ingeniería y C. Tecnológicas	6,7	2,54	9,24	-4,16
C. Sociales	11,22	9,8	21,02	-1,42
C. Humanas	7,02	6,89	13,91	-0,13
C. Agrícolas	1,99	1,77	3,76	-0,22

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

Para el análisis de tendencias de esa discriminación vertical y de la discriminación horizontal son claves las distribuciones etáreas (gráfico 14), sobretodo 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 oportunidades de dedicación de esas mujeres cuando sus compromisos reproductivos aparezcan al aumentar la edad.

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



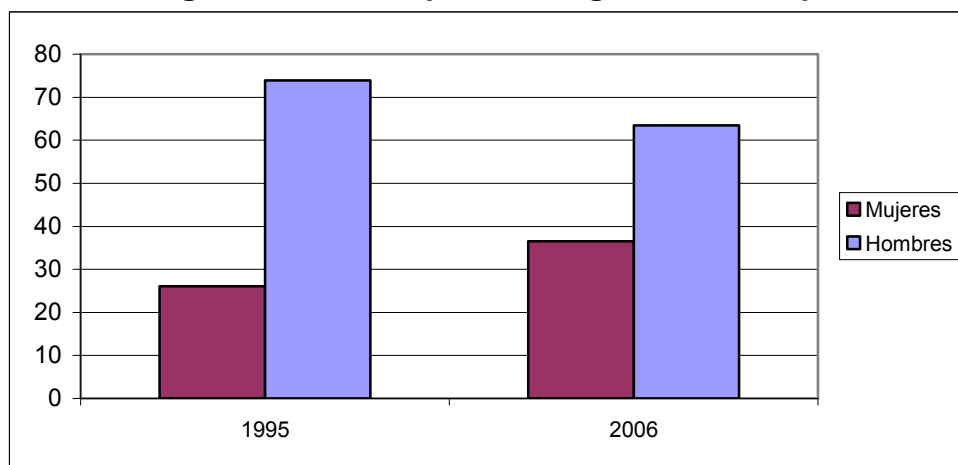
Edad	% Hombres	% Mujeres	% Total	Diferencia de genero
Menos 35 años	10,62	11,6	22,22	0,98
35-44 años	27,29	24,56	51,85	-2,73
45-54 años	11,64	7,36	19,00	-4,28
55-64 años	4,09	1,98	6,07	-2,11
65-70 años	0,59	0,27	0,86	-0,32
total	54,23	45,77	100	-8,46

Fuente: INE. 2006

La investigación sanitaria depende actualmente 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 un 26,1%, los datos más recientes muestran que el porcentaje de primeras investigadoras se situó en 2005 en un 29,7%³ (gráfico 15).

Gráfico 15. Asignación del FIS por Investigador/a Principal. 1995, 2005

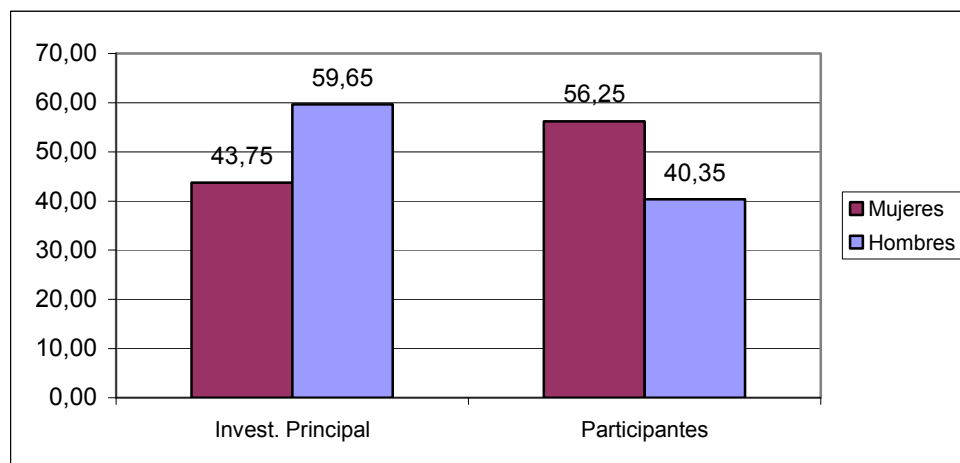


Fuente: Schiaffino *et al.*, 2001; ISCIII, 2006

La participación de las mujeres como parte de los equipos aspirantes a la financiación pública ofrece unos datos ligeramente diferentes, con más de un 36% de participantes en los proyectos de investigación. La observación de los datos del gráfico 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: un 60% de los hombres se presenta a la convocatoria como IP, mientras que poco más del 40% lo hace como personal asociado al proyecto.

³ Ver nota de prensa: "El Instituto de Salud Carlos III convoca las ayudas del programa de promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud correspondientes a 2006" en: http://www.isciii.es/htdocs/presentacionyestructura/direccion/gabinete_prensa/notas_prensa/notas_prensa_02mar.jsp

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



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

Por otro lado, 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 Investigaciones Sanitarias de 2005 muestran que los proyectos presentados encabezados por mujeres tienen un porcentaje de éxito (obtención de la financiación) algo menor que las investigaciones en las que el Investigador Principal es un hombre (Tabla 2). Con la información disponible no es posible conocer las causas de estas diferencias. Puede 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 FIS 2005.

	Solicitados	Denegados	Favorables	% Éxito
Mujeres	897	532	365	40,69
Hombres	1956	992	964	49,28
Total	2853	1524	1329	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

4.2 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, en base a los sexenios de investigación. 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 un 70% de los artículos publicados en las principales revistas especializadas en salud estaban firmadas 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, debido a que muchas publicaciones biomédicas no identifican con el nombre a autores y autoras, con lo que se invisibiliza el sexo (Miqueo *et al.*, 2008).

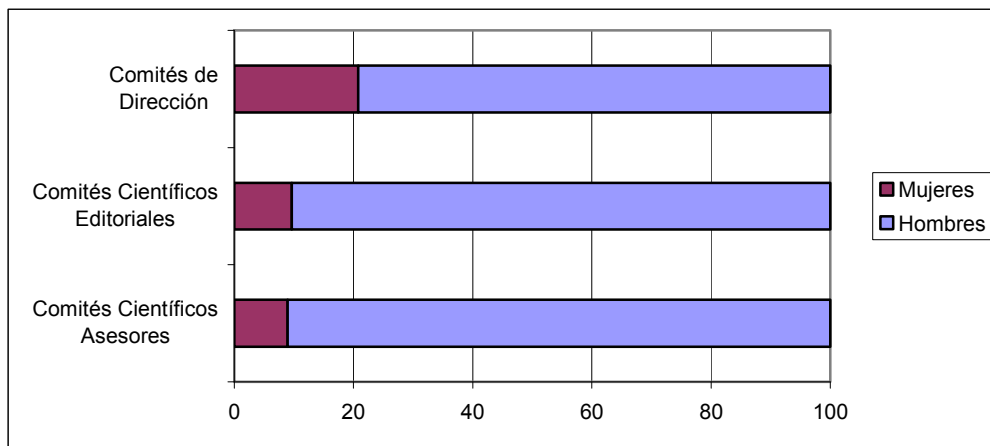
Otros análisis a nivel internacional constatan la escasa presencia de firmas de mujeres en las principales revistas científicas: del 5,9% de primeras firmas en 1970 se pasa al 29,3% en 2004. La distribución de mujeres y hombres por especialidades, como también ocurre en la Universidad, no es homogénea. Más bien, se concentra en algunas especialidades: las mujeres aparecen con mayor frecuencia en revistas especializadas en Ginecología o Pediatría, con aproximadamente un 40% de primeras firmas. En cambio, los artículos escritos por mujeres no son tan visibles en otras revistas especializadas, por ejemplo, en Cirugía, con un 16,7% de primeras firmas (Jagsi *et al.*, 2006). Otras fuentes

sitúan el porcentaje en un 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 una presencia menor 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 aquél artículo han mejorado la representación de mujeres en los equipos editoriales, aún sin sobrepasar el 30%. Un estudio posterior sobre las revistas médicas españolas de alto factor de impacto señala que la tasa de paridad en los comités editoriales es inversamente proporcional al grado de relevancia de la revista (Miqueo, 2008). Este estudio muestra que 50 revistas de las 172 estudiadas, 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 han 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 (gráfico 17), había 238 mujeres frente a 906 hombres en el año 2007 (muchas desempeñando 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 8807 científicos). Son excepcionales las revistas dirigidas por una mujer (3 de 172), pero empiezan 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.

En conjunto, se puede decir 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%).

Gráfico 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.

El mismo efecto se constata en los equipos de revisión, en el que suele haber más hombres que mujeres (Davo *et al.*, 2003). A esto se ha de 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).

Por otra parte, es interesante señalar que los temas multidisciplinares y de teorías críticas de los estudios de las mujeres y de género, se publican en otro tipo de revistas como Women's Studies, que circulan por fuera de las bases de datos más grandes. Es decir, marginales y no integradas en las fuentes de conocimiento hegemónicas.

En general, se podría decir 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. Por otro lado, algunas investigaciones apuntan a 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.

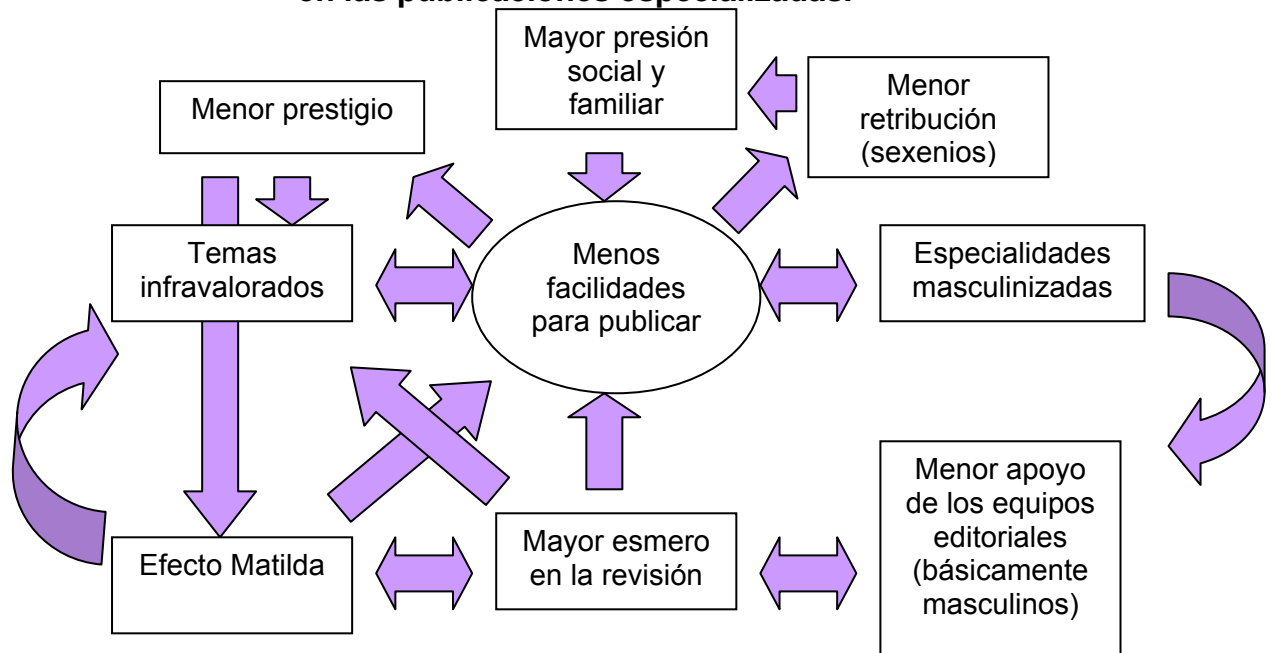
Por último, se ha de tener en cuenta la influencia del efecto Mateo⁴, acuñado por el sociólogo Robert K. Merton⁵ (1968), por el cual se produce un sobrerreconocimiento de aquellas personas que ya están bien situadas y valoradas. La aportación desde la perspectiva de género se produjo cuando Margaret 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 se puede atribuir 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 una gran variedad de actores que pone trabas, de manera intencionada o no, a los artículos firmados por mujeres. En el siguiente esquema se pueden apreciar algunos de estos procesos analizados anteriormente.

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 que se basó Merton para formular la teoría se atribuye a su colaboradora Harriet Zuckerman (Rossiter, 1993).

Esquema 1. Efectos y resultados de la presencia o ausencia de mujeres en las publicaciones especializadas.



Fuente: Elaboración propia de Ligam Recerca Coop. V

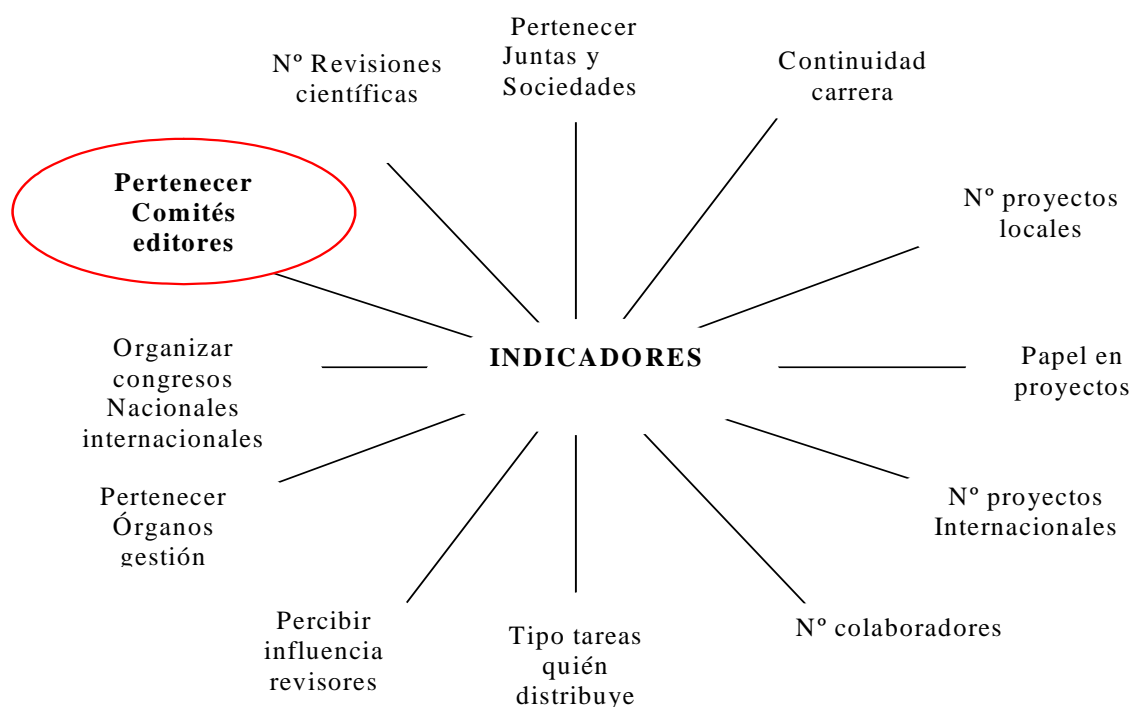
Es interesante considerar las recomendaciones que Jiménez–Rodrigo et al. (2008) proponen para alcanzar la paridad en el proceso de publicación.

Por otro lado hay que considerar los determinantes de la producción científica en relación a 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 una menor participación de las mujeres como autoras de publicaciones científicas, como primeras firmantes o como máximas productoras en las diversas áreas, países y especialidades⁶. Los indicadores socio-demográficos y educativos parecen predecir 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 que se han centrado más estudios, la mayoría cualitativos, mostrando generalmente una influencia negativa en las mujeres y positiva en los hombres. Son las

⁶ La revisión de las series presentadas en los congresos iberoamericanos de ciencia, tecnología y género (1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008) evidencia 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 Santesmases (2000), García de León (2000), Bordons (2003, 2005), Pérez Sedeño y Arranz (2006). 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, 1990 y 2004), Colomer (2002), Valderramao-Zurián (2007), Aleixandre-Benavent (2007) y González-Alcaide (2007).

variables estructurales las que influyen en la productividad científica de las personas tal como se muestra en el esquema 2. Estas variables estructurales inciden fuertemente en la producción de las mujeres, de tal forma que su productividad se ve fuertemente influenciada por su posición en la organización social de la ciencia (pertenencia a comités editores). 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 extranjeras, la revisión de los colegas y los documentos de grado académico.

Esquema 2: Determinantes de la productividad científica: variables estructurales.



Fuente: Prpić, Katarina (2002) Gender and productivity differentials in Science. *Scientometrics* 55(1): 27-58. Elaboración: Consuelo Miqueo.

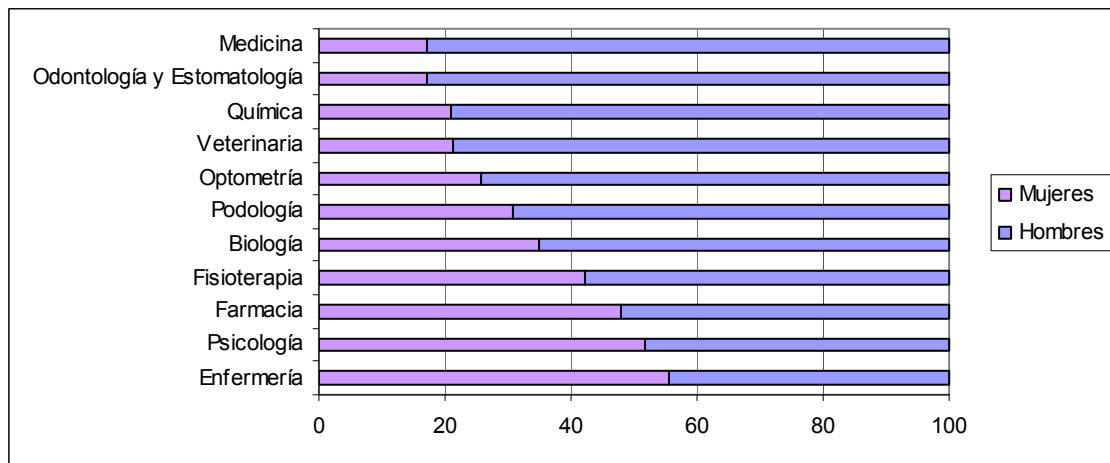
5.- Sociedades Profesionales y Científicas

La colegiación en las profesiones sanitarias es un buen indicador de la distribución por sexos de las diferentes especialidades⁷. Actualmente, las mujeres suponen un 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. 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 a las sociedades profesionales: la proporción de mujeres varía desde el 17% de Odontología o Medicina, hasta el 55% de Enfermería. El gráfico 18 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 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%.

⁷ Sobre este aspecto, ver el apartado 6 del Informe Salud y Género 2006.

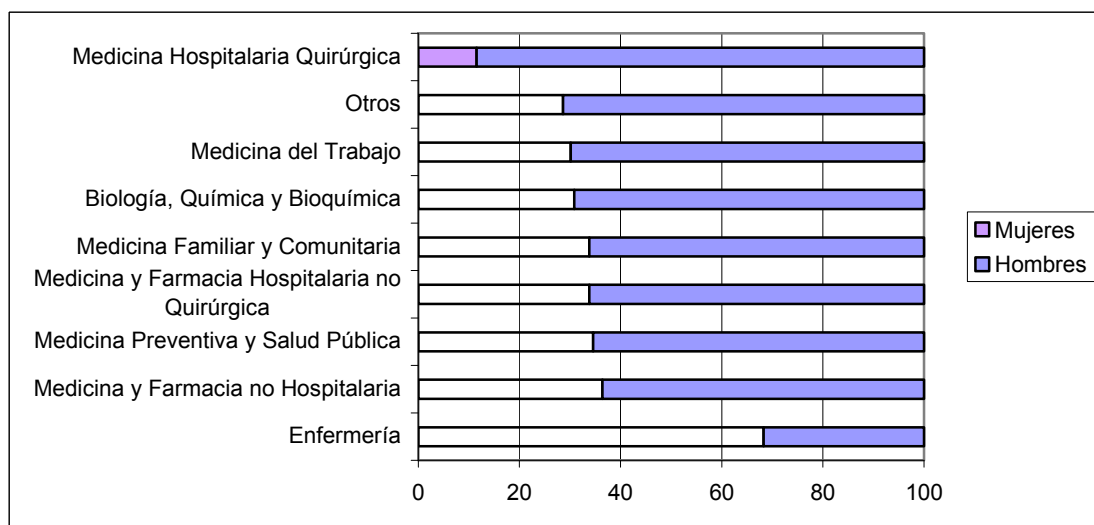
Gráfico 18. Distribución por sexos de las Juntas Directivas de los Consejos Generales de Colegios Profesionales según especialidad.



Fuente: Cascant *et al.*, 2007.

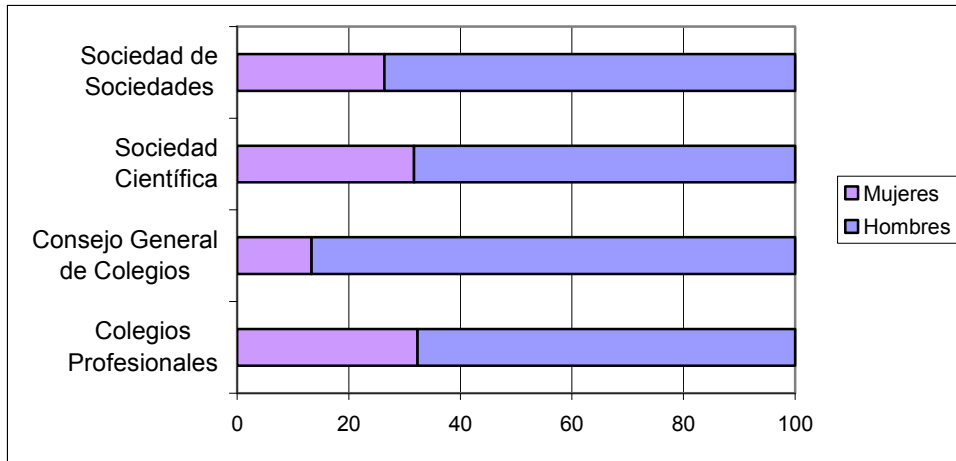
La presencia de mujeres en los organismos directivos de los Colegios Profesionales y Consejos Generales de Colegios Profesionales es muy diferente de la fotografía de colegiadas. Se puede decir que el porcentaje aproximado de mujeres en las juntas directivas de sociedades profesionales sanitarias es del 33,2%, lo que supone una infrarrepresentación de las mujeres, especialmente en algunas especialidades en las que representan la mayoría (gráfico 19).

Gráfico 19. Distribución por sexos en las Juntas Directivas de las Sociedades Científicas y Profesionales según especialidad.



Fuente: Cascant *et al.*, 2007.

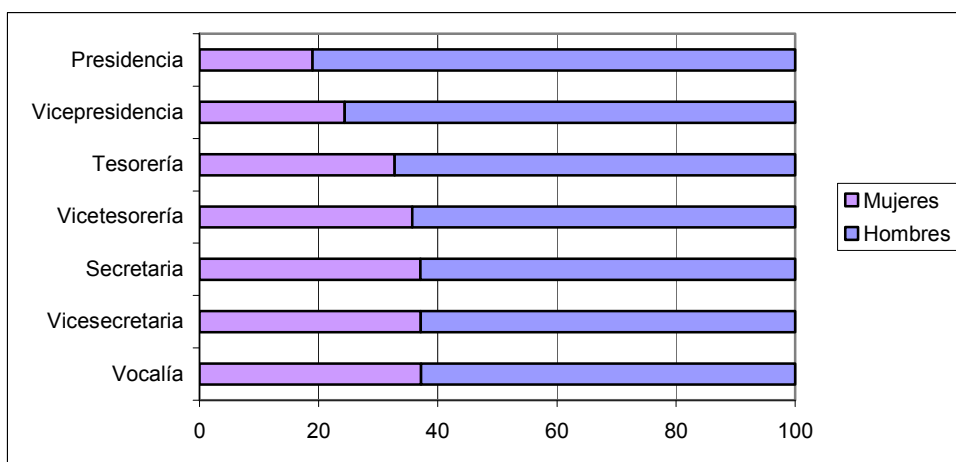
Gráfico 20. Distribución por sexos de las Juntas Directivas según tipo de entidad.



Fuente: Cascant *et al.*, 2007.

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 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 (gráfico 21).

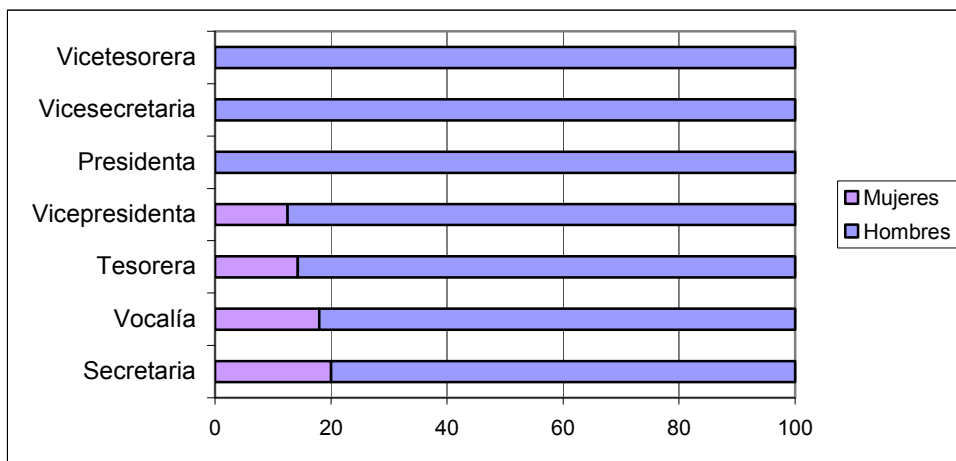
Gráfico 21. Distribución por sexo de las Juntas Directivas (de entidades científicas y profesionales de ciencias de la salud) según cargo.



Fuente: Cascant *et al.*, 2007.

Este hecho se constata de una manera visible si se observa el gráfico 22, donde la presidencia, vicesecretaría y vicetesorería de las Juntas Directivas de los CGCP, no hay mujeres que ocupen estos cargos dentro de las juntas de gobierno.

Gráfico 22. Distribución por sexos de las Juntas Directivas de los Consejos Generales de Colegios Profesionales según cargo.



Fuente: Cascant *et al.*, 2007.

Uno de los ejemplos más clarificantes es el de la profesión de Enfermería. Se trata de una especialidad claramente feminizada, el 80% de las personas colegiadas son mujeres. Entre todas las especialidades es la que concentra un mayor número de mujeres en los cargos directivos de los colegios, pero aún 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 de 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 un 7% de las presidencias de los colegios de Fisioterapia están ocupados por mujeres. El único cargo que se acerca a la paridad es el de las vocalías, ocupadas en un 53% por mujeres.

El mismo análisis se puede hacer 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 un 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.

La situación contraria se puede observar en la especialidad de Matronería, históricamente feminizada, aún después de ser integrada en el medio hospitalario. El análisis de las juntas directivas de las asociaciones de matronas revela una profunda feminización: el 100% de las presidencias están en manos de mujeres, como también las vicepresidencias y tesorerías. Solamente se ha encontrado un secretario entre las trece secretarías analizadas, y siete vocales entre las 82 vocalías, esto es, un 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.

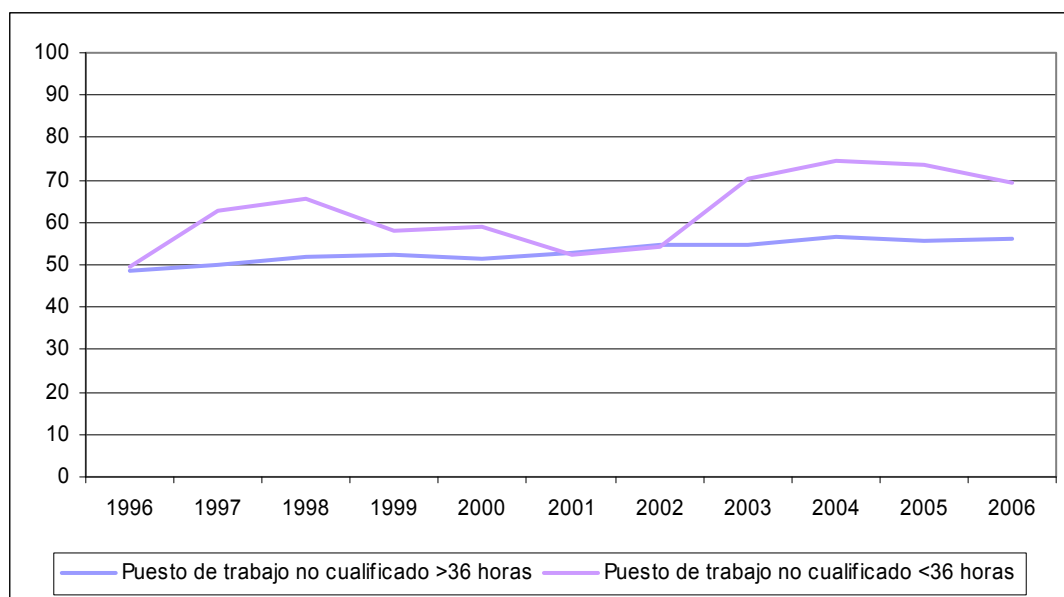
6. Servicios sanitarios

6.1 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 foto, año a año, en la que se pueden apreciar los cambios en las especialidades y categorías en función del sexo.

Gráfico 23. Porcentaje de mujeres en puestos de trabajo no cualificado y jornada laboral, 1996-2006.

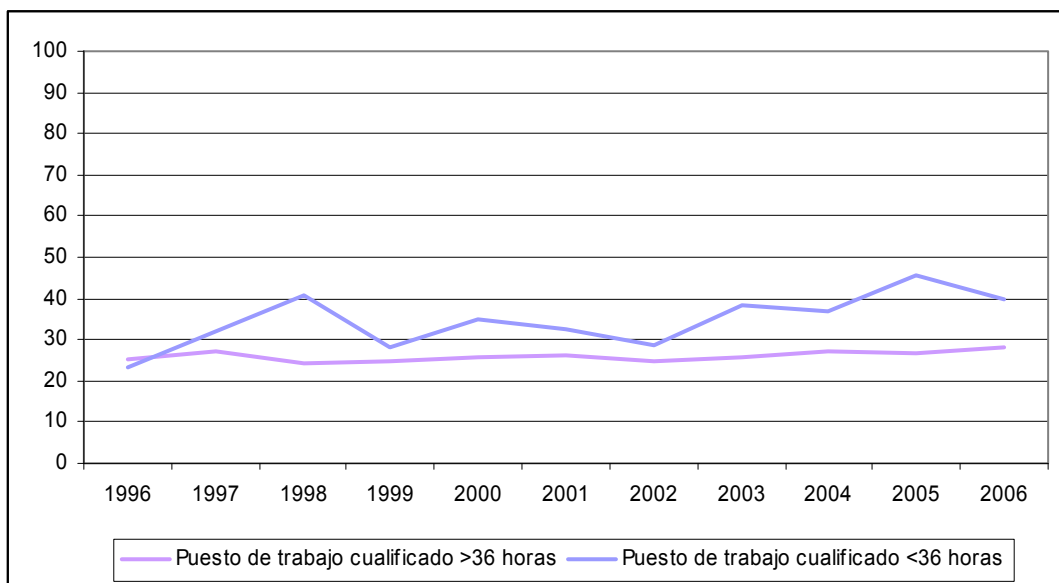


Fuente: MSC, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006.

Si se observa el gráfico 23 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 una mayor feminización de estos puestos de trabajo.

Gráfico 24. Porcentaje de mujeres en puestos de trabajo cualificado y jornada laboral, 1996-2006.



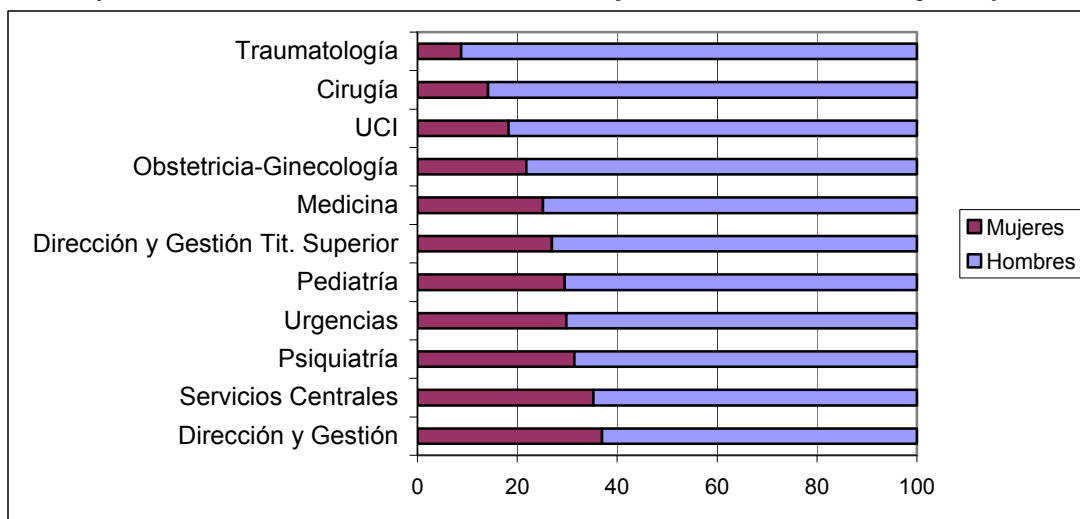
Fuente: MSC, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006.

Por el contrario, 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, como se observa en el gráfico 24, 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 alrededor de 600 personas en total.

Tal y como se observa en el gráfico 25, se puede señalar que por especialidades se distinguen tres grandes grupos: un primer grupo en el que se advierte claramente una masculinización de la profesión, en la que las mujeres no llegan a representar el 40% de la población. Este conjunto de

especialidades comprende: Medicina⁸, Cirugía, Traumatología, Obstetricia-Ginecología, Pediatría, Psiquiatría, Servicios Centrales, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias-Guardia, además de Dirección y Gestión de Titulación Superior⁹. A excepción de Medicina, se trata de especialidades con relativamente pocas personas empleadas, entre 1500 y 10000 personas, de las que son mayoría los hombres. Se ha de resaltar que en el apartado de Dirección y Gestión se da uno de los valores de mayor importancia, con un 26% de los puestos de trabajo ocupados por mujeres.

Gráfico 25. Distribución de personal sanitario que presta servicios en Establecimientos Sanitarios (Resultados inferiores a 40% de representación de mujeres).



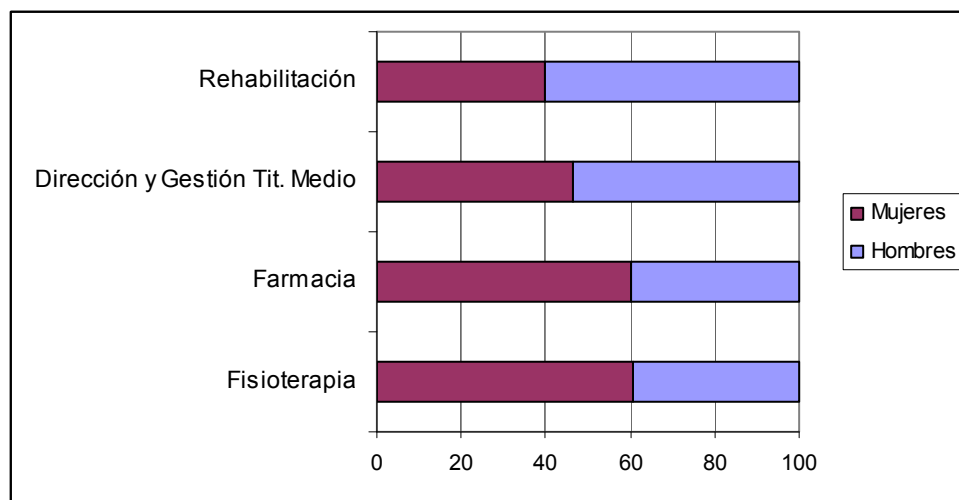
⁸ Según las definiciones de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado [disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/microdatos/frmListadoMicrodatos.jsp>], Médicos son: Médicos que prestan servicio en el Establecimiento, independientemente de su puesto (Jefe de Servicio, de Sección, etc.) a 31 de diciembre. No se contabilizarán ni los médicos internos y 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.

⁹ Según las definiciones de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado [disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/microdatos/frmListadoMicrodatos.jsp>], 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.

Fuente: MSC, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006.¹⁰

El segundo grupo reúne las especialidades en las que la representación de las mujeres se encuentra entre el 40% y el 60%, y que se podría calificar de más paritaria (gráfico 26). Son pocas las que 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 un 46% por mujeres.

Gráfico 26. Distribución de personal sanitario que presta servicios en Establecimientos Sanitarios (Resultados entre 40% y 60% de representación de mujeres).



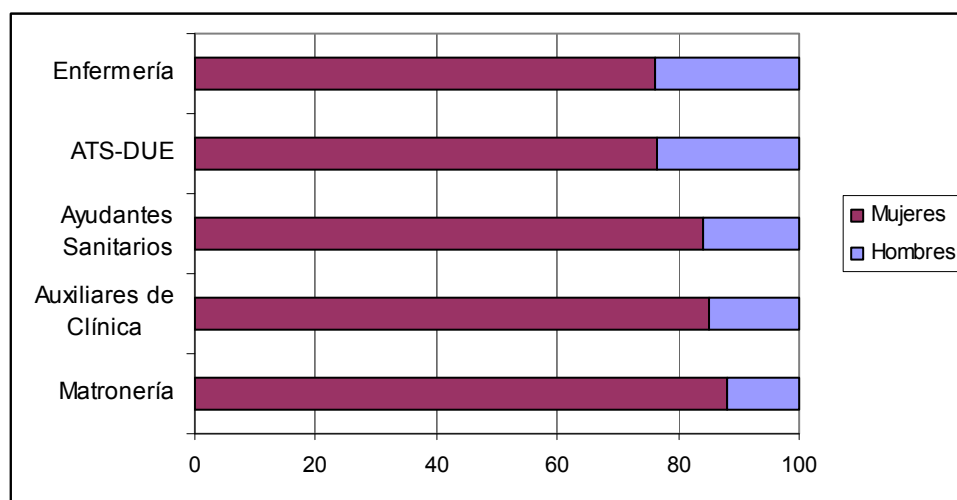
Fuente: MSC, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006.¹¹

Por último y tal como se puede observar en el gráfico 27, aquellos puestos de trabajo en los 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 50000 puestos de trabajo, entre los que destaca la categoría de ayudante sanitario/a. Son puestos de trabajo que, como veremos posteriormente, no solamente están feminizados en su fase formativa y laboral, sino también en el inconsciente colectivo, como indica la propia feminización del nombre de la especialidad en algunas fuentes: enfermeras, matronas, etc.

¹⁰ El cálculo de los porcentajes se efectúa a partir de la población ocupada por más de 36 horas.

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

Gráfico 27. Distribución de personal sanitario que presta servicios en Establecimientos Sanitarios (Resultados superiores al 60% de representación femenina).



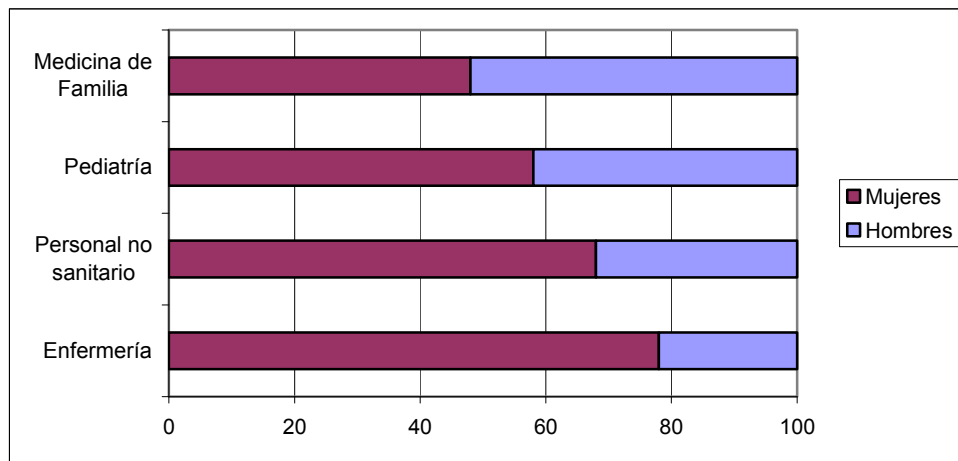
Fuente: MSC, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006.¹²

Por otra parte, 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 los que las mujeres obtienen una mayor representación son enfermería, con cerca del 80% de profesionales, y personal no sanitario, con casi un 70% de representación femenina. Ambas ocupaciones representan prácticamente las dos terceras partes del personal empleado en Atención Primaria. Se puede decir, 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 siguiendo el gráfico 28, 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

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

del personal total, aunque con el porcentaje invertido, de manera que es la única especialidad en la que son mayoría los hombres.

Gráfico 28. Distribución de personal en Atención Primaria



Fuente: MSC, Sistema de Información de Atención Primaria, 2007.¹³

A todos estos datos se han de añadir algunas circunstancias, por ejemplo el mayor porcentaje de médicos especialistas frente a las 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 de temporalidad femenina: las mujeres tienen un mayor número de contratos temporales y como resultado un 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 a un 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

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

diferencia salarial entre los diferentes servicios de salud públicos, que pueden llegar a suponer un 30% de diferencia en el salario en función de la Comunidad Autónoma en la que se ejerza (Hidalgo y Mata, 2004). Otras aproximaciones al tema remarcan la diferente precariedad laboral, observable en varias especialidades, entre mujeres y hombres (Solsona *et al.*, 2006).

6.2 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 hace mejores cuidadoras. 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). Prácticamente para cada figura existe un perfil profesional en el que las mujeres constituyen una clara mayoría, desde la Matronería a la Geriatría, pasando por Enfermería o Pediatría. No es casualidad que muchas de las especialidades en las que las mujeres constituyen una clara mayoría tengan una menor cualificación (diplomaturas, ciclos superiores) que las especialidades en las 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 una 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 sigue siendo masculina. 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, puede que ésta fuera la atención centrada en el/la paciente: consultas de más tiempo, transmisión de mayor información y participación del/la paciente en la toma de decisiones clínicas que le afectan (Delgado *et al.*, 2003). Pero la atención centrada en el/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, un mayor desenvolvimiento en las habilidades comunicativas y empáticas, y a los hombres un 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/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 visto anteriormente.

Por otro lado, la presencia/ausencia de mujeres en puestos de responsabilidad está asociada a varios factores, entre los que también se encuentran algunos estereotipos de género, por ejemplo el que niega la autoridad a las mujeres. La

autoridad es una cualidad que se suele vincular a 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, sigue siendo secundaria; también debido a que 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 siguiendo 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 una mayor probabilidad de las mujeres de *perder* horas de trabajo por responsabilidades familiares, a diferencia de sus colegas masculinos (Colleti *et al.*, 2000).

En Fisioterapia y Rehabilitación se observó una diferente disposición 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, asimismo esto se traduce en que el ámbito hospitalario en el que casi el mismo porcentaje lo constituyen mujeres y más del 50% de colegiadas. El caso contrario sería el de Cirugía, un área en la 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).

Como se ha venido indicando, la profesión de Enfermería se caracteriza por ser socialmente una profesión de “mujeres” y por lo tanto feminizada. En este sentido, el estereotipo de género que la población asocia a esta alta feminización del colectivo viene a reforzarse a través de 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 la puede cursar cualquier persona independientemente de su edad y sexo. Además, el peligro de la asociación naturalizada reside en el acotamiento espacial de los cuidados, que se pueden llegar a percibir como más vinculados al cuidado doméstico, a pesar que se desarrolle en un contexto hospitalario (Germán y Miqueo, 2008). La propia naturalización de los cuidados implica una desvalorización de los mismos, en tanto que lo natural no conlleva esfuerzo, y por tanto, no es valorado (Alberdi, 1998).

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

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 es tenido 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 visto 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, siendo 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 incentivado por la población usuaria.

Por otra parte, 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 de Enfermería (Evans, 1997), algo de lo que no se disponen datos en nuestro país¹⁴, aunque la aproximación, mediante la composición de las juntas directivas de las asociaciones profesionales, muestra claramente este efecto, con menos de un 40% de mujeres presidentas.

Finalmente, tal y como se ha venido señalando, la Enfermería es uno de los campos en los 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

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 para ninguna especialidad, y tampoco lo hace la nueva base de datos SIAP. En el caso de SIAP solamente 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 (<36 horas; >36 horas). Por tanto, no existe posibilidad de obtener datos, al menos con el nivel de desagregación que se hace público.

aparecen en estas series se debe añadir el papel central que ocupan los hombres en las mismas: 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).

En los últimos años han aparecido algunas investigaciones centradas en contenidos de los medios de comunicación escrita 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 por ejemplo 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 aquellos relacionados con la sexualidad y el aparato genito-urinario, la yatrogenia y temas de belleza, estética y fitness. Por el contrario, conceptos como el Alzheimer, el VIH-SIDA o las enfermedades cardiovasculares se sitúan entre las menos asociadas a las mujeres, aunque todos ellos son conceptos de probada importancia para el sexo femenino (Revuelta *et al.*, 2003).

6.3 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 se dan 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 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 lo tanto lo que se ha de evitar 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 tiene 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 supone una baja laboral, 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 en el caso de ellas no hay ningún mecanismo de suspensión/sustitución de su responsabilidad; el hogar queda abandonado/desatendido a no ser que haya otras mujeres, el apoyo familiar en la habitación debe ser habitualmente de otras mujeres, etc.

Por lo 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, a través de medidas formativas y de sensibilización, para llegar a una atención de médicas y médicos, basada en criterios de calidad y eficiencia, repercutiendo en el nivel de satisfacción de la población usuaria.

6.3.1 Diferente atención en la consulta

Desde los años 80 la diferencia entre la atención prestada por médicas y médicos ha sido un tema de creciente interés. Ya en los 90, 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 se podría pensar en la siguiente hipótesis: Si las médicas piden más pruebas diagnósticas, prescriben menos medicamentos y realizan menos intervenciones, ¿Significa una mayor capacidad resolutoria y una mayor eficiencia en su desempeño, en el caso de la Atención Primaria?.

Los problemas asociados a asuntos que podrían calificarse de estereotipo de masculinidad (genitales y sistema musculoesquelético, que incorpora los

accidentes causados por deportes o accidentes laborales) serían más tratados 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 y los usuarios (Bensing *et al.*, 1993). Otros estudios indican la mayor disposición de las mujeres a prestar una 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; Bertakis, 2003). Además de atender a usuarios/as 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).

6.3.2 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 problemáticas sociales y endocrinas, que 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).

Por otra parte, son bien conocidas las diferencias en el diagnóstico de diferentes enfermedades en hombres y en mujeres, a pesar de que éstas últimas tengan mayor riesgo, 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). Se realizan más tratamientos después de un IAM 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 un 127% mayor que en las mujeres. Por el contrario, el coste de los tratamientos por obesidad realizados a mujeres es mayor que en los hombres, a pesar que la prevalencia es mayor en éstos, con una razón de 1,3. Por otro lado, 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 teniendo en cuenta que la mayor parte de los medicamentos son prescritos.

6.3.3 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 a zonas íntimas (pecho, aparato genito-urinario, 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; Delgado *et al.*, 2003).

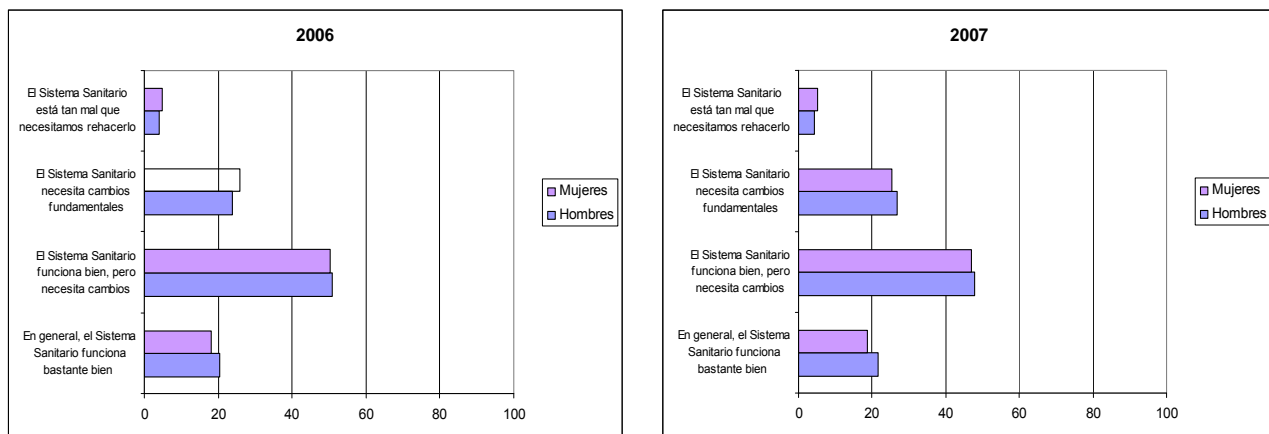
Una de las principales aportaciones hechas desde nuestro país se centra en el nivel de satisfacción de las personas usuarias en función del sexo del o la profesional. Los resultados muestran una mayor satisfacción entre quienes han sido atendidas por médicas que por médicos, ya que, hacen una mayor valoración de la capacidad profesional de las mujeres médicas (Delgado *et al.*, 1993; 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 los 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, si no de una encuesta general, en la que 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 y a la vista de los datos que figuran en el gráfico 29, 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.

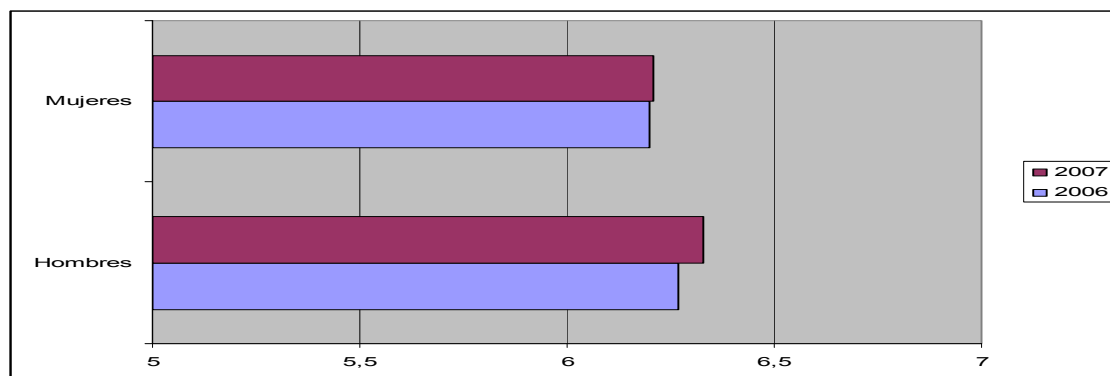
Gráfico 29.- Valoración del Sistema Sanitario, 2006-2007



Fuente: MSC y CIS, Barómetro Sanitario, 2007.

Por otra parte, la satisfacción con el modo en que funciona el Sistema Sanitario, también incluida en el Barómetro Sanitario, vuelve a ofrecer datos interesantes, como se observa en el gráfico 30. En una escala de 1 al 10, en la que el uno indica mucha insatisfacción y el diez 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.

Gráfico 30.- Nivel de satisfacción con el funcionamiento del Sistema Sanitario, 2006-2007



Fuente: MSC y CIS, Barómetro Sanitario, 2007.

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 que 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).

7. 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 les realice un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico que a 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 CCAA, 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 fundamenta 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 profesionales, en su periodo de formación académica y de la forma más normalizada posible, sobre los mecanismos de acción de los estereotipos. Porque los estereotipos condicionarán sus opiniones, valores y expectativas profesionales sobre cuestiones claves, 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 Consumo: 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 Consumo se han promovido en los últimos ejercicios algunas acciones formativas relacionadas con la salud sexual (junto a 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/as en Perspectiva de Género en Salud*). Con todas estas acciones se pretende incidir en la sociedad, mediante las y los profesionales de la salud y la docencia, facilitando 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 postgrados de profesiones sanitarias, así como en programas de doctorado de ciencias humanas y sociales¹⁵.

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 un 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, Fisioterapia)¹⁶. En dicho congreso se acordaron unas recomendaciones

¹⁵ Ver listado de cursos de postgrado en salud y género y sus características en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_f_01.pdf

¹⁶ Actualmente son varias las asignaturas que se ofertan relacionadas con salud y género, aunque suelen ser de libre elección. Para el análisis del desarrollo de la asignatura, ver:

específicas sobre formación en género y salud (esquema 3), así como los objetivos docentes de la que podría ser una futura asignatura de carácter transversal que se impartiría durante los primeros cursos de los estudios de grado en ciencias de la salud (esquema 4).

Esquema 3.- Las recomendaciones de las primeras jornadas específicas sobre formación en género y salud ¹⁷

1. Hacer 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 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 EEES desde el punto de vista de los estudios de género y salud dentro de cinco años.

<http://wzar.unizar.es/siem/Agenda/Jornadas%20salud/2.%20PONENCIA%20M%AA%20Jos%E9%20Barral.pdf>.

¹⁷ Así quedó plasmado en el Congreso *Los estudios sobre las mujeres. Grados y postgrados en el EEES*, en el área de Salud

Esquema 4.- Objetivos de la materia* Género, Salud y Sociedad ¹⁸

1. Conocer y aplicar conceptos básicos del sistema sexo/género (género, feminismo, androcentrismo, patriarcado, diferencia, 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.

Fuente: Informe del Congreso *Los estudios sobre las mujeres. Grados y postgrados en el EEES*, en el área de Salud.

* La materia sería troncal, obligatoria y constaría de 4 créditos ECTS.

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, artículo 4), además de proporcionar conocimientos 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 de Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres.

¹⁸ Así quedó plasmado en el Congreso *Los estudios sobre las mujeres. Grados y postgrados en el EEES*, en el área de Salud

8. Conclusiones

1. Las mujeres constituyen una clara mayoría en los ámbitos universitarios de las carreras sanitarias, especialmente en la educación de grado, igualándose en proporción a los hombres en el postgrado.
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. Por el contrario, representan una clara mayoría en los puestos de administración y servicios de las universidades.
3. En lo que respecta a los cargos unipersonales en las universidades (puestos de gobierno como rectorado, decanato, etc.) las mujeres siguen 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 sigue 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 siguen 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 viene reforzado a través de 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 las problemáticas sociales y endocrinas. Además, reciben una mayor valoración y satisfacción de 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.

9. Propuestas para la acción

Desde el ámbito de sus competencias y contando con la colaboración de otros Ministerios, instituciones autonómicas y organizaciones públicas y privadas, el Ministerio de Sanidad y Consumo 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 Consumo.
- 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. 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/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 a través grupos de trabajo, foros, etc. con la finalidad de trabajar en línea con distintos ministerios (educación, ciencia, igualdad, etc.) y con las revistas científicas.

10. Bibliografía

ADDIS, Elisabetta. Gender in the publication process: evidence, explanations and excellence. En: *European Commission. Gender and Excellence in the Making*. Brussels: 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: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2008:209-214.

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 de Cardiol*. 2008; 8(D):8D-22D.

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

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].

ARRIZABALAGA, Pilar; VALLS-LLOBET, Carme. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barcelona)*. 2005; 125(3):103-107.

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> [consultado el 17 de diciembre de 2008]

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.

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.

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: http://www.fgalatea.org/pdf/salut_cast.pdf [consultado el 17 de diciembre de 2008]

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.

COLLETTI L.M., MULHOLLAND M.W., SONNAD S.S. Perceived obstacles to career success for women in academic surgery. *Arch Surg.* 2000; 135: 972-977.

CONSEJO Superior de Investigaciones Científicas. Informe Mujeres Investigadoras 2007. Disponible en:

http://www.csic.es/documentos/mujerCiencia/informe_mujeres_2007.pdf

[consultado el 17 de diciembre de 2008]

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; LOPEZ-FERNANDEZ 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.

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.

EVANS, Joan. Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. *J Adv Nurs*. 1997; 26:226-231.

GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; ÁLVAREZ-DARNET, Carlos. Through gender parity in scientific publications. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62:474-475.

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, 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.

HIDALGO VALVERDE, María Jesús; MATAS AGUILERA, Vicente. Estudio comparativo del salario médico en España. Granada: Sindicato Médico de Granada (SIMEG); 2004. Disponible en: <http://www.aeemt.com/pdfs/estudioretribucionesmedicos.pdf> [consultado el 17 de diciembre de 2008]

IGLESIAS APARCIO, 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 [consultado el 17 de diciembre de 2008]

JAGSI, Reshma; GUANCIAL, Elizabeth A.; WOROBEY, Cynthia COOPER; HENAULT, Lori E.; CHANG, Yuchiao; STARR, Rebeca; TARBELL, Nancy J.; HYLEK, Elaine M. 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):1282-1289.

KURICHI, Jibby E.; KELZ, Rachel R.; SONNAD, SEEMA S. Women Authors of Surgical Research. *Arch Surg*. 2005; 140:1074-1077.

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 [consultado el 17 de diciembre de 2008]

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: <http://www.micinn.es/ciencia/umyc/files/2007-academicas-cifras.pdf> [consultado el 17 de diciembre de 2008]

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^a Congreso Internacional Interdisciplinar sobre las mujeres. Women's Worlds'08 – *Mundos de Mujeres 2008*. Madrid, 3-9 de julio 2008

MIQUEO, Consuelo; GONZÁLEZ ROMARIS, 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.

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/gs/v18s1/05profesiones.pdf> [consultado el 17 de diciembre de 2008]

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.

REVUELTA, Gemma; ALONSO, Inma; TOMÁS, Sonia; GUERRERO, Marcela; ROHLFS, Izabella. Género y salud en la prensa diaria. *Biomedica*. Disponible en: <http://www.biomed.net/biomedica/d02041103.htm> [consultado el 18 de diciembre de 2008]

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):1083-1093.

RUBIN GRANDIS, Jennifer; GOODING, William E.; ZAMBONI, Beth A.; WAGENER, Marilyn M.; DRENNING, Stephanie D.; MILLER, Lori; DOYLE, Karen Jo; MACKINNON, Susan E.; WAGNER, Robin L. The Gender Gap in a Surgical Subspecialty. Análisis of Career and Lifestyle Factors. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 130:695-702.

RUIZ-CANTERO, María T.; VERDÚ-DELGADO, María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac San*. 2004; 19(supl.1):118-125.

SCHIAFFINO, A.; GARCÍA, M.; FERNÁNDEZ, E. 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. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Bellaterra. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2006. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/ies/Du11/html/ca/dir1604/dn1604/estudi_demografic.pdf [consultado el 17 de diciembre de 2008]

TRACEY, Catherine; NICHOL, Honor. The multifaceted influence of gender in career progress in nursing. *J Nur Man*. 2007; 15:677-682.

VILLARROYA GAUDÓ, María; BALLESTER OYARZUN, Miguel Ángel; HERNÁNDEZ MOYÉS, Aurelia; CANDA-SÁNCHEZ, Ana; GUTIÉRREZ ESTEBAN; Prudencia; RIVERA FERRÉ, Marta; RAMOS TERRADO, Oriol;

CRUZ FUENTES, Tatiana. ¿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.

Fuentes secundarias

Instituto Nacional de Estadística (INE). <http://www.ine.es>

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

Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://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.
<http://www.msc.es> <http://www.cis.es>

- Barómetro Sanitario, 2006-2007