

Diagnóstico de Género de la Profesión Médica

2018

Cuadernos
CGCOM



OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



Diagnóstico de Género de la Profesión Médica

OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

**Edita:**

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Autores:

Cobo Castro, Tomás
Echevarría Saez, Teresa
Feliú Villaró, Francesc
Ferrer Novella, Concepción Pilar
García Romero Manuela
Hurtado Sarrió, Mercedes
Jiménez Martínez, José Luis
Laín Terés, Natividad
Martínez Torre, Inmaculada
Montoya Casado, Nina
Montoya Martínez, Isabel
Mur Garcés Ramón
Roviralta Arango, Enrique
Sebastianes Marfil, Carmen
Urigoitia Saudino, Kepa

- *Vpte. 1º. CGCOM.⁽¹⁾*
- *Gerente del CGCOM.*
- *R.N.⁽²⁾ de Médicos Tutores y Docentes.*
- *Pta. COM⁽³⁾ Zaragoza.*
- *Pta. COM Baleares.*
- *Pta. COM Valencia.*
- *Pte. COM Ourense.*
- *Pta. COM Toledo.*
- *Pta. COM La Rioja.*
- *Directora de la FPSOMC.⁽⁴⁾*
- *Pta. COM Murcia.*
- *Pte. COM Lleida.*
- *Pte. COM Ceuta.*
- *Vicepresidenta COM Cádiz.*
- *Pte. COM Araba.*

Depósito Legal: C 2045-2018

Diseño y maquetación: Visualq.

Impresión y encuadernación: Gráficas LASA S.L.

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.
2. Representante Nacional.
3. Colegio Oficial de Médicos.
4. Fundación de la Protección Social de la Organización Médica Colegial.

ÍNDICE

Introducción	7
Marco legal principal	9
Conceptos: discriminación e indicadores de género	11
Acceso a la profesión médica	13
Acceso al empleo y profesionales sin ejercicio	35
Profesionales en ejercicio	39
Indicadores de género	39
Sin plaza en propiedad	47
Con plaza en propiedad	48
Resumen	57
Modelo retributivo	59
Empleo público	63
Empleo privado	64
Resumen	65
Espacios de representación	67
Representación en los colegios profesionales	69
Representación en los órganos de gobierno del CGCOM	78
Resumen	80
Hipótesis sobre necesidades específicas de las mujeres médicas	81
Necesidades normativas	81
Necesidades sentidas y expresadas	83
Necesidades comparadas	84
Tablas	85
Gráficos	86
Gráficos Estudio sobre Demografía Médica	88
Documentación citada	90



Introducción

(...) es oportuno reflexionar acerca del impacto que esta situación (de mayor número de mujeres en la profesión médica) puede producir a distintos niveles, ya sea en la organización del sistema sanitario, que debería adaptarse a este cambio del perfil demográfico de la profesión, como en la relación que se establece entre el profesional y el paciente, así como los desafíos futuros que impone la sanidad en la profesión médica.

Informe: Visión y perspectiva femenina respecto a la profesión médica y los colegios profesionales en España. Foro español de pacientes / Fundación Patronato de huérfanos y protección social de médicos. Príncipe de Asturias. Septiembre, 2013.

Dado que ha pasado tiempo suficiente desde que las mujeres se incorporaron de pleno derecho al mundo laboral, podría presuponerse que su proporción en la diversidad de empleos y tareas, así como en las distintas escalas jerárquicas, es similar a la de los hombres. Pero no es así ni en general, ni en el ámbito de la Salud en particular.

En 2008, la OMS ya recogía que, a pesar de que las mujeres eran más de 75 % de la fuerza laboral, haciéndolas imprescindibles como contribuyen-

tes a la prestación de los servicios de atención de salud, en muchos países, “todavía tienden a estar concentradas en las ocupaciones de salud de menor status y a ser una minoría entre los profesionales altamente capacitados. En particular, la distribución de las mujeres por categoría ocupacional tiende a inclinarse a favor del personal de enfermería y parteras y otros cuadros ‘de cuidado’ como trabajadoras comunitarias de la salud. Las mujeres están a menudo poco representadas en otras categorías, por ejemplo, médicos, dentistas, farmacéutas y gerentes.”

Y, en España, una noticia de junio de 2017 ponía el acento en una realidad injusta basada en datos del INE: en Sanidad, los hombres cobran 9.000 euros más al año que las mujeres y la diferencia entre sanitarios y sanitarias ha crecido en 1.500 euros en los últimos siete años.¹

El insuficiente acceso de las profesionales de la Salud a todos los ámbitos y en todos los niveles jerárquicos tiene consecuencias no sólo en el colectivo que ellas mismas conforman, sino en el conjunto de la sociedad.

La falta de presencia de mujeres en la investigación, en la dirección de centros y en general, en los espacios donde se toman decisiones sobre la Salud, puede estar fomentando un posible sesgo

¹ Redacción Médica, 28/06/2017.
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/los-hombres-cobran-9-000-euros-mas-al-ano-que-las-mujeres-en-sanidad-4974>

de género que ha facilitado la llamada “invisibilidad” de las mujeres en las áreas de investigación sobre la salud, la formación de profesionales y los cuidados asistenciales. Como decía ya en 2008, Concha Colomer, *“la peor consecuencia de este posible sesgo de género es que, probablemente, se realizan previsiones menos eficaces en los programas comunitarios de acción sobre la salud, que las conclusiones de los estudios empíricos son menos válidas, la estimación de las tasas de prevalencia de los trastornos pierde eficacia, etc., pues todo esto se basa, con frecuencia, en lo que se sabe sobre las enfermedades y los problemas del sexo más estudiado, el masculino.”*²

Las preguntas a las que trata de responder este informe son cómo se refleja esta situación en datos y qué diferencias se producen entre mujeres y hombres teniendo en cuenta que un análisis de género de la profesión médica no puede aislarse de lo que ocurre en el resto de la sociedad. La profesión está inmersa en los cambios sociales y también se ve influida por ellos, por esa razón se tratará de contextualizar su situación en la realidad española y, en la medida de lo posible, en la europea.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos puede ser una fuente de inspiración para la mejora de la situación de las mujeres en la Salud.

Puede impulsar el debate y las propuestas para que la Salud en España no se pierda el enorme potencial que supone la aportación de las mujeres que ejercen la Medicina. Puede revisar y mejorar la posición de las mujeres en sus espacios de toma de decisiones y dar una imagen social que refleje la realidad de la Medicina actual. Las ventajas para su organización son muchas porque, tal como indican sus estatutos, podrá comunicar socialmente su interés por representar la realidad diversa y rica de la Organización Médica Colegial.

Este diagnóstico es sólo un punto de partida, el inicio de un camino que busca integrar la igualdad entre hombres y mujeres como uno de los principios básicos del CGCOM.

2 Concha Colomer Revuelta. La aplicación del enfoque de género al estudio de la salud: El Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo (2008).

Marco legal principal

La igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico universal reconocido en diversos textos internacionales sobre derechos humanos, entre los que cabe destacar la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (CEDAW), aprobada por Naciones Unidas en 1979, de la que España es parte. Más recientemente, la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible impulsa el compromiso de la comunidad internacional para el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas a través del su quinto objetivo de desarrollo y, de forma transversal, en los demás objetivos. A su vez, en la Unión Europea la igualdad entre mujeres y hombres constituye un valor fundamental, recogido en el Tratado de la Unión Europea, en el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea y en la Carta de los Derechos Fundamentales. En ese sentido, la Comisión Europea aprobó el *Compromiso Estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres 2016-2019 en línea con el Pacto Europeo para la Igualdad de Género 2011-2020*.

En España, desde la aprobación de la Constitución de 1978, el principio de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres se ha ido imponiendo en nuestro ordenamiento jurídico. Si bien en el artículo 14 del texto constitucional se recoge el mandato de no discriminación por diversas

razones, también por razón de sexo, el artículo 9.2. explicita que los poderes públicos deben “remover” los obstáculos que impiden acceder a la igualdad real, es decir, aquella que se desarrolla en la vida cotidiana.

En consonancia con estos principios constitucionales se ha aprobado la normativa consiguiente con el objetivo de desarrollar no sólo el principio de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, sino promover medidas de diversa consideración para alcanzar dicho principio. Las principales normas han sido:

- La Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
- La Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración de impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno.
- La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.
- Y la más reciente, pero ya con una década de camino, Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres (en adelante, Ley de Igualdad).

Además, cada comunidad autónoma ha establecido sus propias leyes de igualdad y contra la violencia de género.





Conceptos: discriminación e indicadores de género

La Ley de Igualdad define en su artículo 6 lo que entiende por discriminación directa e indirecta, conceptos que se utilizarán a lo largo de este documento:

Artículo 6. Discriminación directa e indirecta.

1. *Se considera discriminación directa por razón de sexo la situación en que se encuentra una persona que sea, haya sido o pudiera ser tratada, en atención a su sexo, de manera menos favorable que otra en situación comparable.*
2. *Se considera discriminación indirecta por razón de sexo la situación en que una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pone a personas de un sexo en desventaja particular con respecto a personas del otro, salvo que dicha disposición, criterio o práctica puedan justificarse objetivamente en atención a una finalidad legítima y que los medios para alcanzar dicha finalidad sean necesarios y adecuados.*
3. *En cualquier caso, se considera discriminatoria toda orden de discriminar, directa o indirectamente, por razón de sexo.*

Una situación especial de discriminación que recoge la Ley es cuando se produce acoso sexual y acoso por razón de sexo aspectos que están definidos en su articulado del siguiente modo:

Artículo 7. Acoso sexual y acoso por razón de sexo.

1. *Sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal, a los efectos de esta Ley constituye acoso sexual cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.*
2. *Constituye acoso por razón de sexo cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.*
3. *Se considerarán en todo caso discriminatorios el acoso sexual y el acoso por razón de sexo.*
4. *El condicionamiento de un derecho o de una expectativa de derecho a la aceptación de una situación constitutiva de acoso sexual o de acoso por razón de sexo se considerará también acto de discriminación por razón de sexo.*

En relación con la discriminación, la Ley también señala lo siguiente:

Artículo 8. Discriminación por embarazo o maternidad.

Constituye discriminación directa por razón de sexo todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad.

Artículo 9. Indemnidad frente a represalias.

También se considerará discriminación por razón de sexo cualquier trato adverso o efecto negativo que se produzca en una persona como consecuencia de la presentación por su parte de queja, reclamación, denuncia, demanda o recurso, de cualquier tipo, destinados a impedir su discriminación y a exigir el cumplimiento efectivo del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres.

Artículo 10. Consecuencias jurídicas de las conductas discriminatorias.

Los actos y las cláusulas de los negocios jurídicos que constituyan o causen discriminación por razón de sexo se considerarán nulos y sin efecto, y darán lugar a responsabilidad a través de un sistema de reparaciones o indemnizaciones que sean reales, efectivas y proporcionadas al perjuicio sufrido, así como, en su caso, a través de un sistema eficaz y disuasorio de sanciones que prevenga la realización de conductas discriminatorias.

Además de considerar la discriminación como uno de los posibles efectos de la desigualdad, a lo largo de este informe se proporcionan algunos datos significativos desde un enfoque de género, lo que significa analizar la información teniendo en cuenta si se producen diferencias entre hombres y mujeres y cómo éstas afectan a cualquiera de los dos sexos.

Para ello, en el análisis estadístico se utilizan **indicadores de género**. Los principales son los siguientes:

- **Índice de concentración:** pretende reflejar el porcentaje de individuos que presentan unadeterminada característica de estudio en relación a su grupo sexual. Representa por tanto el porcentaje de personas de un sexo en una categoría sobre el total de ese mismo sexo en la misma categoría. Un valor equitativo es un índice de concentración similar para ambos sexos.
- **Índice de feminización:** mide la representación de mujeres con relación a hombres en una categoría. Por su definición matemática, si el índice es menor de 1, las mujeres están infrarrepresentadas; si es mayor de 1 es una situación de feminización; y si es igual a 1, es una situación de equidad.
- **Índice de distribución:** refleja la distribución por sexo dentro de una misma categoría. El valor de 0,5 supondría la misma distribución por sexo.

Estos tres índices son muy útiles para el análisis de la composición de grupos y categorías profesionales.

Además, se utiliza un cuarto indicador: **brecha de género**, que se define como la diferencia entre las tasas femenina y masculina de una categoría de una variable. Sirve para detectar una distribución desigual por sexo en un determinado contexto. Se suele utilizar sobre todo para el análisis de salarios. El valor de equidad es 0.

En resumen, **una situación ideal** (y por lo mismo, poco frecuente) sería en aquella en la que en una categoría:

- Hubiera un porcentaje similar de hombres sobre el total de hombres y de mujeres sobre el total de mujeres (índice de concentración 0).
- Donde por cada hombre estuviera representada también una mujer (índice de feminización 1).
- Que en conjunto supusiera que hay la mitad de hombres y de mujeres (índice de distribución 0,5).
- Y donde no se produjera ninguna diferencia entre las tasas de uno y otro sexo (brecha de género 0).

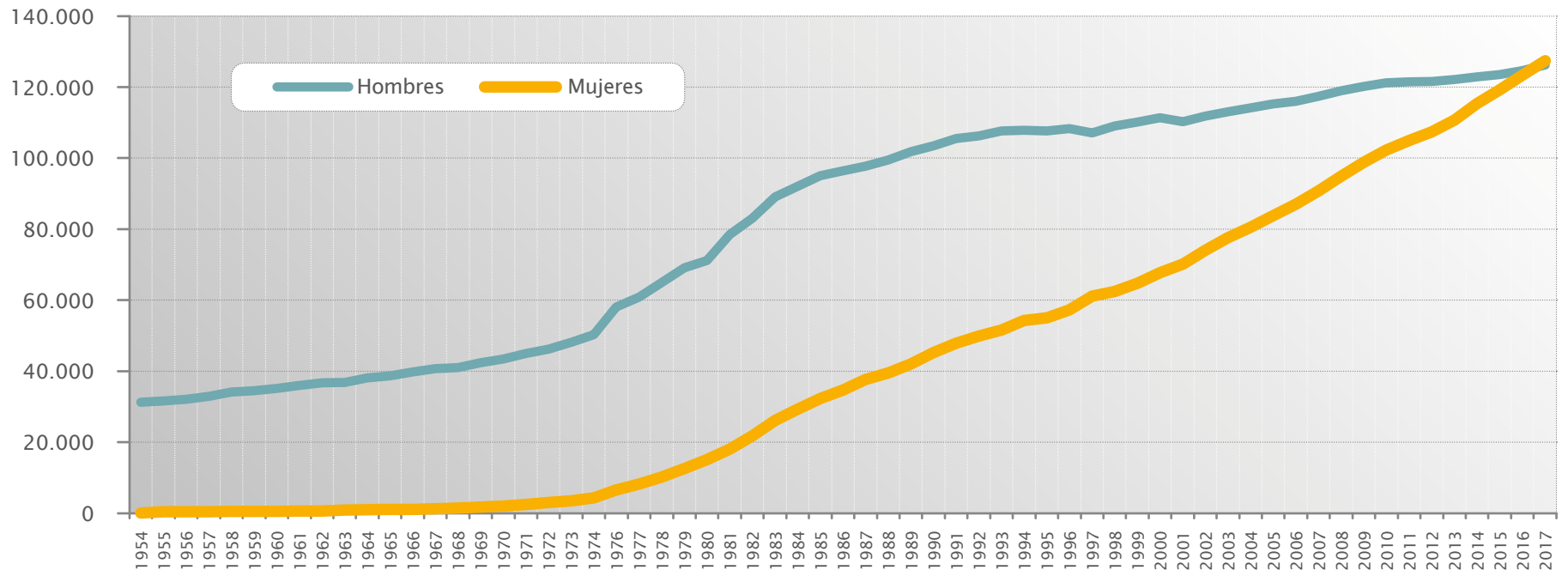
Acceso a la profesión médica

El siguiente gráfico es muy significativo. Representa el número de hombres y de mujeres de la profesión médica colegiados desde el año 1954 a 2017. En 1954, había tres mujeres colegiadas, no fueron más de veinte mil hasta 1982 y en 2017, las mujeres colegiadas son 127.464 y superan por primera vez el número de hombres colegiados (126.231).

La evolución de los datos en los últimos años señala un avance rotundo en el cambio de proporción de hombres y mujeres en la colegiación: desde 2011 a 2017 se han colegiado cinco veces más mujeres que hombres (4.999 hombres y 25.212 mujeres). Con ello ha desaparecido una brecha de género que en 1990 era de más de 39 puntos y en 2011 aún de 7,3 puntos.

Gráfico 1. Número de hombres y mujeres colegiados en la profesión médica.

Elaboración propia a partir de datos del INE. Estadística de profesionales sanitarios colegiados —años 1954-2015— y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos —años 2016 y 2017—.



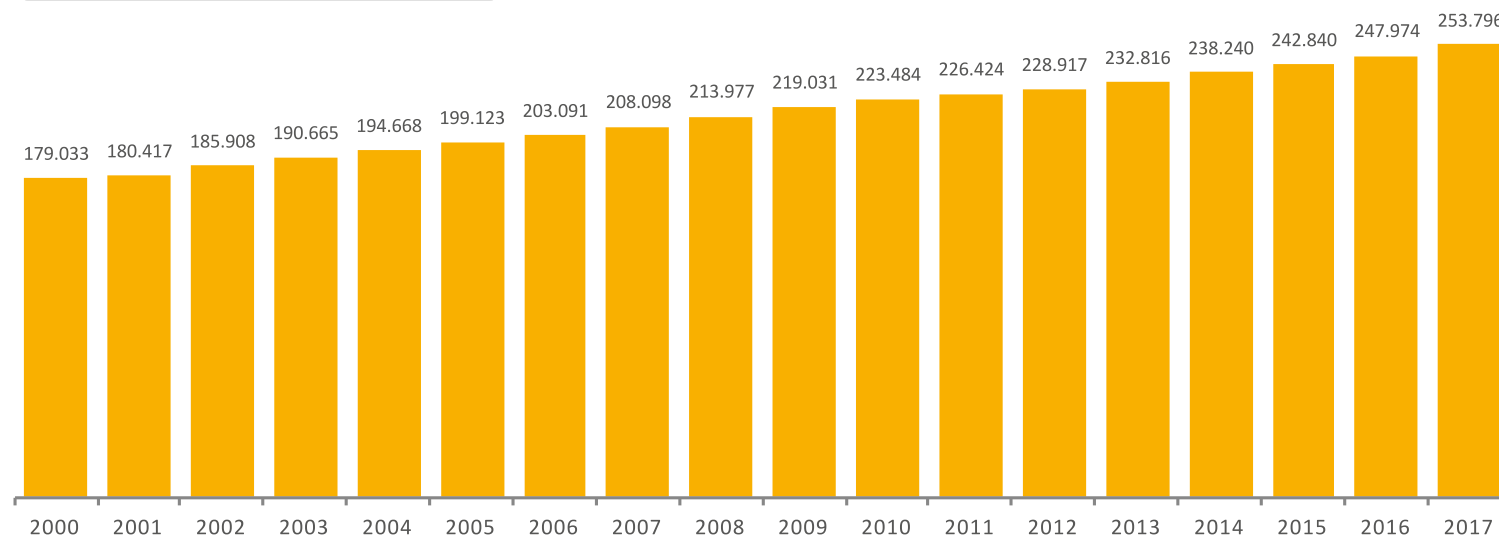
MÉDICOS COLEGIADOS. AÑO 2017

Datos publicados por el INE. Médicos colegiados

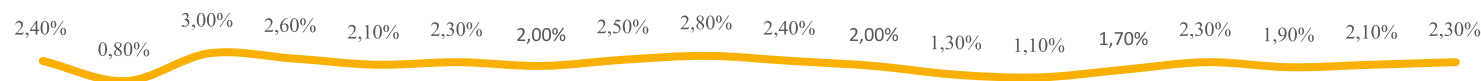
El número de Médicos colegiados aumentó un 2,3% en el año 2017, según datos del INE proporcionados por los Colegios de Médicos. Para calcular la variación interanual de años anteriores se han utilizado datos publicados por el INE en "La Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados" que investiga el número y caracte-

terísticas de los profesionales del ámbito de la salud inscritos en sus respectivos Colegios o Consejos profesionales. Esta investigación proporciona información a diversos organismos internacionales como la OCDE y la Oficina de Estadística de la Unión Europea (Eurostat).

Números absolutos



Variación Interanual



MÉDICAS EN ACTIVO



115.965
52,4 %

MÉDICOS COLEGIADOS. AÑO 2017

INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados. Ordenación, de mayor a menor, por número de colegiados.

Datos del INE a 31 de diciembre de 2017. Número de Médicos por Provincias de colegiación o ciudades autónomas y Sexo. Madrid sería la Comunidad Autónoma con más médicos colegiados (17,2 %), según datos del INE.

Las provincias más feminizadas serían Madrid (55,1 %) y Álava (54,6 %). Por el otro lado, las provincias más masculinizadas serían Jaén (57,6 %), Ceuta (63,4 %), Melilla (65,4 %).

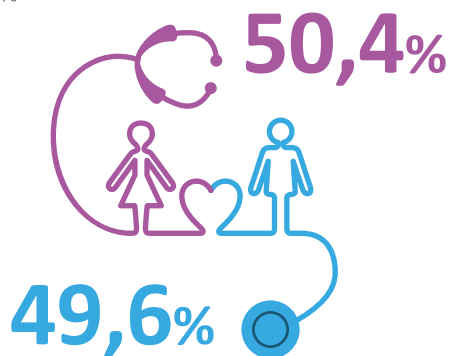
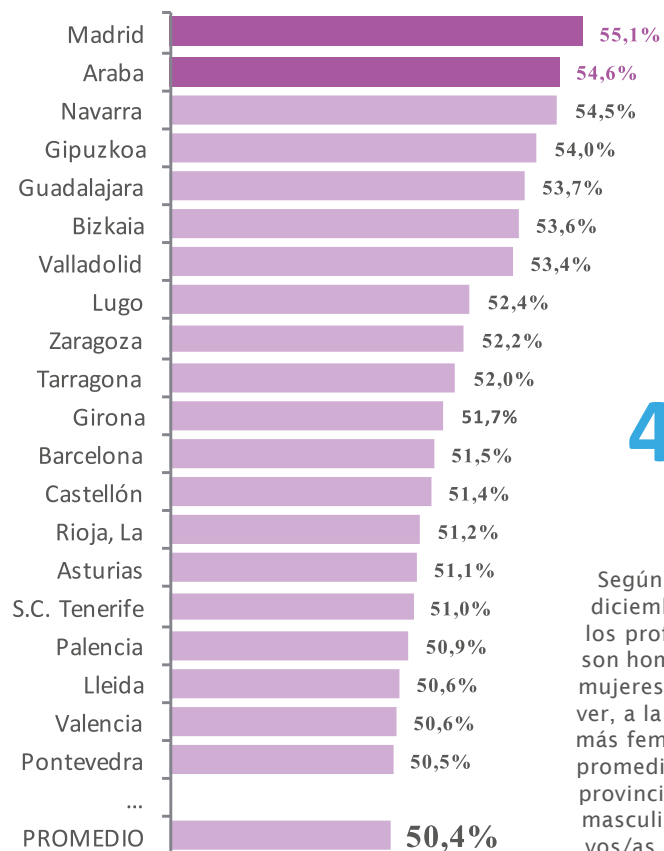
	Provincia	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
1	Madrid	43.772	17,2%	19.644	44,9%	24.128	55,1%
2	Barcelona	33.565	13,2%	16.283	48,5%	17.282	51,5%
3	Valencia	14.686	5,8%	7.261	49,4%	7.425	50,6%
4	Sevilla	10.108	4,0%	5.411	53,5%	4.697	46,5%
5	Málaga	8.030	3,2%	4.312	53,7%	3.718	46,3%
6	Alicante	7.749	3,1%	4.081	52,7%	3.668	47,3%
7	Bizkaia	7.548	3,0%	3.505	46,4%	4.043	53,6%
8	Murcia	7.203	2,8%	3.819	53,0%	3.384	47,0%
9	Zaragoza	7.104	2,8%	3.393	47,8%	3.711	52,2%
10	Asturias	6.363	2,5%	3.114	48,9%	3.249	51,1%
11	Coruña, A	6.240	2,5%	3.132	50,2%	3.108	49,8%
12	Baleares	5.632	2,2%	3.044	54,0%	2.588	46,0%
13	Palmas, Las	5.379	2,1%	2.855	53,1%	2.524	46,9%
14	Cádiz	5.313	2,1%	2.970	55,9%	2.343	44,1%
15	S.C. Tenerife	5.125	2,0%	2.513	49,0%	2.612	51,0%
16	Granada	5.033	2,0%	2.696	53,6%	2.337	46,4%
17	Pontevedra	4.416	1,7%	2.187	49,5%	2.229	50,5%
18	Navarra	4.075	1,6%	1.853	45,5%	2.222	54,5%
19	Gipuzkoa	4.065	1,6%	1.869	46,0%	2.196	54,0%
20	Córdoba	3.820	1,5%	2.078	54,4%	1.742	45,6%
21	Cantabria	3.551	1,4%	1.770	49,8%	1.781	50,2%
22	Valladolid	3.528	1,4%	1.643	46,6%	1.885	53,4%
23	Badajoz	3.429	1,4%	1.775	51,8%	1.654	48,2%
24	Tarragona	3.390	1,3%	1.626	48,0%	1.764	52,0%
25	Girona	2.637	1,0%	1.273	48,3%	1.364	51,7%
26	Salamanca	2.599	1,0%	1.413	54,4%	1.186	45,6%
27	Castellón	2.577	1,0%	1.252	48,6%	1.325	51,4%

	Provincia	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
28	Almería	2.531	1,0%	1.297	51,2%	1.234	48,8%
29	Toledo	2.495	1,0%	1.287	51,6%	1.208	48,4%
30	León	2.459	1,0%	1.243	50,5%	1.216	49,5%
31	Ciudad Real	2.406	0,9%	1.332	55,4%	1.074	44,6%
32	Jaén	2.214	0,9%	1.275	57,6%	939	42,4%
33	Cáceres	2.067	0,8%	1.130	54,7%	937	45,3%
34	Huelva	2.030	0,8%	1.111	54,7%	919	45,3%
35	Burgos	1.946	0,8%	976	50,2%	970	49,8%
36	Albacete	1.934	0,8%	990	51,2%	944	48,8%
37	Araba	1.923	0,8%	874	45,4%	1.049	54,6%
38	Lleida	1.815	0,7%	896	49,4%	919	50,6%
39	Rioja, La	1.648	0,6%	805	48,8%	843	51,2%
40	Lugo	1.575	0,6%	750	47,6%	825	52,4%
41	Ourense	1.561	0,6%	800	51,2%	761	48,8%
42	Guadalajara	1.076	0,4%	498	46,3%	578	53,7%
43	Huesca	1.022	0,4%	529	51,8%	493	48,2%
44	Palencia	930	0,4%	457	49,1%	473	50,9%
45	Zamora	918	0,4%	464	50,5%	454	49,5%
46	Segovia	827	0,3%	421	50,9%	406	49,1%
47	Ávila	820	0,3%	431	52,6%	389	47,4%
48	Cuenca	774	0,3%	413	53,4%	361	46,6%
49	Teruel	671	0,3%	368	54,8%	303	45,2%
50	Soria	600	0,2%	301	50,2%	299	49,8%
51	Ceuta	328	0,1%	208	63,4%	120	36,6%
52	Melilla	289	0,1%	189	65,4%	100	34,6%
		253.796		125.817	49,6%	127.979	50,4%

FEMINIZACIÓN POR PROVINCIAS

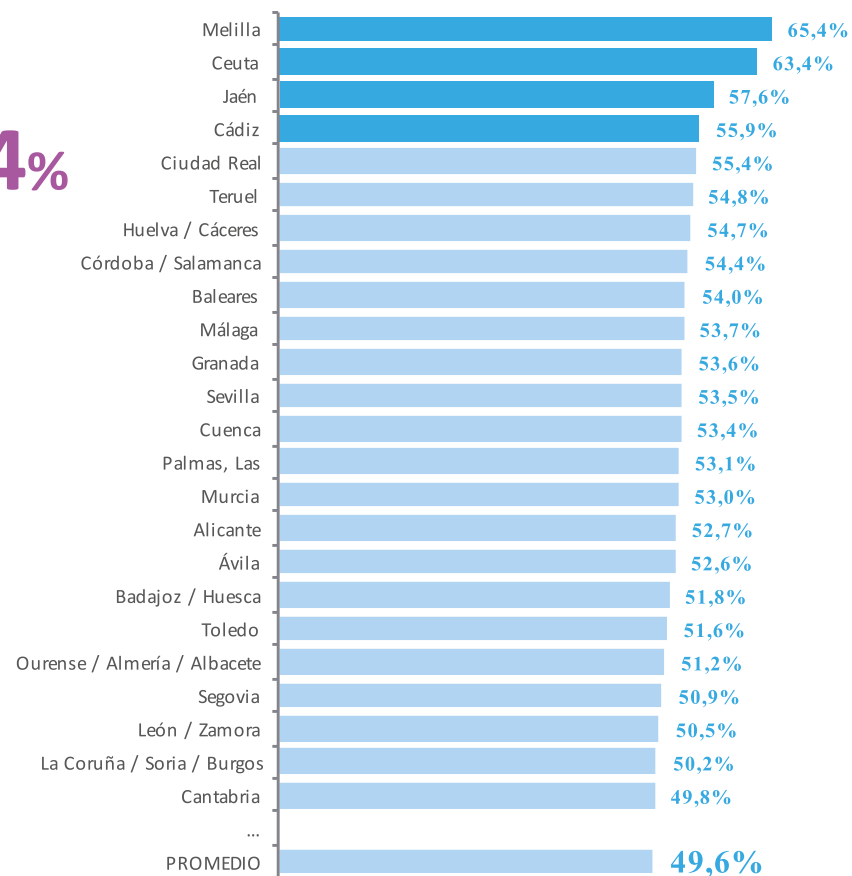
Fuente: INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados.

FEMINIZACIÓN



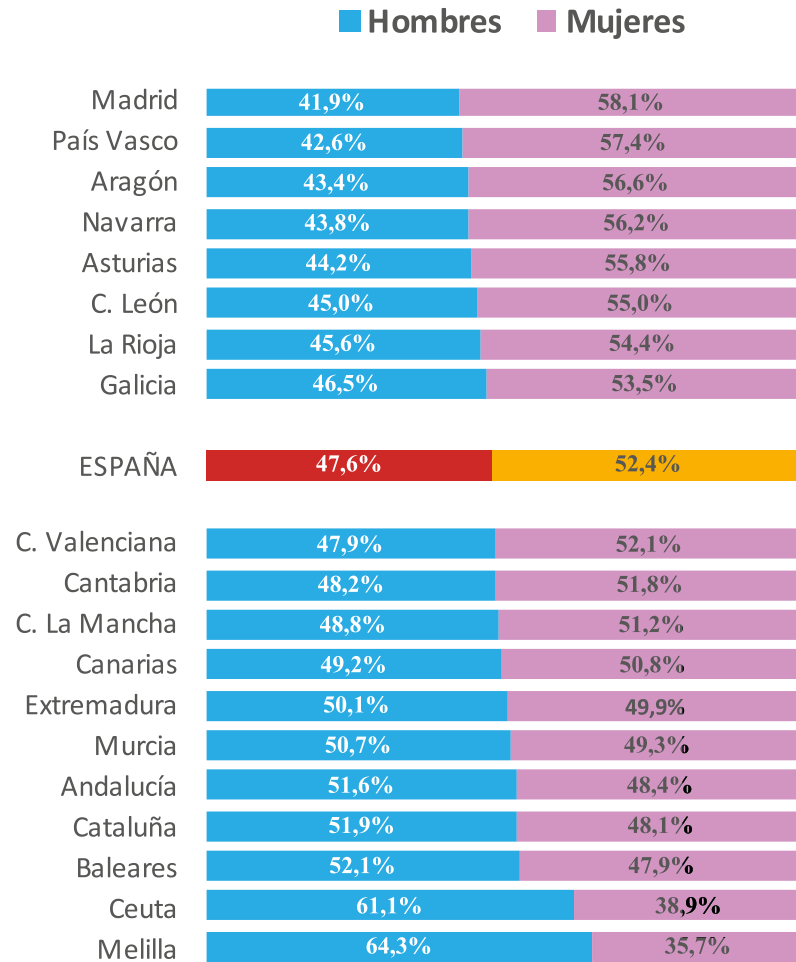
Según datos del INE, a 31 de diciembre de 2017, el (49,6%) de los profesionales de la medicina son hombres frente al (50,4%) de mujeres. En el gráfico se puede ver, a la izquierda, las provincias más feminizadas (por encima del promedio) y a la derecha las provincias con mayor porcentaje masculino entre sus facultativos/as.

MASCULINIZACIÓN



FEMINIZACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Fuente: Datos suministrados por el CGCOM correspondientes al año 2017.

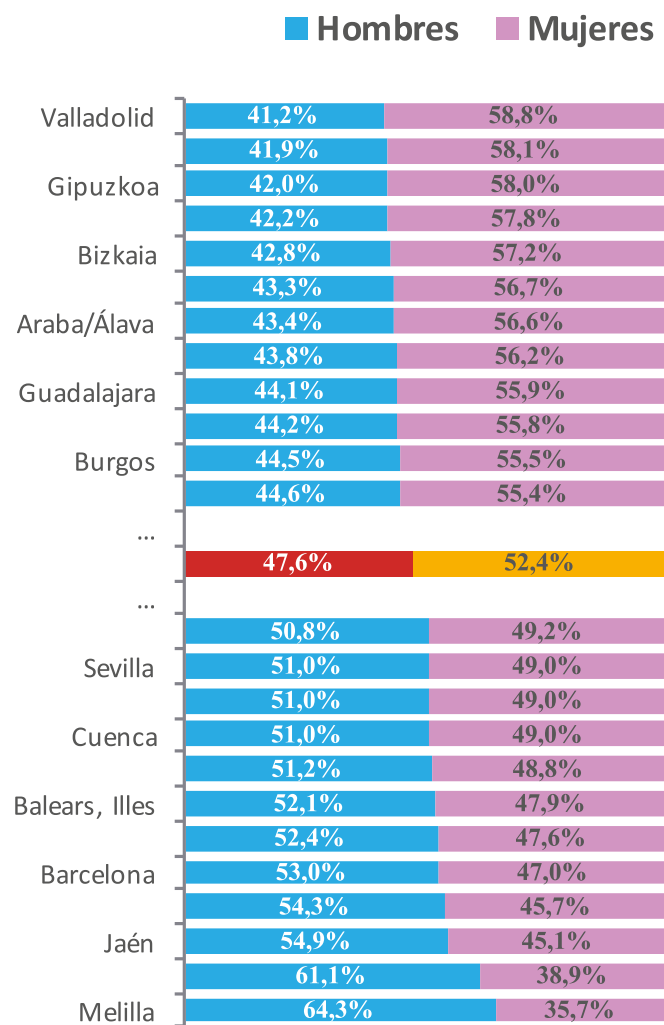


MÉDICOS EN ACTIVO. FEMINIZACIÓN POR CC.AA. (2017)

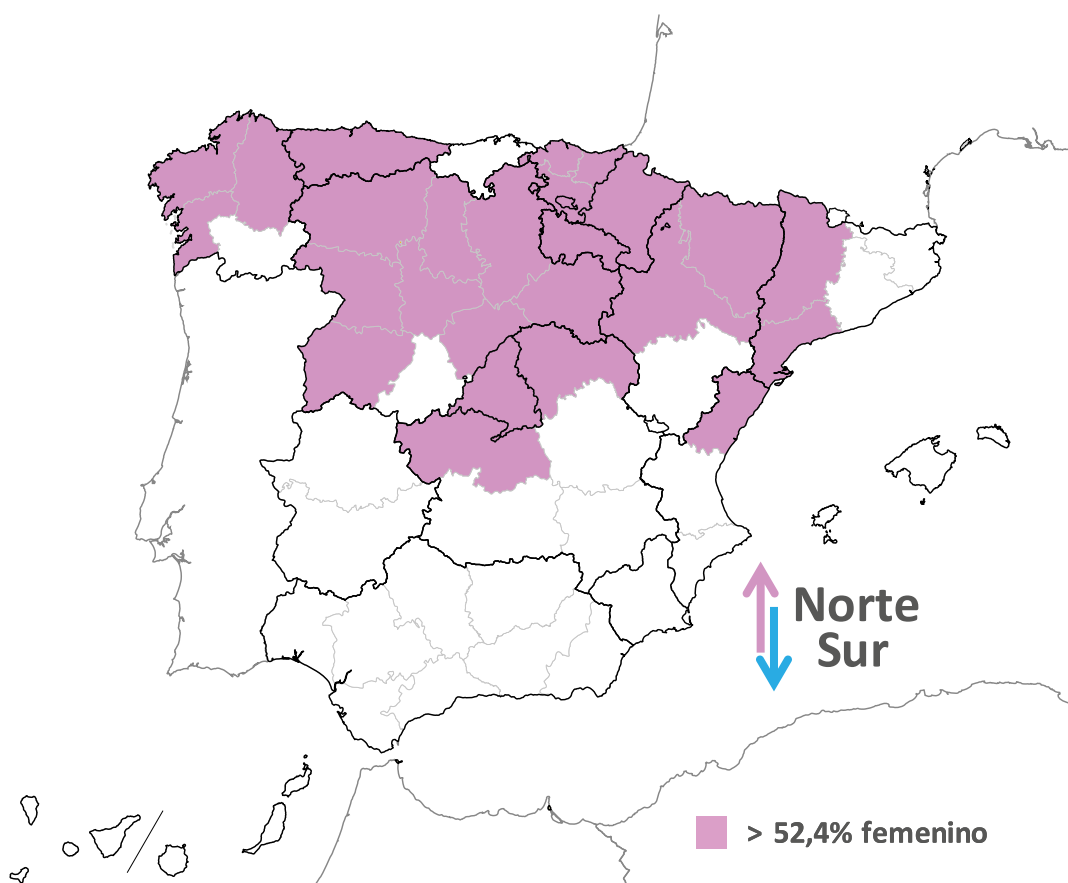


FEMINIZACIÓN POR PROVINCIAS

Fuente: Datos suministrados por el CGCOM correspondientes al año 2017.



MÉDICOS EN ACTIVO. FEMINIZACIÓN PROVINCIAL (2017)

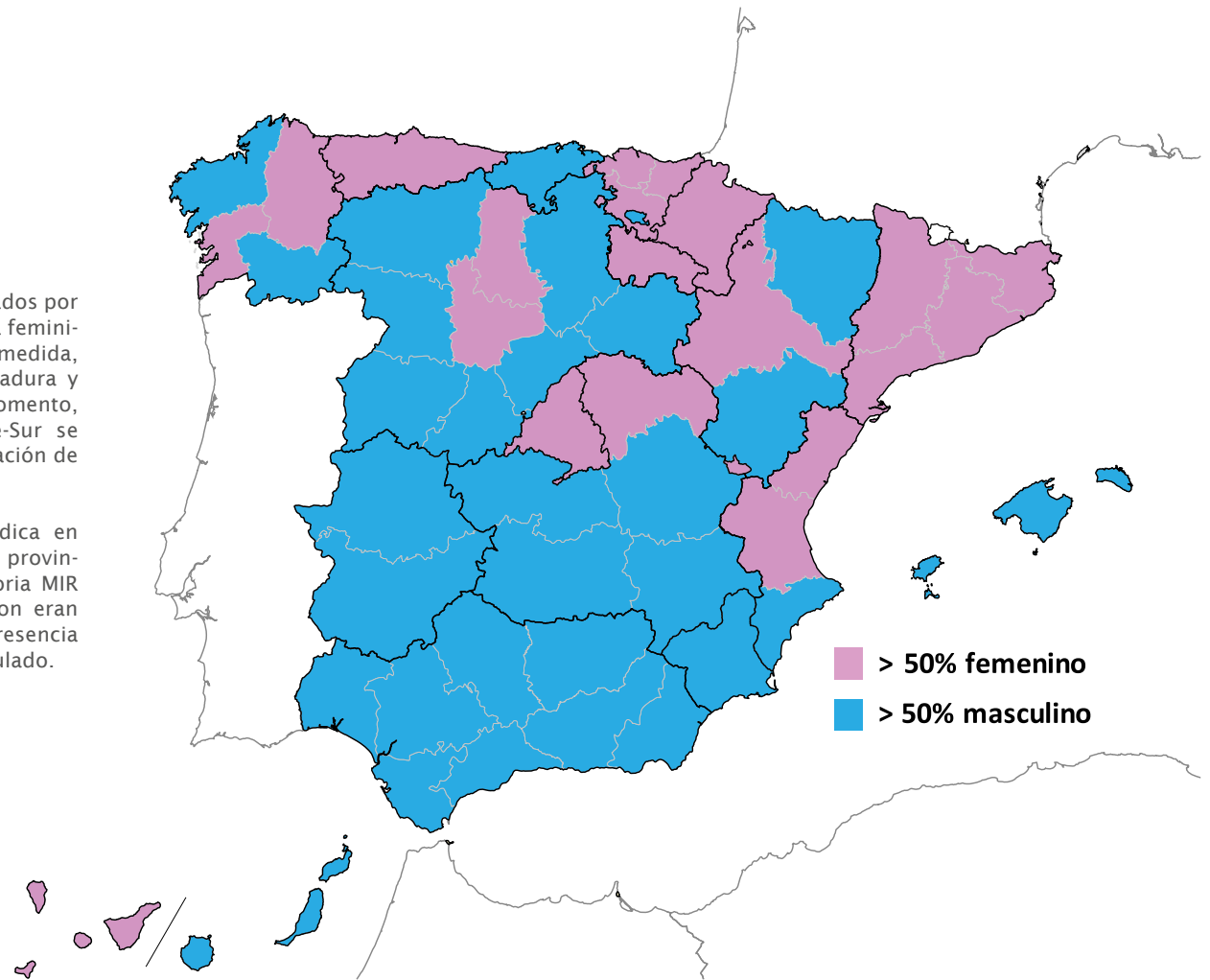


MAPA PROVINCIAL SEGÚN SEXO

Fuente: INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados.

Si llevamos a un mapa de España los datos proporcionados por el INE a fecha 31 de diciembre de 2017, vemos como la feminización en la profesión médica se hace notar, en mayor medida, en el Noreste de la península. En Andalucía, Extremadura y Castilla La Mancha, la medicina es una profesión, de momento, eminentemente masculina. Las desigualdades Norte-Sur se dejan ver también en una cuestión como es la feminización de la profesión médica.

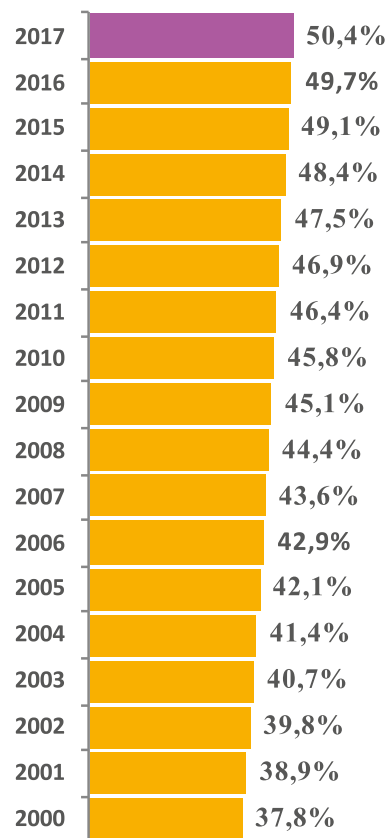
En cualquier caso, el presente de la profesión médica en España es femenino y en el transcurso de los años las provincias azules se volverán rosas. En la última convocatoria MIR 2018, el 64,1 % de los aspirantes que se presentaron eran mujeres y en las Facultades de Medicina de España la presencia femenina supera el 70 % del total de alumnado matriculado.



EVOLUCIÓN DE LA FEMINIZACIÓN

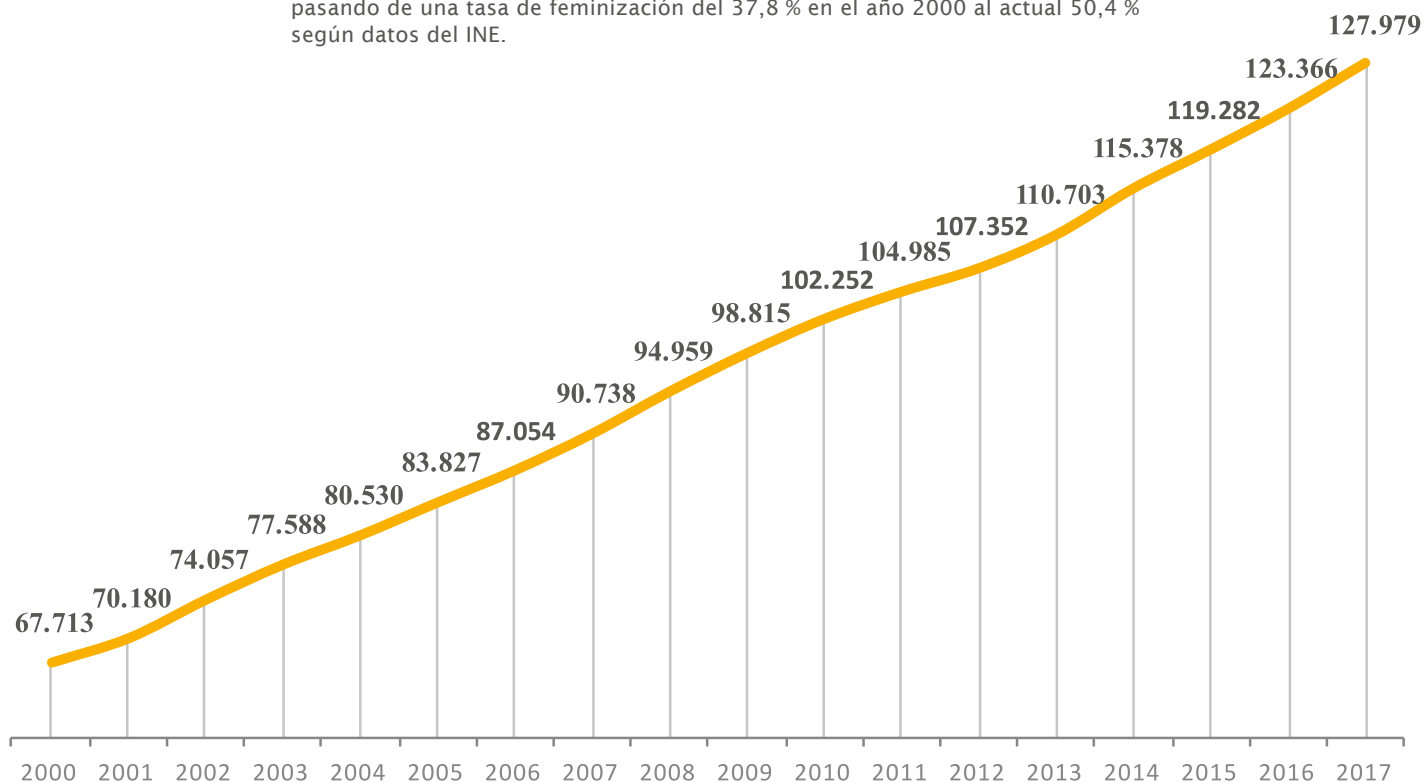
Fuente: INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados.

TASA DE FEMINIZACIÓN



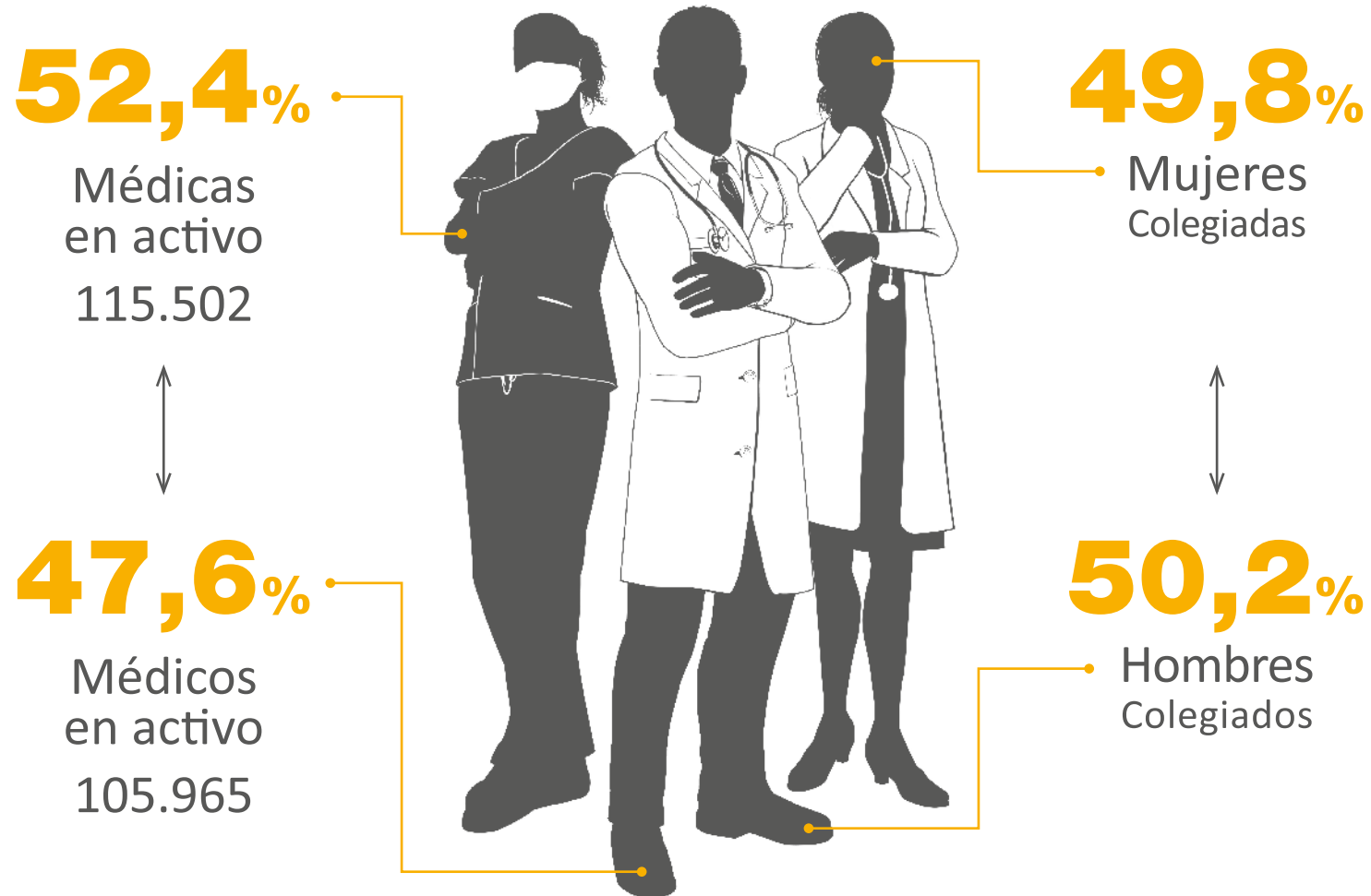
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES EN LA PROFESIÓN MÉDICA

En lo que llevamos de siglo XXI, el número de mujeres en medicina se ha duplicado, pasando de 67.713 médicas en el año 2000 a 127.979 en el años 2017, pasando de una tasa de feminización del 37,8 % en el año 2000 al actual 50,4 % según datos del INE.



MÉDICOS POR SEXO

Fuente: Datos suministrados por el CGCOM correspondientes al año 2017.

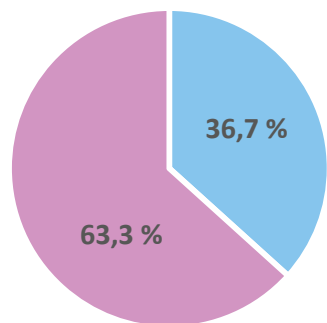


FEMINIZACIÓN SEGÚN TRAMOS DE EDAD

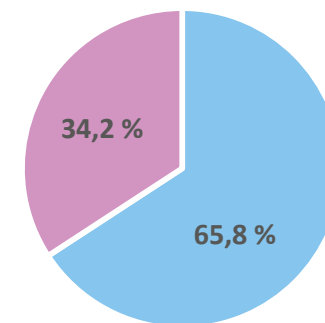
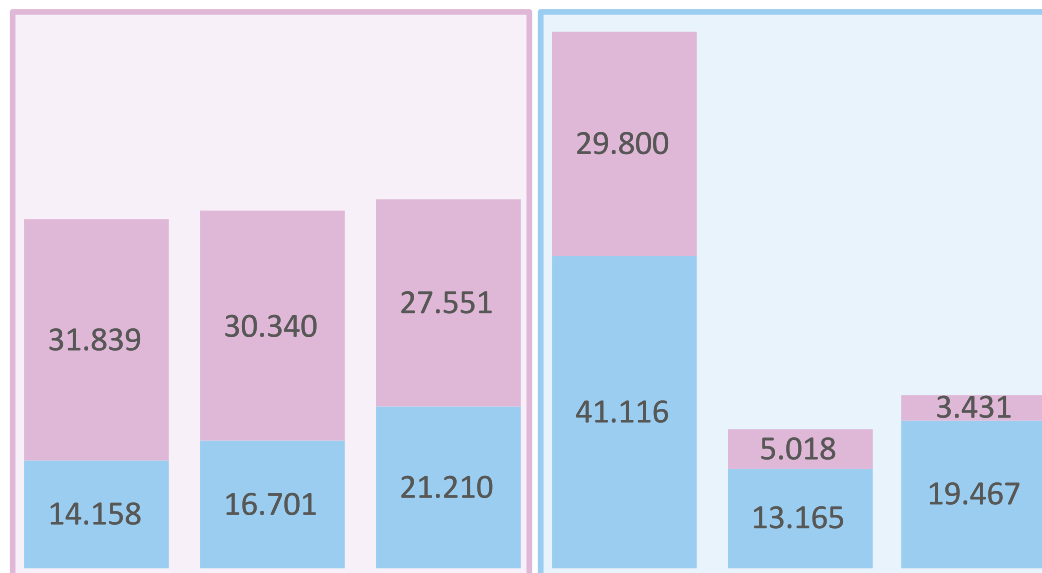
Fuente: INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados.



El porcentaje de mujeres es mayor en todos los tramos de edad por debajo de 54 años. Si nos fijamos en la franja de edad más joven (menor de 44 años) el porcentaje de mujeres dobla al de hombres. Estos datos del 2017 que nos ofrece el INE nos indican que el presente de la profesión médica es eminentemente femenino.



< 55 años

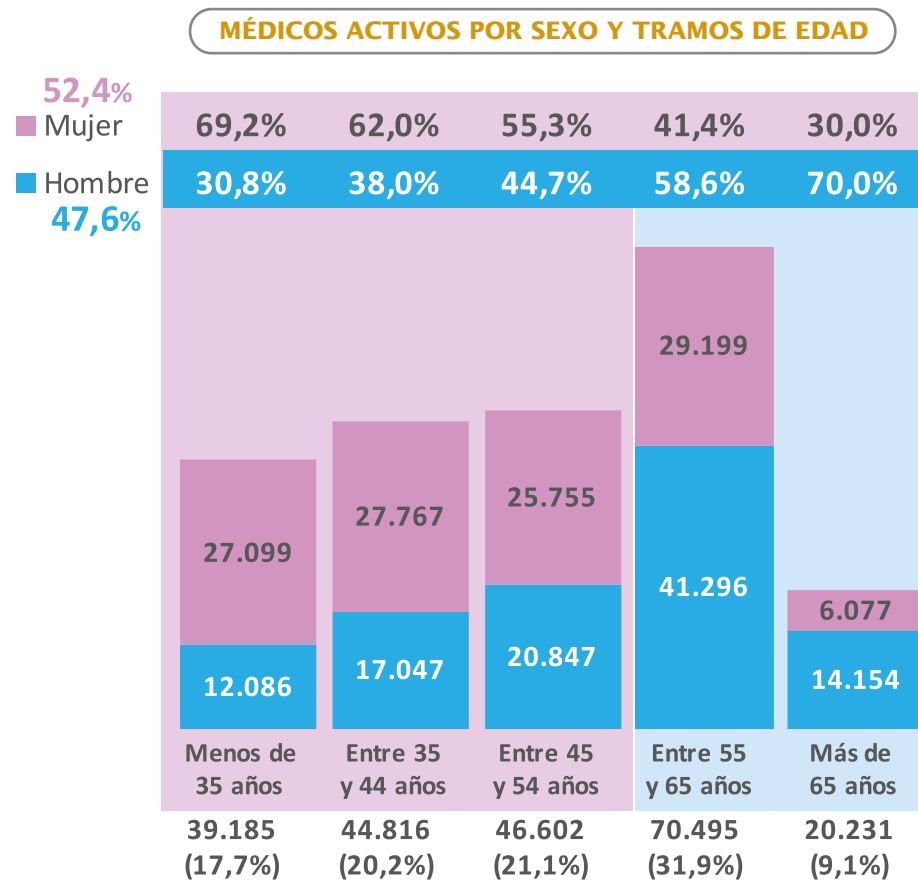


> 55 años

< 35 años	De 35 a 44	De 45 a 54	De 55 a 64	De 65 a 69	> 69 años
11,3%	13,3%	16,9%	32,7%	10,5%	15,5%
24,9%	23,7%	21,5%	23,3%	3,9%	2,7%

FEMINIZACIÓN SEGÚN TRAMOS DE EDAD

Fuentes: Datos proporcionados por el CGCOM correspondientes al año 2017.



En la tabla de la izquierda se puede apreciar la distribución de los médicos colegiados activos por tramo de edad y sexo (de los registros que disponían de estas dos variables en la base de datos proporcionada por el CGCOM).

El mayor porcentaje de mujeres colegiadas en activo (52,4 %) se mantiene para todos los tramos de edad hasta los 54 años. A partir de los 55 años predomina el porcentaje masculino. Datos que nos indican claramente que el presente y el futuro de la medicina en España es femenino. Es un hecho incuestionable. Además, este porcentaje de feminización también se registra en las universidades de medicina donde también predominan las mujeres sobre los hombres.

En 1985, en España, las mujeres eran un 25 % del conjunto de los médicos. En la actualidad, como vemos en la tabla de colegiados en activo, la presencia femenina en el colectivo médico alcanza el (52,4 %). Se ha duplicado en 30 años.

Con el aluvión de jubilaciones masculinas que se prevén en los próximos años, el porcentaje de feminización en la profesión se aproximará al 70 %, ya que éste es el porcentaje de presencia femenina en las Facultades de Medicina.

FEMINIZACIÓN POR EDADES

Fuente: Datos proporcionados por el CGCOM correspondientes al año 2017.

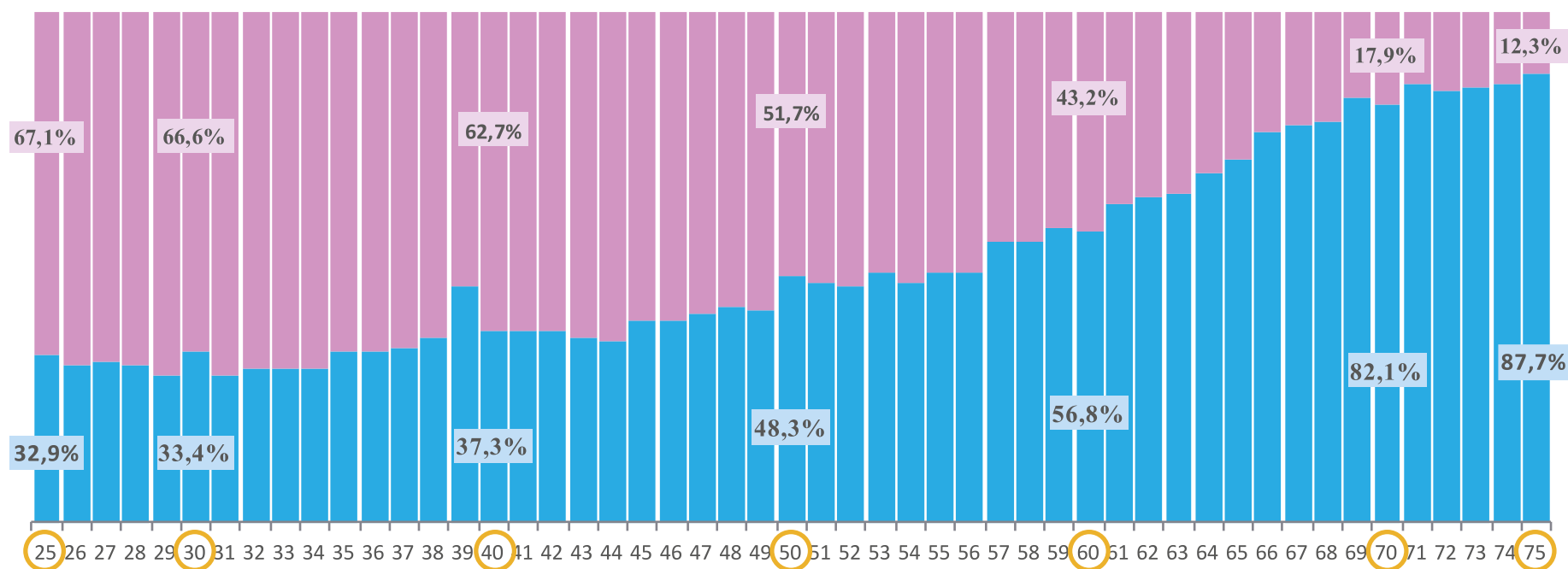
MÉDICOS COLEGIADOS ACTIVOS POR SEXO / EDAD (25-75 años)

47,6%

■ HOMBRE

52,4%

■ MUJER



Según los datos que nos ofrece el CGCOM, el 47,6 de los médicos activos entre 25 y 75 años son hombres y el 52,4% mujeres. Se observa que esta tendencia se invertirá en los próximos años. Según el centro de estudios CESM Granada, en la actualidad hay 16.842 residentes del sexo femenino frente a los 8.781 del sexo masculino.

Dicho de otro modo, el 65,7% de los 25.523 residentes que hay en la actualidad son mujeres frente al 34,3% de hombres. Si miramos más hacia el futuro y nos fijamos en las estadísticas de las Universidades de Medicina, el 70% de los estudiantes son mujeres. La feminización de la sanidad española es un hecho consolidado.

Para conocer más datos de esta evolución hay que analizar el acceso de las mujeres a la Universidad como estudiantes y como docentes.

Mujeres estudiantes

Isabel II firmó en 1857 una minuciosa Ley de Instrucción Pública constituida por 307 artículos y siete disposiciones transitorias. Habrá que esperar al 4 de agosto de 1970, casi 113 años después, para que la Ley General de Educación la declare totalmente derogada.

Gracias a esta nueva ley, se garantizaba una educación básica común para niños y niñas desde los 6 a los 14 años de edad, en una enseñanza que pasaba a ser mixta.³ El contexto socioeconómico español era además, favorable a la educación desde la expansión de la década de 1960, cuando se transformó el modelo productivo de una sociedad agraria hacia una sociedad con mayor peso de los sectores secundario y terciario. Este cambio originó una fuerte demanda de educación, sobre todo

³ Pero aunque se retiraron los programas académicos de “Enseñanza para el Hogar”, a la mujer se le seguían otorgando las tareas del hogar, así que a la educación se le suma las responsabilidades debidas en sus hogares, pues seguían siendo educadas para ser amas de casa y ejercer como “buenas mujeres” haciéndose cargo de todas las labores del hogar. Cuando las mujeres trabajaban fuera de casa este era considerado como trabajo “extradoméstico” y la mayoría no lo hacían o abandonaban sus empleos al casarse para ocuparse en tiempo completo a su familia.

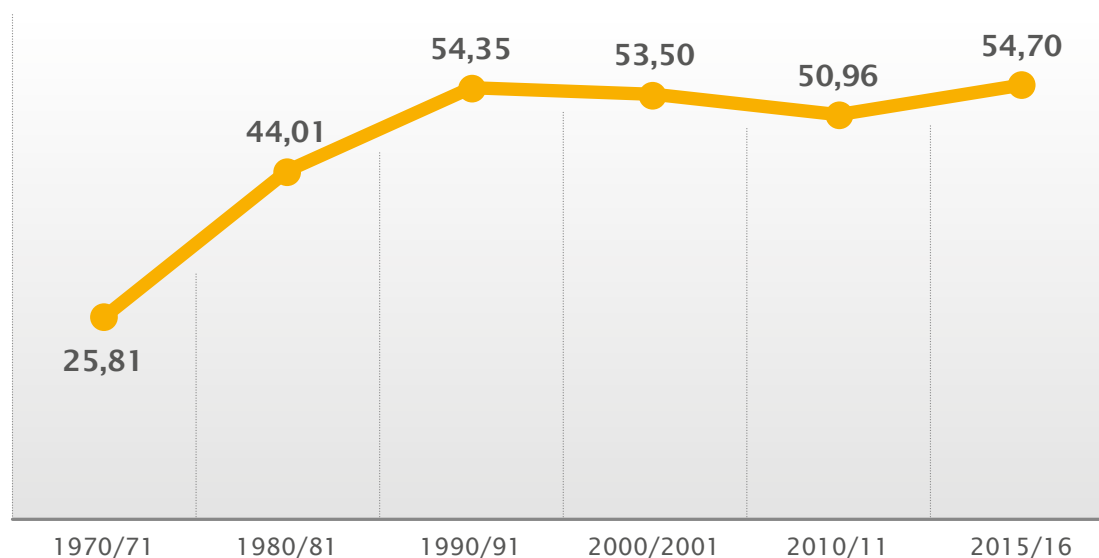
de educación media y superior, con las crecientes esperanzas de todas las clases sociales de que educarse era el medio de ascender económica, cultural y socialmente.

En consecuencia, la tasa de alumnado universitario se incrementó⁴ y si en 1970 había 105 alumnos

y alumnas universitarios por cada 10.000 habitantes, en 1980 ya eran 174. Y si en 1970 las alumnas representaban el 25,81 % del conjunto del alumnado, en el curso 1980/81 ya eran el 44,01 %. Esta incorporación de las mujeres a la universidad creció hasta los años 90 del siglo pasado y se mantiene desde entonces en torno al 54 % del alumnado.

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres matriculadas en la universidad española. Serie cursos 1970/71 a 2015/16.

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



⁴ Estadística universitaria española (1970/71-1981-82). Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, 1983.

El fenómeno no ha sido homogéneo en todas las enseñanzas universitarias. Hay carreras y estudios universitarios donde ya en el curso 1980/81 las mujeres eran más del 50 % —Enfermería, donde más porcentaje de mujeres había (76,61 %), seguido de Profesorado de EGB (69,43 %)— y, sin embargo, había ingenierías en las que las mujeres no llegaban al 5 %.

Con el tiempo, han aumentado las matrículas de mujeres en los estudios más masculinizados, pero Ingeniería y Arquitectura siguen teniendo las tasas más bajas de feminización (25,12 % en el curso 2016/17), mientras que Ciencias de la Salud, alcanza las segundas más altas (69,64 % en el curso 2016/17) detrás de las Ciencias Sociales y Jurídicas.

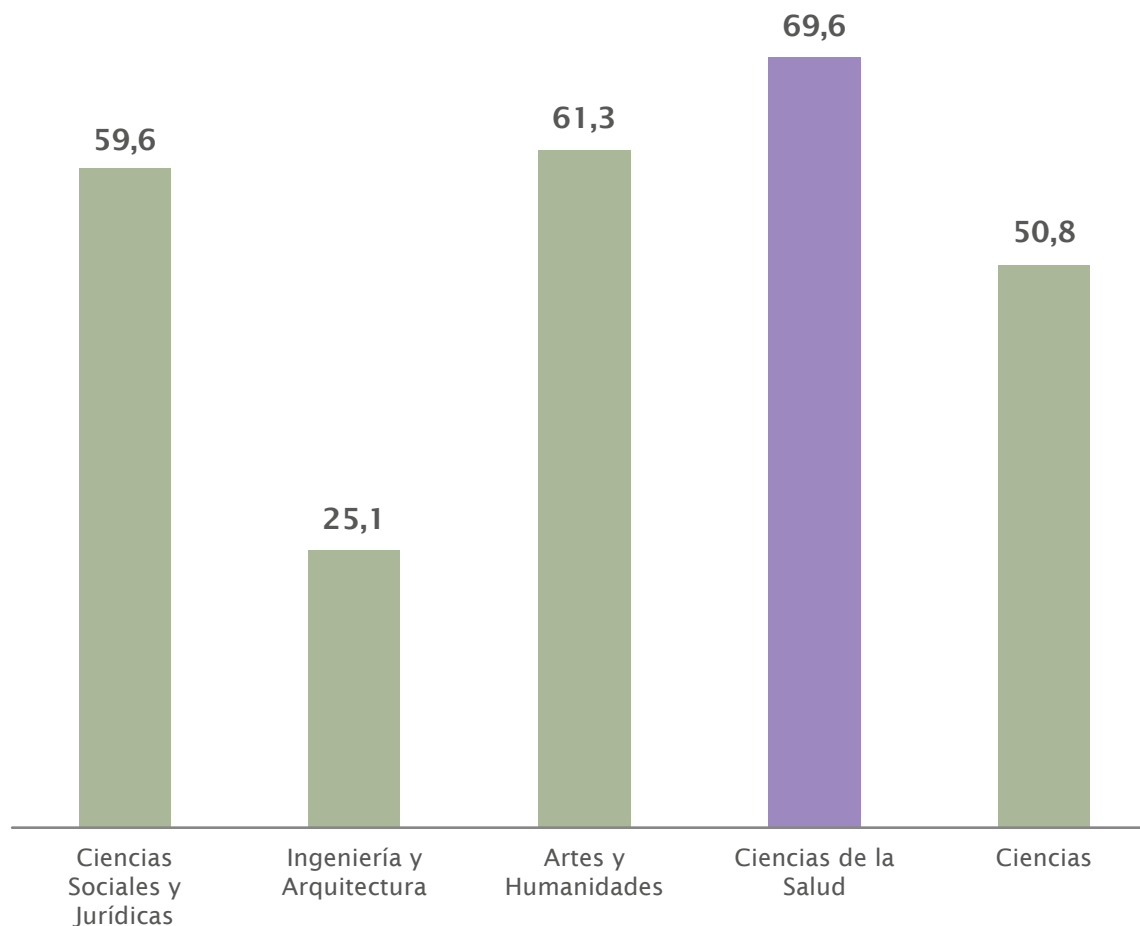
En el último curso del que se disponen datos, 2016/2017, más de la mitad de las matrículas universitarias en España eran de mujeres (54,1 %), pero las Ciencias de la Salud acogieron a un 71,6 %, el porcentaje más alto de todas las especialidades.

También eran mujeres (58 %) la mayoría del alumnado que finalizó sus estudios en el curso anterior 2015/16.

No obstante se mantiene la brecha de género en algunos estudios: siguen estando masculinizados los de Ingeniería y Arquitectura y los más feminizados son, precisamente, los de Ciencias de la Salud.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres en el alumnado matriculado en estudios universitarios. Curso 2016/2017.

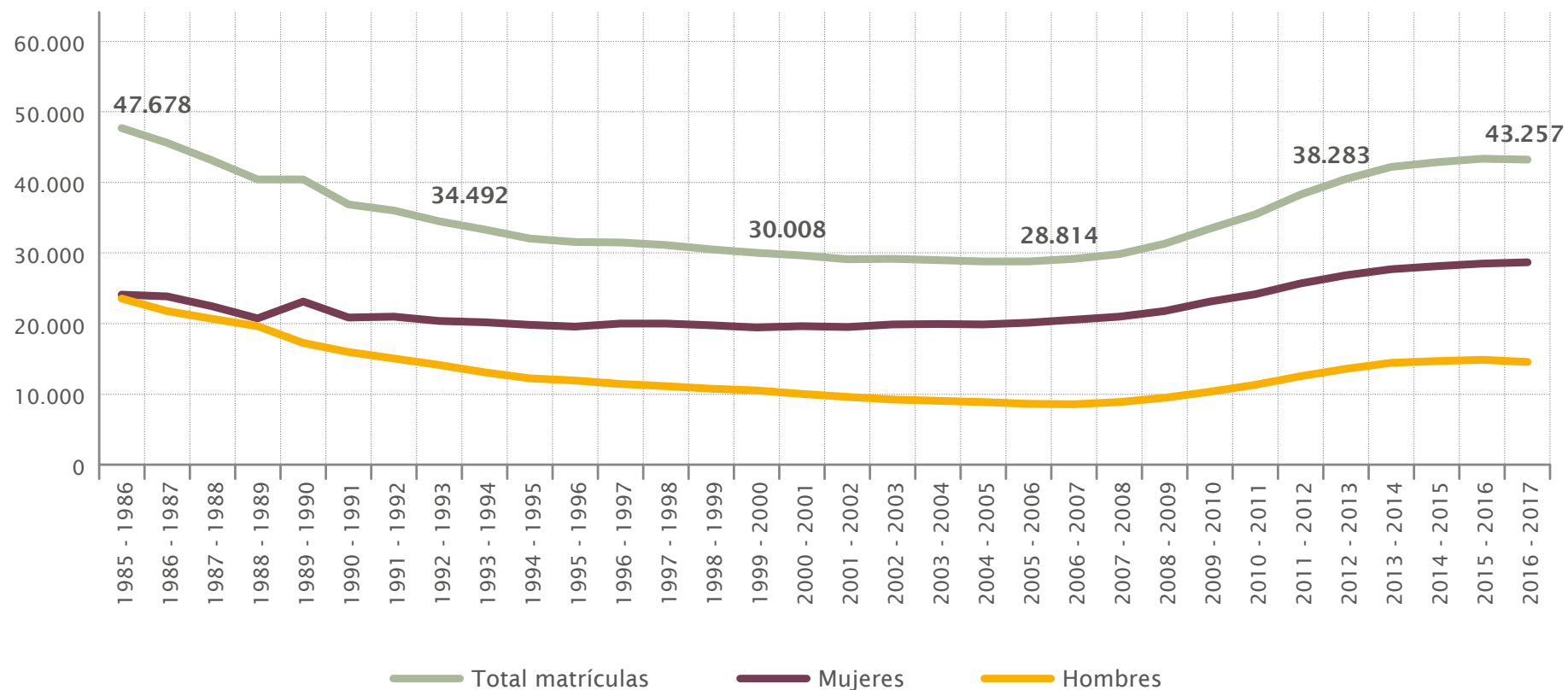
Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



En concreto en las facultades de Medicina el alumnado pasó de 35.812 personas en el curso 1970/71, a 46.678 en el de 1985/1986 y a 43.257 en el curso 2016/2017 cuando ya hay 42 facultades de Medicina. Las alumnas de Medicina durante esos años pasaron del 21,29 % en 1970/71, al 50,86 % en 1985/1986 y al 66,3 % en 2016/2017.

Gráfico 4. Alumnado matriculado en Medicina. Por sexo. Curso 1985/1986 a 2016/2017.

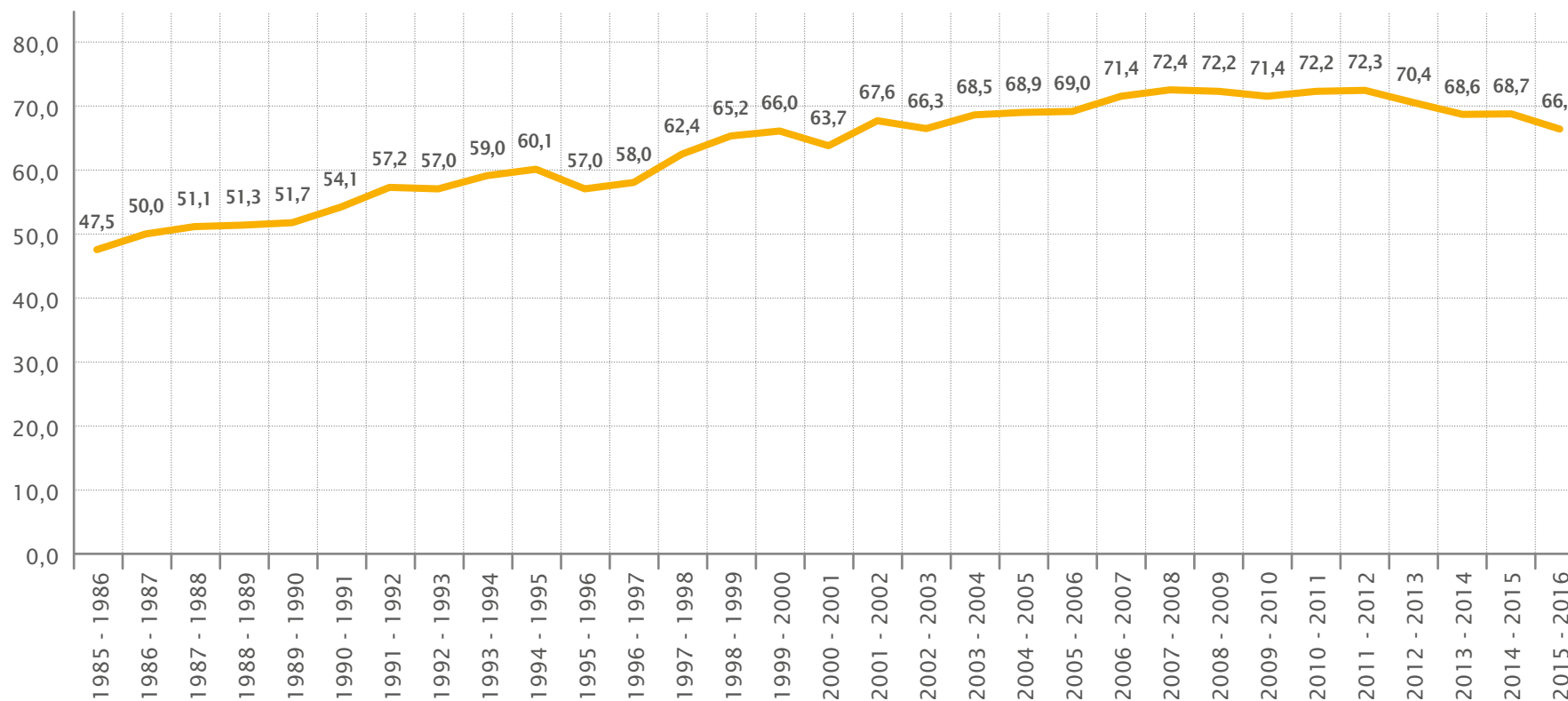
Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



El porcentaje de mujeres egresadas de la facultad de Medicina en el último curso del que se dispone de datos, 2015/2016, ha sido del 66,3 %, en una tendencia ligeramente descendente en los últimos diez años.

Gráfico 5. Porcentaje de mujeres egresadas de las facultades de Medicina. Por sexo. Curso 1985/1986 a 2016/2017.

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



Siguiendo la misma pauta, en 2018 de los 14.448 aspirantes al MIR para 6.513 plazas de médicos, el 62 % fueron mujeres y el 38 % hombres.

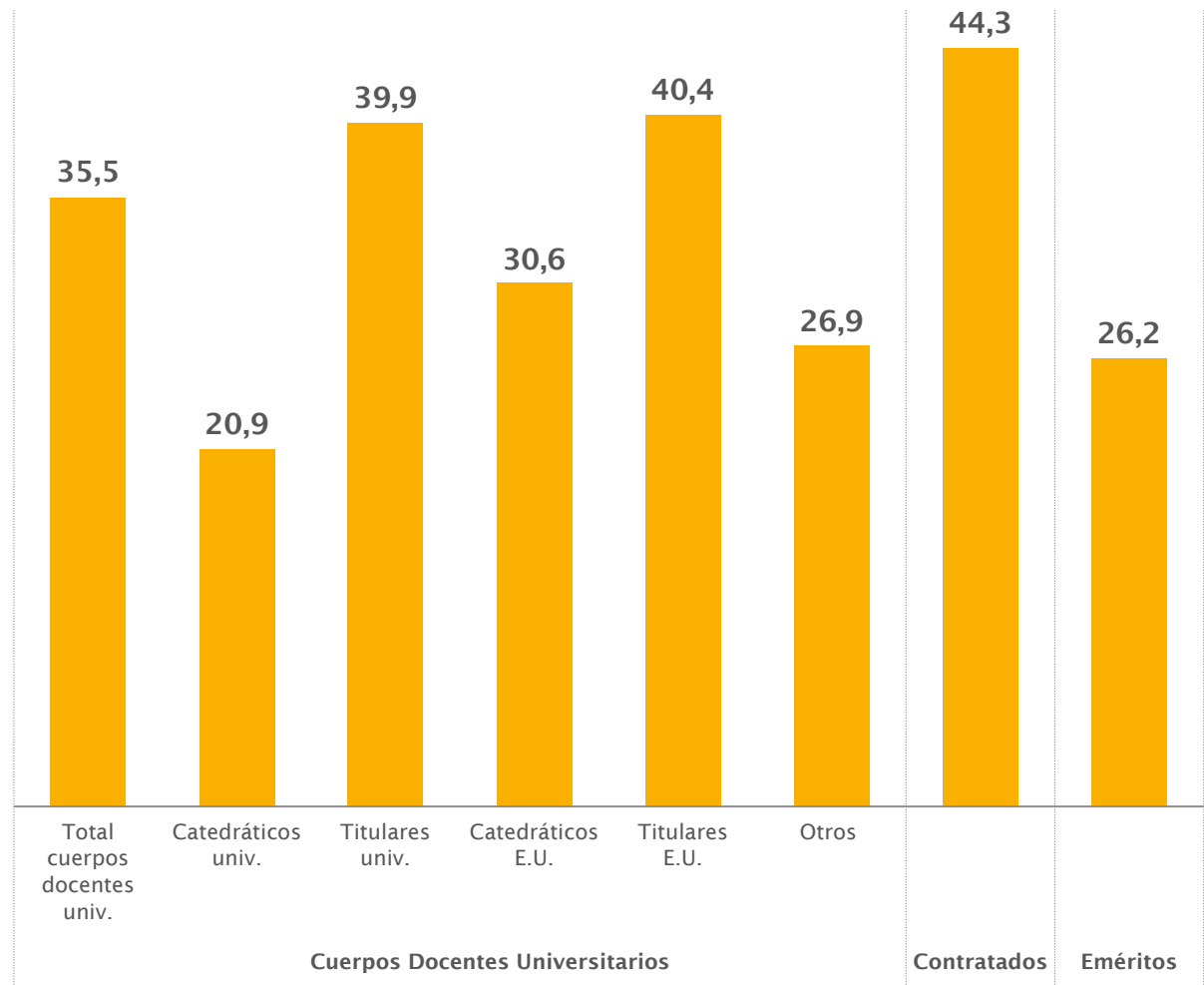
Por esa razón, **seis de cada diez nuevos profesionales de la Medicina son mujeres.**

Mujeres docentes

A las mujeres de la universidad española les cuesta mucho llegar a ocupar cargos relevantes en esa institución de tal modo, que los porcentajes anteriores que revelan un porcentaje mayor de mujeres que de hombres en la mayoría de estudios, no se reflejan en el profesorado. En 2017, en las 84 universidades públicas había 11 rectoras (13,10 %) y, en el conjunto de cuerpos docentes universitarios, contratados y eméritos, las mujeres son más en los cargos de menor categoría.

Gráfico 6. Porcentaje de mujeres en el profesorado de centros propios y adscritos de las universidades, por categoría. Curso 2015/16.

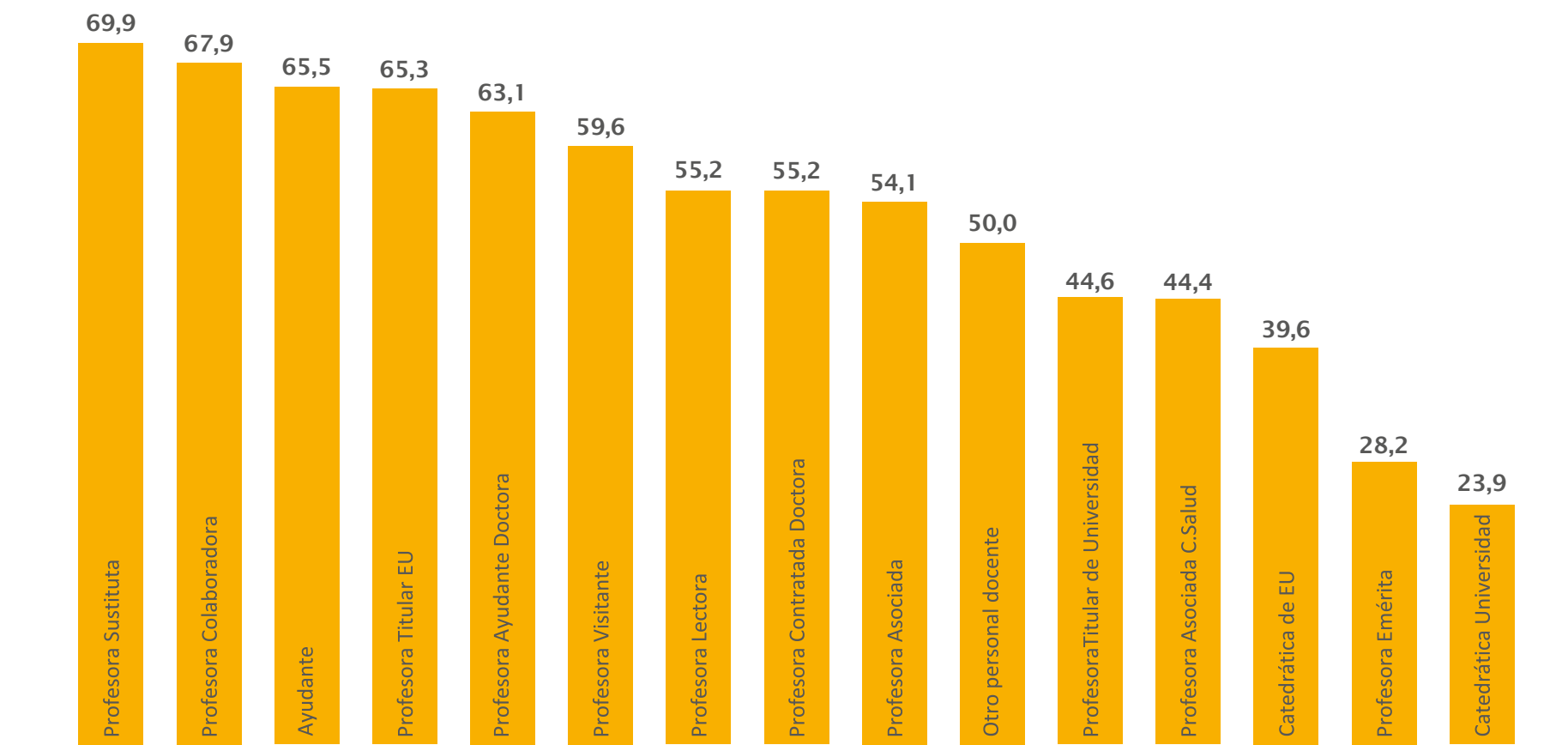
Elaboración propia a partir de Estadística de personal de las universidades. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



Este mismo aspecto visto específicamente en las Ciencias de la Salud, refleja que aunque las mujeres representan en 47 % del conjunto del personal de las facultades y escuelas universitarias, su proporción es muy reducida en los cargos de mayor nivel, ocupando sólo el 23,9 % del conjunto de cátedras en las universidades.

Gráfico 7. Porcentaje de mujeres entre el personal docente e investigador en las universidades públicas españolas en la rama de enseñanza Ciencias de la salud. Curso 2016-2017.

Elaboración propia a partir de Estadística de personal de las universidades. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



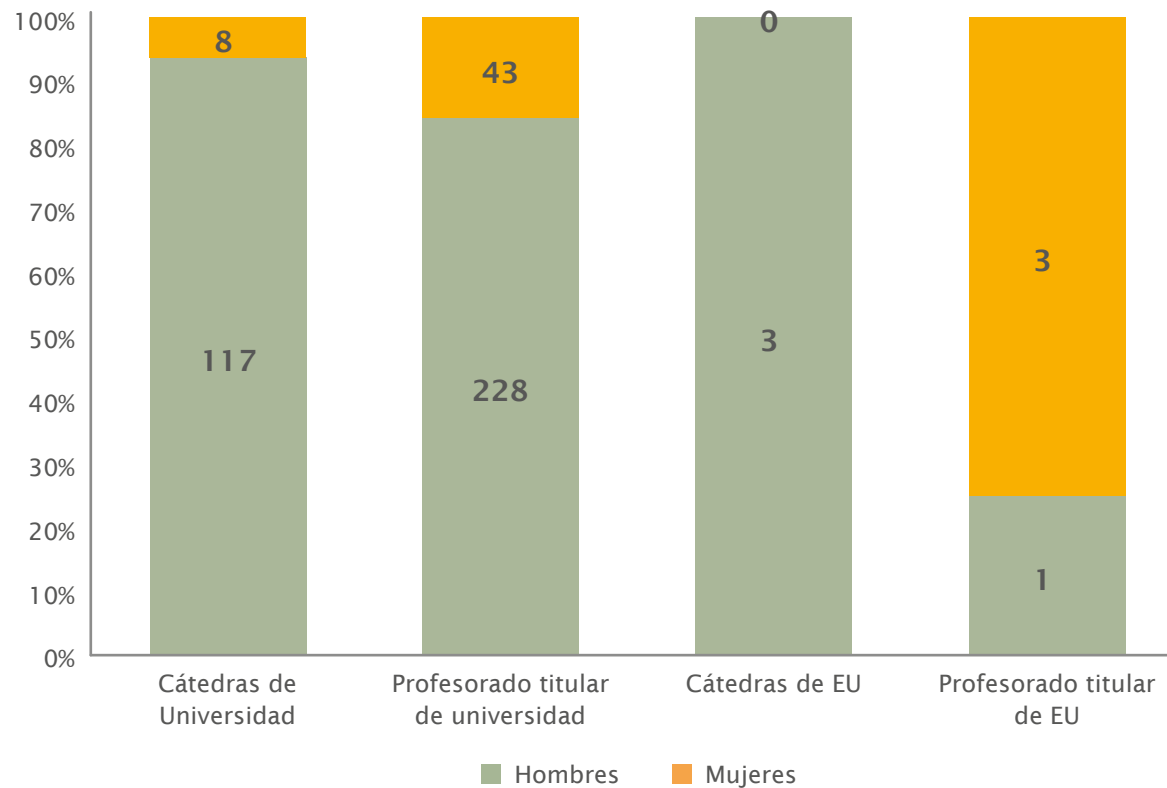
Y descendiendo al **área de conocimiento de Medicina**, la situación en términos generales es la que refleja el gráfico siguiente: las mujeres están infrarrepresentadas ya que el índice de fe-

minización (que debería acercarse al valor 1) es en el mejor de los casos, sumando el profesorado titular de universidad y de estudios universitarios, un 0,2.

Es interesante, en ese sentido, la información de los indicadores de género sobre datos del **personal docente e investigador (PDI) en las universidades públicas por áreas de conocimiento relacionadas con la profesión médica**.

Gráfico 8. Personal docente e investigador en centros propios de las universidades públicas españolas en el área de conocimiento de Medicina. Por sexo. Curso 2016-2017.

Elaboración propia a partir de la Estadística de personal de las universidades. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



Analizando sólo aquellas áreas de conocimiento que agrupan a más de 500 PDI —que suman en conjunto un 63 % sobre el total (sombreadas en amarillo en la tabla siguiente)— en Medicina se concentran el 25,6 % de los PDI hombres y sólo el 19 % de las mujeres; hay un 33,4 % menos de mujeres y el índice de feminización es 0,5, es decir, las mujeres están infrarrepresentadas porque son cinco por cada diez hombres.

En Cirugía, las mujeres aún son menos que en Medicina (índice de feminización de 0,2, dos mujeres por cada diez hombres); y es evidente que se concentran muchos más hombres que mujeres.

De las principales áreas, sólo en Estomatología se puede hablar de paridad y en Fisioterapia, Microbiología y Farmacología de feminización, aunque débil, porque hay 1,1 mujeres por cada hombre.

En términos generales, en todas estas áreas de conocimiento hay un índice de feminización del 0,7 pero en Urología y en Traumatología y Ortopedia sólo es de 0,1 (una mujer por cada 10 hombres). El área más feminizada es Farmacia y Tecnología Farmacéutica donde hay 1,7 mujeres por cada hombre.

Tabla 1. Indicadores de género sobre el número total de PDI en centros propios de universidades públicas por área de conocimiento.

Elaboración propia a partir de datos de la Estadística de personal de las universidades: personal docente e investigador. Curso 2016-2017. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

	Total	Mujeres	Hombres	Índice masculino de concentración	Índice femenino de concentración	Diferencia índices de concentración	Índice de feminización	Índice de distribución
Medicina	3.161	1.053	2.108	25,6	19,0	-6,6	0,5	0,3
Cirugía	1.333	257	1.076	13,1	4,6	-8,4	0,2	0,2
Estomatología	888	440	448	5,4	7,9	2,5	1,0	0,5
Fisiología	865	417	448	5,4	7,5	2,1	0,9	0,5
Microbiología	731	385	346	4,2	6,9	2,7	1,1	0,5
Pediatría	625	297	328	4,0	5,4	1,4	0,9	0,5
Farmacología	542	283	259	3,1	5,1	2,0	1,1	0,5
Anatomía y Embriología Humana	505	218	287	3,5	3,9	0,4	0,8	0,4
Medicina Preventiva y Salud Pública	499	220	279	3,4	4,0	0,6	0,8	0,4
Radiología y Medicina Física	484	202	282	3,4	3,6	0,2	0,7	0,4
Obstetricia y Ginecología	475	199	276	3,4	3,6	0,2	0,7	0,4
Genética	462	194	268	3,3	3,5	0,2	0,7	0,4
Psiquiatría	436	183	253	3,1	3,3	0,2	0,7	0,4
Nutrición y Bromatología	419	254	165	2,0	4,6	2,6	1,5	0,6
Anatomía Patológica	275	137	138	1,7	2,5	0,8	1,0	0,5
Farmacia y Tecnología Farmacéutica	271	171	100	1,2	3,1	1,9	1,7	0,6
Otorrinolaringología	252	66	186	2,3	1,2	-1,1	0,4	0,3
Oftalmología	251	98	153	1,9	1,8	-0,1	0,6	0,4
Traumatología y Ortopedia	224	29	195	2,4	0,5	-1,8	0,1	0,1
Dermatología	207	98	109	1,3	1,8	0,4	0,9	0,5
Medicina Legal y Forense	191	77	114	1,4	1,4	0,0	0,7	0,4
Histología	170	78	92	1,1	1,4	0,3	0,8	0,5
Toxicología	145	81	64	0,8	1,5	0,7	1,3	0,6
Inmunología	143	63	80	1,0	1,1	0,2	0,8	0,4
Anatomía y Anatomía Patológica Comparadas	106	32	74	0,9	0,6	-0,3	0,4	0,3
Urología	116	12	104	1,3	0,2	-1,0	0,1	0,1
TOTALES	13.776	5.544	8.232	100,0	100,0		0,7	0,4

Resumen

Como conclusión de este apartado se puede afirmar que si bien las mujeres son mayoría en los estudios universitarios y están optando a los estudios de Medicina, representando más del 60 % del alumnado que termina sus estudios, su acceso a la docencia es limitado y aún lo es más, a los puestos con mayor responsabilidad.

Dado que las mujeres llevan más de treinta años siendo un porcentaje importante en los estudios de Medicina, el tiempo pasado desde su acceso a la Universidad no explica que ocupen menos del 7 % de las cátedras o menos del 16 % del profesorado titular. Las mujeres son el 40 % del personal docente e investigador universitario en las áreas de conocimiento de Salud, pero en determinadas especialidades, no llegan al 10 %.

Si se parte de la base de que las motivaciones e intereses se distribuyen de forma similar entre mujeres y hombres, tales diferencias no deberían producirse. Podría afirmarse, por tanto, que se trata de una diferencia de posibilidades y oportunidades que marca la existencia de un techo de cristal que hay que seguir analizando en apartados posteriores.



Acceso al empleo y profesionales sin ejercicio

Las personas que terminan sus estudios no tienen siempre un acceso inmediato al mundo laboral.

De hecho, las tasas de empleo en Europa de quienes habían terminado sus estudios en los tres últimos años alcanzaron el 87 % en el mejor de los ejercicios. España en los últimos años está por debajo de las tasas europeas y la mayor diferencia se produjo en 2014 (68,6 % en España y 80,5 % en la UE).

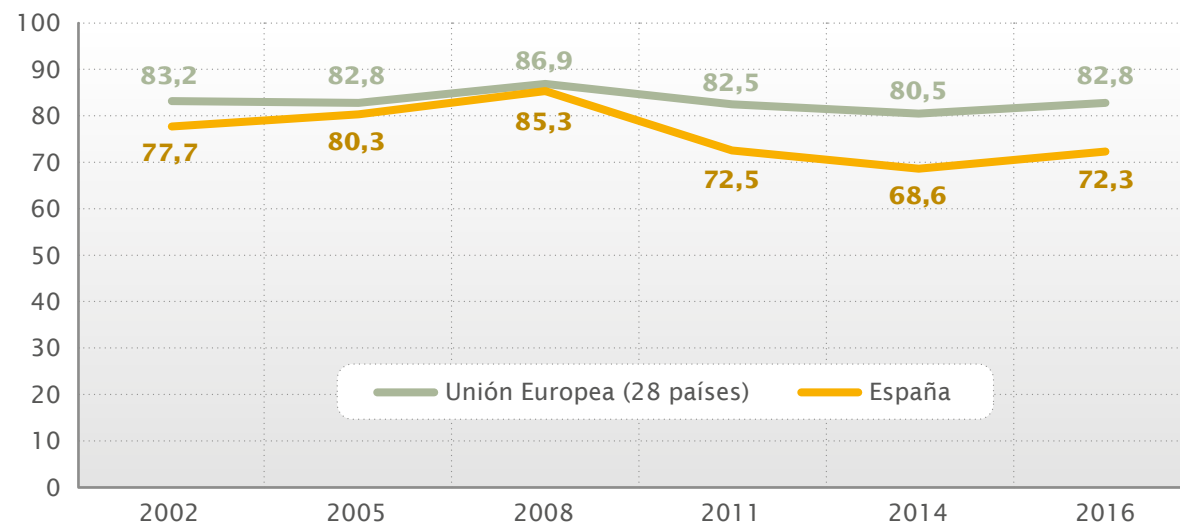
Según estos datos, en 2016 en España más de la cuarta parte de personas entre 20 y 34 años que

han terminado sus estudios no encuentran empleo en los tres años siguientes. En este caso, no hay apenas diferencia entre hombres (26,3 %) y mujeres (29 %), aunque éstas siempre muestran cifras mayores de desempleo. En el caso de Medicina, sólo un 12,8 % de los profesionales desempleados están buscando su primer trabajo en el ámbito sanitario y de ellos, sólo el 2,5 % son menores de 40 años.⁵

⁵ Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017.

Gráfico 9. Tasa de empleo de la población 20-34 años graduada en los tres últimos años en la UE y en España por sexo y año. Educación superior.

Elaboración propia a partir de datos de Eurostat y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



Las cifras anteriores confirman que Salud (Medicina, Fisioterapia, Odontología) es uno de los grandes grupos ocupacionales con mejor situación frente al empleo junto con otros como Enseñanza, Ingeniería, Electricidad, Mecánica y las áreas de conocimiento de profesionales de las tecnologías de la información.⁶

Esto se refleja también en que aunque la tasa de desempleo en la Unión Europea a diciembre de 2017 era del 7,3 % y en España del 16,5 %, según un estudio de la OMC,⁷ **el desempleo en la profesión médica era del 2,1 %**, un porcentaje muy bajo en relación con el resto de ocupaciones, e incluso hay especialidades sin tasa de desempleo: Dermatología, Oncología Médica, Angiología, Endocrinología y Nutrición, Neurocirugía, Inmunología, Farmacología Clínica, Hidrología Médica, Medicina Intensiva, Medicina Forense, y Neurofisiología Clínica.

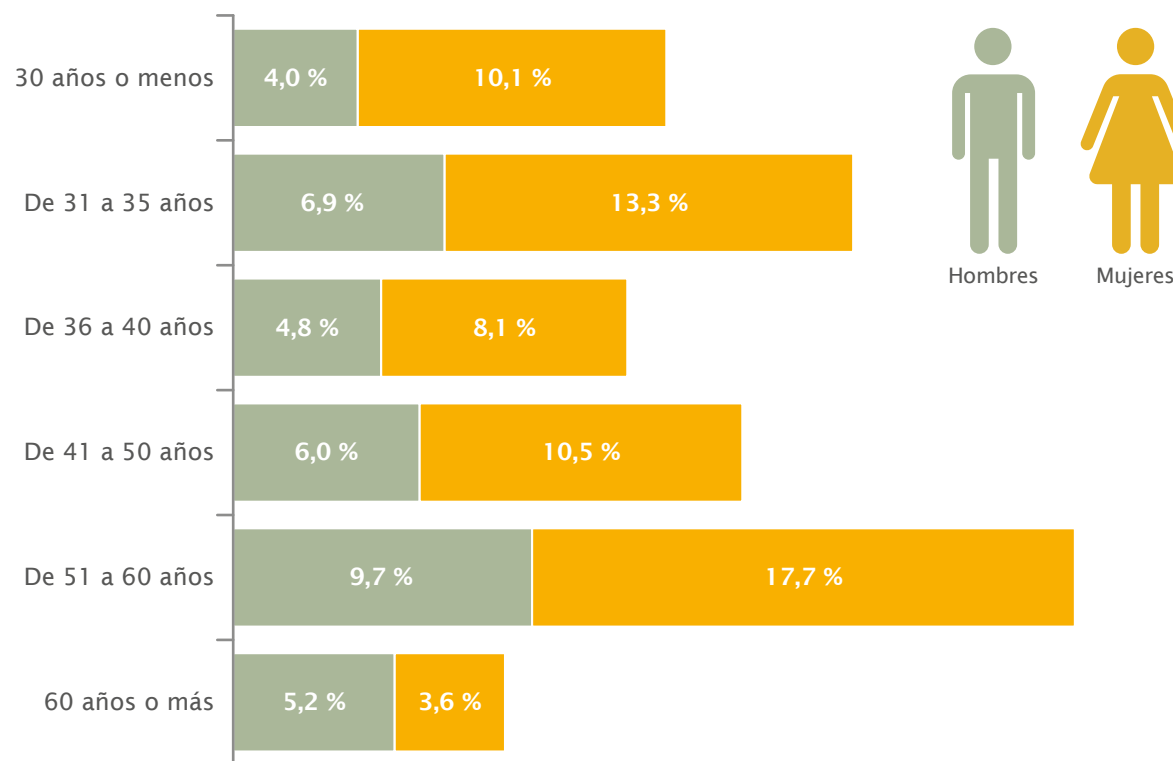
Sin embargo, son muy significativos los datos por sexo que el mismo estudio proporciona (gráfico 9), puesto que son mujeres el 63,3 % de las y los profesionales de la Medicina que no tienen empleo y en todas las edades, hay más mujeres desempleadas que hombres desempleados (gráfico 8).

Sobre este último aspecto hay que destacar que la brecha de género entre desempleados y desempleadas es de más de seis puntos hasta los 36 años. Es decir, a pesar de que la formación

es la misma, las mujeres jóvenes tienen aún más dificultades que sus compañeros de la misma edad para encontrar empleo en el ámbito de la Medicina.

Gráfico 10. Profesionales de la Medicina en situación de desempleo. Por sexo y edad.

OMC. Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017.

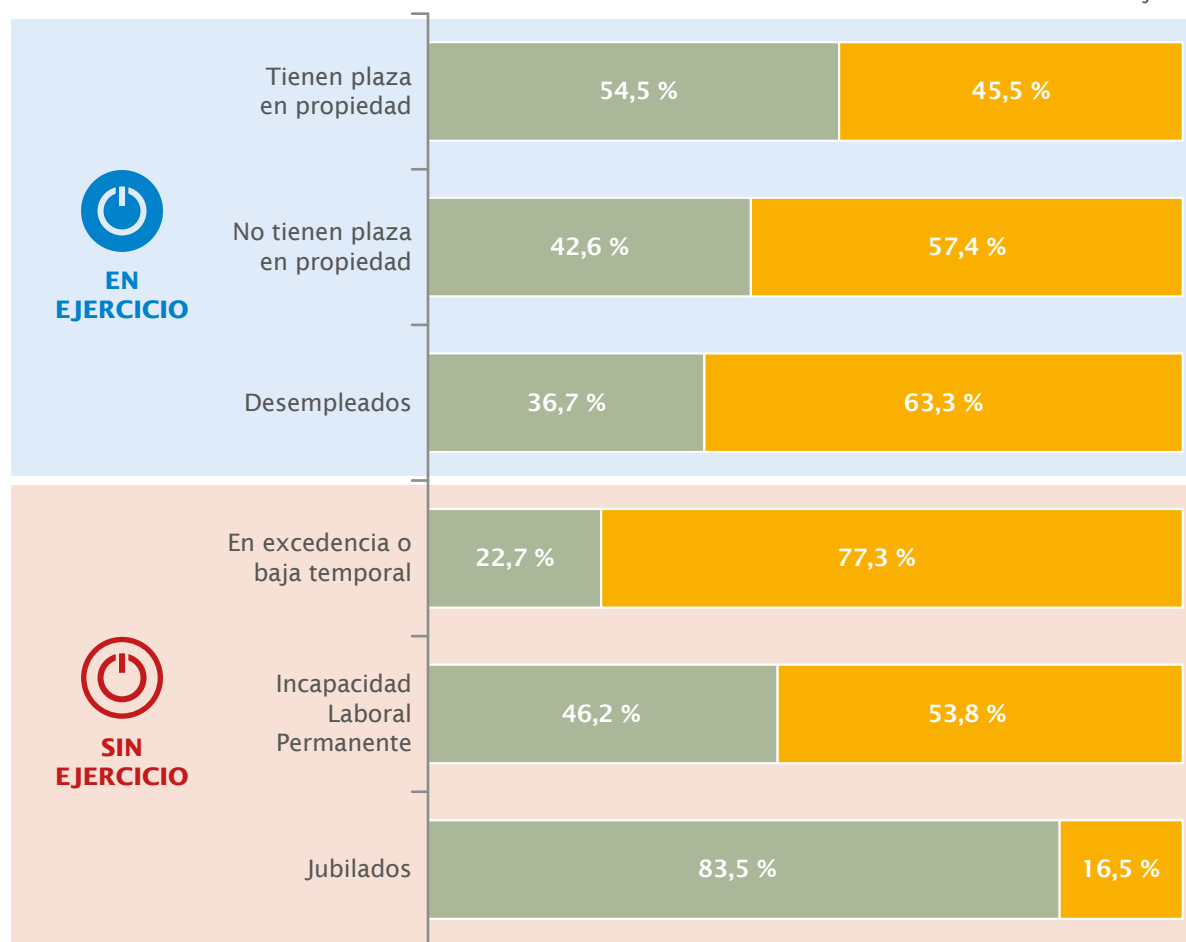


⁶ Servicio Público de Empleo Estatal (2017).

⁷ Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017.

Gráfico 11.
Situación laboral de profesionales de la Medicina. Por sexo.

OMC. Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España.
Cuarta Oleada. Febrero, 2017.



También, como puede verse en el gráfico anterior, son mujeres el 77,3 % de quienes están en excedencia o baja temporal, pero sólo el 16,5 % de quienes se han jubilado.

Cada uno de estos índices de distribución puede tener una hipotética explicación:

- El desempleo femenino es mayor en términos generales: en el último trimestre de 2017 la Encuesta de Población Activa (EPA) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) señalaba una tasa de paro del 16,5 %, pero para las mujeres era del 18,4 %. La brecha de género era del 3,4 % y el 51,7 % de las personas desempleadas eran mujeres.

En este sentido, en la profesión médica el índice de distribución del desempleo (63,3 %) es superior al general (51,7 %). Y el índice de concentración de mujeres desempleadas menores de 40 años (49,7 %) es mayor que el de los hombres (42,9 %).

- Las mujeres se incorporaron más tarde al empleo y por esa razón en la actualidad hay, en España, más hombres jubilados (64,2 %) que mujeres jubiladas (35,8 %).

Este fenómeno se da con más intensidad en las profesiones que estaban masculinizadas, como era la profesión médica. En ella, el porcentaje de médicos jubilados, 83,5 %, es mayor que la media y sólo hay un 16,5 % de médicas jubiladas.

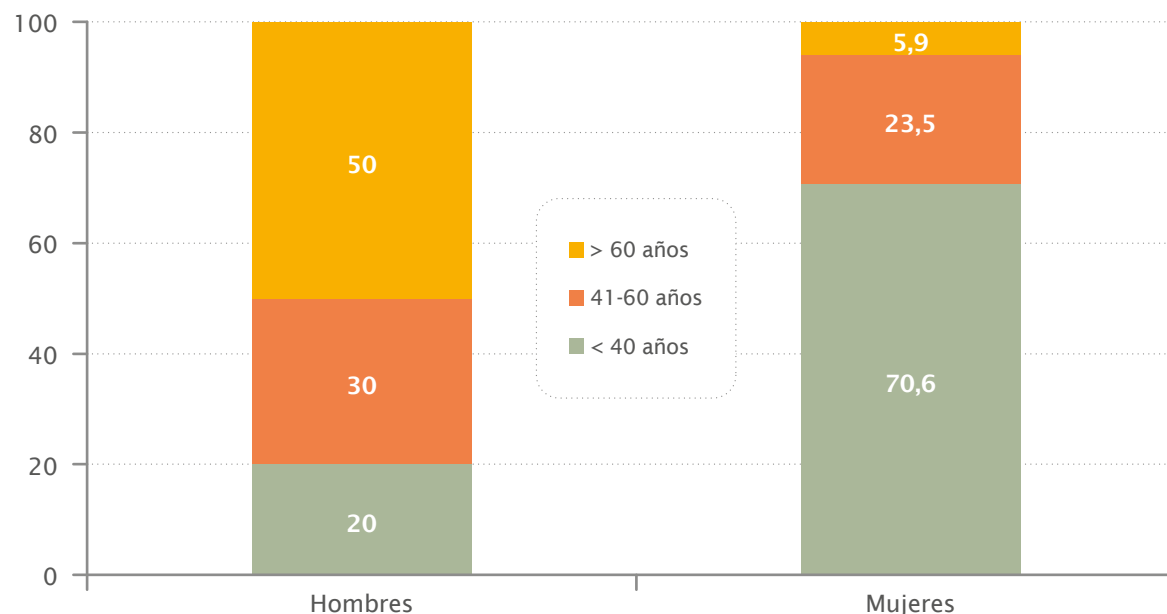
- Respecto a la distribución de la excedencia o la baja temporal, en España, el porcentaje de mujeres desempleadas o consideradas 'inactivas' menores de 40 años es mayor que el de los hombres. En ese tramo de edad, son mujeres el 63,9 % de las personas 'inactivas'. También hay que recordar que en 2016, sólo el 7,4 % de los padres estuvieron en excedencia por cuidado de hijos o hijas.⁸

En el caso de la profesión médica, que 6 de cada 10 personas (59, %) en situación de excedencia o baja temporal tengan menos de 40 años y que casi 8 de cada 10 (77,3 %) sean mujeres pueden ser consecuencias en parte, de los mismos factores anteriores. Es muy significativo el análisis de los índices de concentración: de las mujeres en situación de excedencia, la mayoría tiene menos de 40 años (70,6 %), mientras que esto sólo ocurre en el 20 % de los hombres. Y por el contrario, el 50 % de los hombres en excedencia o baja temporal tienen más de 60 años, algo que sólo pasa con el 5,9 % de las mujeres en la misma situación (gráfico 12).

Gráfico 12.

Índice de concentración situación laboral en excedencia o baja temporal por edad.

Elaboración propia a partir de datos de OMC. Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017.



En resumen, el acceso al primer empleo en el ámbito de la Medicina es muy alto en comparación con otras profesiones y también el desempleo en general tiene mejores datos. No obstante, el análisis de género destaca que, aunque el porcentaje sea inferior, en su seno ocurre lo mismo que en el resto de la sociedad: a las mujeres que buscan su primer empleo les cuesta más encontrarlo y también son mujeres la mayor parte del conjunto de personas desempleadas. Asimismo, la profesión refleja otros sesgos de género habituales como el que haya más mujeres entre las personas en excedencia o consideradas 'inactivas', que se manifiesta en especial cuando los datos se refieren a las edades reproductivas.

⁸ Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Profesionales en ejercicio

Indicadores de género

Como se ha comentado, la gran mayoría de profesionales de la Medicina tienen empleo y, para ejercerlo, han de colegiarse.

De ese modo, para el análisis de quienes tienen empleo, la tabla siguiente muestra las cifras de personas colegiadas por especialidad en 2017 y, a continuación, se analizan con más detalle los indicadores de género, sobre todo de las trece primeras que son las que cuentan con un 2 % o más de representación en los colegios profesionales.

En conjunto, estas trece especialidades agrupan al 71,2 % del total de personas colegiadas y es una muestra suficiente para analizar indicadores de género.

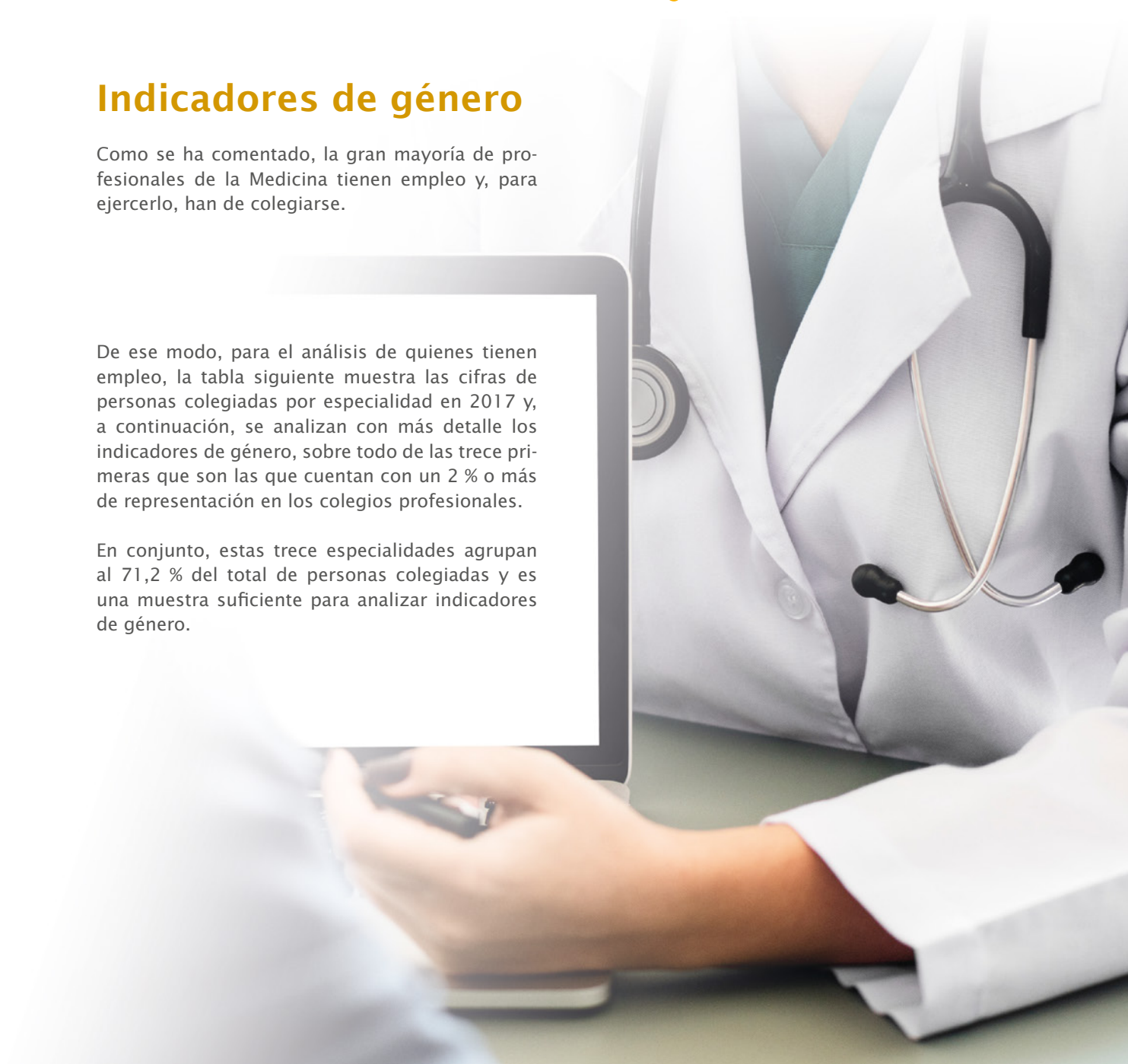


Tabla 2. Indicadores de género por especialidades. Elaboración propia a partir de datos de la OMC. 2017.

Especialidades	% sobre total de personas colegiadas	Índice femenino de concentración	Índice masculino de concentración	Índice de feminización	Índice de distribución	Brecha de género
1.Medicina familiar y comunitaria	25,1	31,4	19,5	1,4	0,6	17,5
2.Pediatría y sus áreas específicas	7,4	9,2	5,9	1,4	0,6	15,7
3.Medicina interna	5,3	4,3	6,2	0,6	0,4	-24,2
4.Anestesiología y Reanimación	4,6	4,9	4,3	1,0	0,5	-0,2
5.Obstetricia y Ginecología	4,6	5,0	4,1	1,1	0,5	3,5
6.Cirugía ortopédica y traumatología	3,9	1,4	6,1	0,2	0,2	-65,7
7.Cirugía general y del aparato digestivo	3,5	1,9	4,9	0,3	0,3	-49,7
8.Psiquiatría	3,5	3,5	3,4	0,9	0,5	-4,5
9.Medicina del trabajo	3,2	2,9	3,5	0,7	0,4	-15,8
10.Radiodiagnóstico	3,0	3,0	3,0	0,9	0,5	-6,7
11.Oftalmología	2,8	2,7	2,8	0,8	0,5	-8,9
12.Cardiología	2,3	1,3	3,2	0,4	0,3	-45,4
13.Aparato digestivo	2,0	1,7	2,3	0,6	0,4	-21,7
Estomatología	1,9	1,0	2,7	0,3	0,3	-50,0
Medicina intensiva	1,8	1,6	1,9	0,8	0,4	-12,7
Otorrinolaringología	1,6	1,1	2,1	0,5	0,3	-35,0
Neumología	1,6	1,3	1,9	0,6	0,4	-23,2
Neurología	1,5	1,4	1,6	0,8	0,4	-12,5
Hematología y Hemoterapia	1,5	1,9	1,1	1,5	0,6	18,8
Urología	1,5	0,5	2,3	0,2	0,2	-67,2
Medicina física y rehabilitación	1,3	1,7	1,0	1,5	0,6	20,3
Dermatología médico-quirúrgica y venereología	1,3	1,4	1,1	1,1	0,5	4,9
Anatomía Patológica	1,1	1,2	1,0	1,1	0,5	5,0
Endocrinología y nutrición	1,1	1,2	1,0	1,0	0,5	-0,3
Nefrología	1,0	1,2	0,9	1,2	0,5	7,4
Oncología Médica	0,9	1,1	0,8	1,2	0,5	7,0

**Tabla 2. Indicadores de género por especialidades. Elaboración propia a partir de datos de la OMC. 2017.**

Especialidades	% sobre total de personas colegiadas	Índice femenino de concentración	Índice masculino de concentración	Índice de feminización	Índice de distribución	Brecha de género
Reumatología	0,8	0,8	0,8	0,8	0,4	-10,7
Análisis clínicos	0,8	0,9	0,7	1,2	0,6	10,1
Medicina preventiva y salud pública	0,7	0,8	0,7	1,1	0,5	2,5
Alergología	0,7	0,9	0,5	1,5	0,6	20,9
Medicina de educación física y deporte	0,7	0,6	0,9	0,6	0,4	-27,7
Cirugía plástica, estética y reparadora	0,7	0,4	0,9	0,4	0,3	-42,0
Microbiología y parasitología	0,6	0,8	0,5	1,4	0,6	17,5
Geriatría	0,6	0,7	0,5	1,3	0,6	11,5
Neurocirugía	0,5	0,2	0,8	0,3	0,2	-56,4
Oncología radioterápica	0,5	0,6	0,4	1,3	0,6	11,5
Neurofisiología clínica	0,5	0,6	0,4	1,3	0,6	13,9
Angiología y cirugía vascular	0,5	0,3	0,6	0,4	0,3	-38,0
Cirugía oral y maxilofacial	0,4	0,3	0,6	0,4	0,3	-44,2
Medicina legal y forense	0,4	0,4	0,4	0,8	0,4	-11,1
Medicina nuclear	0,4	0,4	0,3	1,2	0,5	8,1
Cirugía cardiovascular	0,3	0,1	0,5	0,2	0,2	-68,1
Análisis clínicos y bioquímica clínica	0,3	0,4	0,3	1,0	0,5	2,0
Cirugía pediátrica	0,3	0,2	0,4	0,6	0,4	-23,0
Cirugía torácica	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2	-56,5
Bioquímica clínica	0,2	0,2	0,1	1,4	0,6	15,0
Farmacología clínica	0,2	0,2	0,2	1,0	0,5	-1,0
Hidrología médica	0,1	0,2	0,1	1,6	0,6	24,2
Inmunología	0,1	0,1	0,1	0,9	0,5	-5,0
Electrorradiología	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	-64,9
Rehabilitación	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	-29,7
Genética clínica	0,0	0,0	0,0	2,0	0,7	33,3

Como puede observarse, donde mayor diferencia se produce en los **índices de concentración** de mujeres y hombres por especialidades es en Medicina familiar y comunitaria y Pediatría: en Medicina comunitaria se agrupan más de tres de cada diez médicas colegiadas (31,4 %) mientras que no llegan a dos de cada diez médicos colegiados (19,5 %). Si se abre el foco y se suman las cifras de Medicina familiar y comunitaria con las de Pediatría, estas especialidades concentran al 40,6 % de las médicas pero sólo al 25,7 % de los médicos.

Otras especialidades con índices de concentración dispares son Cirugía ortopédica y traumatología (4,7 puntos de diferencia a favor de los hombres) y Cirugía general y del aparato digestivo (3,5 puntos de diferencia a favor de los hombres).

Entre las trece especialidades con más afiliación se puede hablar de **feminización** (número de mujeres en relación a hombres) en las especialidades de Medicina familiar y comunitaria y en Pediatría y sus áreas específicas, donde hay una mayor proporción de mujeres (1,4) por cada hombre. También Obstetricia y Ginecología tienen una relación de 1,1 mujeres por cada hombre. Se da una situación paritaria en Anestesiología y Reanimación (1) y muy cercana (0,9) en Psiquiatría y Radiodiagnóstico.

Las especialidades más alejadas de la paridad son Cirugía ortopédica y traumatología, Cirugía general y del aparato digestivo y Cardiología con índices inferiores a 0,5, es decir, donde hay más del doble de hombres que de mujeres.

En el resto de especialidades, aquellas con menos de un 2 % de personas colegiadas, tienen un índice de feminización de 1,5: Alergología, Medicina física y rehabilitación y Hematología y Hemoterapia. El caso de Genética Clínica con un 2, no es representativo porque el número de personas colegiadas es sólo de 3.

Viendo el **índice de distribución** (porcentaje de hombres y mujeres en cada especialidad) de las primeras trece especialidades, tienen una distribución equitativa Anestesiología y Reanimación, así como Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría, Radiodiagnóstico y Oftalmología. Y son de nuevo Cirugía ortopédica y traumatología, Cirugía general y del aparato digestivo y Cardiología, las especialidades que presentan peor distribución.

Si se observa el conjunto de especialidades, el índice de distribución es peor en la mayoría de las cirugías (torácica, cardiovascular, oral y maxilofacial y plástica, estética y reparadora) y, además, en Neurocirugía, Angiología y cirugía vascular, Otorrinolaringología y Electrorradiología. En todas ellas las mujeres no representan más del 30 %.

En este caso, hay una importante **brecha de género** en la representación de mujeres en Cirugía ortopédica y traumatología (65,7 %), Cirugía general y del aparato digestivo (49,7 %) y Cardiología (45,4 %).

En el resto de especialidades, la brecha de género es muy alta en Urología, Estomatología, Neurocirugía y Electrorradiología, además de en la

mayoría de las cirugías (torácica, cardiovascular, oral y maxilofacial y plástica, estética y reparadora). En todas ellas la brecha de género es mayor de un 40 %.

MÉDICOS ESPECIALISTAS

Fuente: datos proporcionados por el CGCOM correspondientes al año 2017.

MÉDICOS COLEGIADOS ACTIVOS. FEMINIZACIÓN POR ESPECIALIDADES

■ HOMBRE ■ MUJER

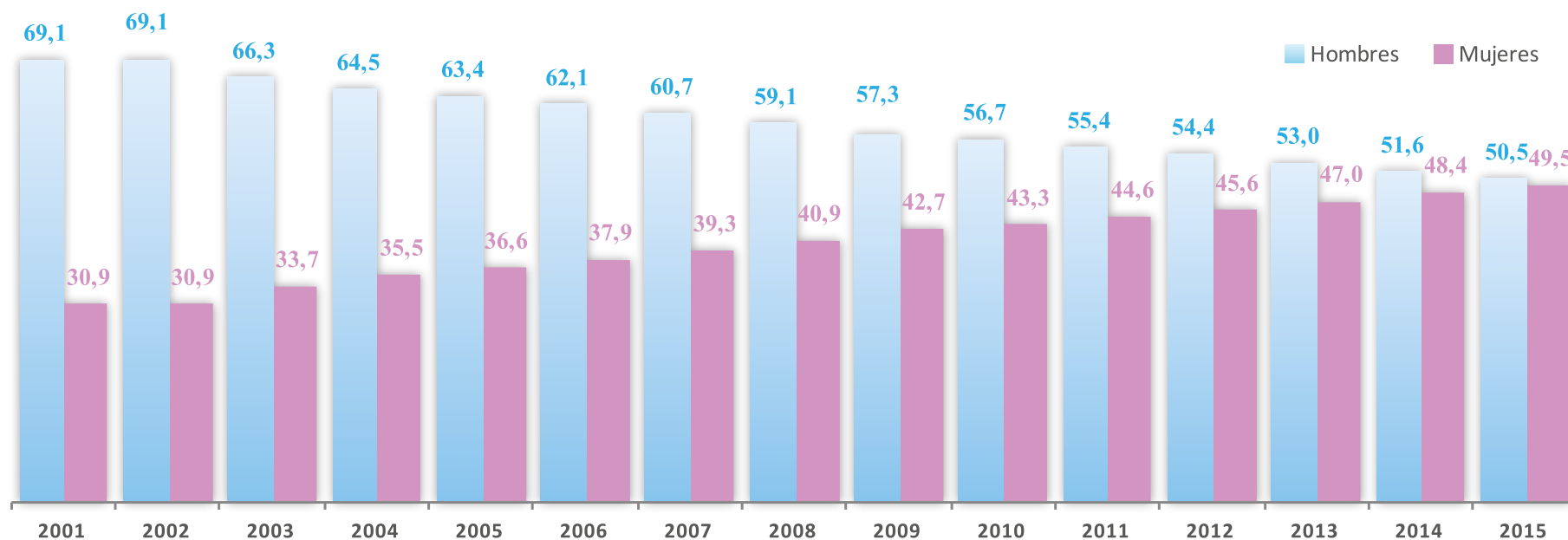
Pediatría y sus áreas Específicas	33,8%	66,2%	Neurología	50,2%	49,8%
Medicina Física y Rehabilitación	34,2%	65,8%	Medicina Legal y Forense	51,0%	49,0%
Alergología	35,8%	64,2%	Radiodiagnóstico	51,0%	49,0%
Hidrología Médica	36,7%	63,3%	Inmunología	51,4%	48,6%
Microbiología y Parasitología	37,8%	62,2%	Neumología	51,6%	48,4%
Hematología y Hemoterapia	38,2%	61,8%	Oftalmología	52,1%	47,9%
Bioquímica Clínica	38,2%	61,8%	Aparato Digestivo	52,8%	47,2%
Neurofisiología Clínica	38,3%	61,7%	Medicina Intensiva	53,1%	46,9%
Medicina Familiar y Comunitaria	38,4%	61,6%	Medicina del Trabajo	53,3%	46,7%
Oncología Radioterápica	40,4%	59,6%	Medicina Interna	55,1%	44,9%
Obstetricia	40,9%	59,1%	Cirugía Pediátrica	55,9%	44,1%
Geriatría	41,4%	58,6%	Médico General Acreditado	57,5%	42,5%
Análisis Clínicos	42,0%	58,0%	Medicina de E. Física y Deporte	59,3%	40,7%
Nefrología	42,2%	57,8%	Otorrinolaringología	63,2%	36,8%
Oncología Médica	42,3%	57,7%	Angiología y Cirugía Vasculat	64,2%	35,8%
Endocrinología y Nutrición	42,8%	57,2%	Cardiología	66,8%	33,2%
Farmacología Clínica	43,8%	56,2%	Cirugía Plástica	68,1%	31,9%
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	44,2%	55,8%	Cirugía General y del A. Digestivo	68,5%	31,5%
Anatomía Patológica	44,2%	55,8%	Cirugía Oral y Maxilofacial	69,3%	30,7%
Medicina Nuclear	44,3%	55,7%	Estomatología	71,0%	29,0%
Medicina General	46,0%	54,0%	Cirugía Torácica	72,4%	27,6%
Medicina Preventiva y S. Pública	46,2%	53,8%	Neurocirugía	75,5%	24,5%
Reumatología	47,1%	52,9%	Cirugía Ortopédica y Traumat.	80,1%	19,9%
Anestesiología y Reanimación	47,2%	52,8%	Urología	80,2%	19,8%
Psiquiatría	48,1%	51,9%	Cirugía Cardiovascular	80,4%	19,6%

MÉDICOS ESPECIALISTAS

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

PORCENTAJE DE MUJERES ENTRE EL PERSONAL MÉDICO EN MEDICINA HOSPITALARIA

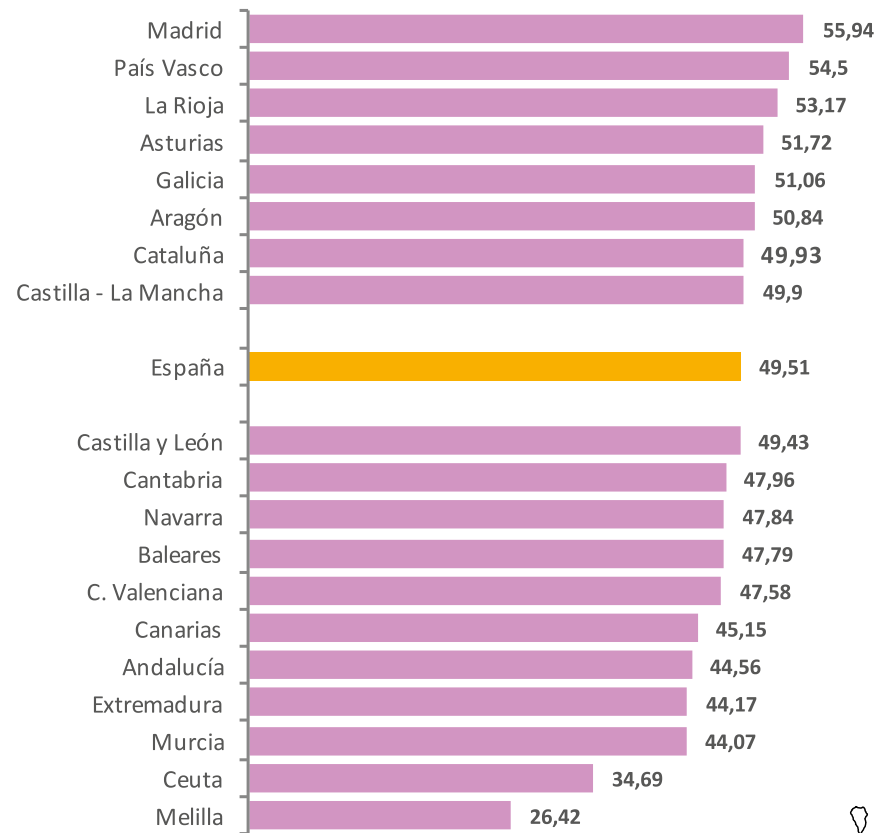
Últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Personal médico en medicina hospitalaria por 1.000 hab. (% mujeres). Se considera el personal médico que presta servicio en el centro con internamiento y centros de especialidades con la misma unidad de gestión, independientemente de su puesto, tanto en el hospital como en los centros de especialidades. No se contabilizan los médicos internos residentes, becarios, asistentes voluntarios ni colaboradores.



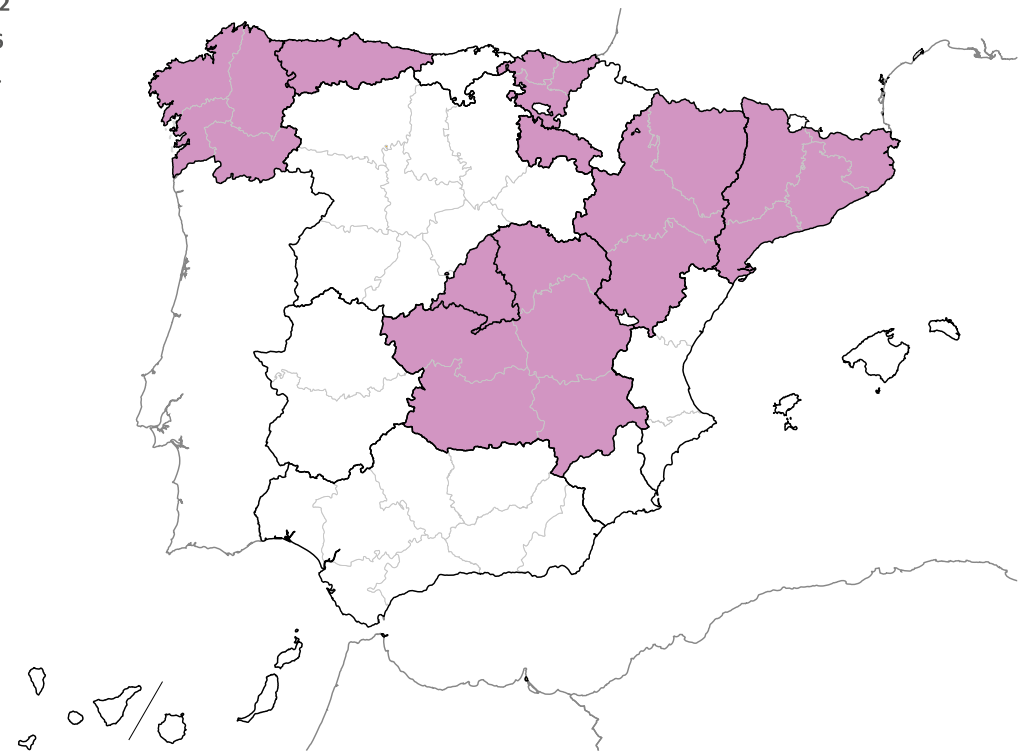
MÉDICOS ESPECIALISTAS

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. AÑO 2015.

PORCENTAJE DE MÉDICAS ESPECIALISTAS POR CC.AA. (AÑO 2015)

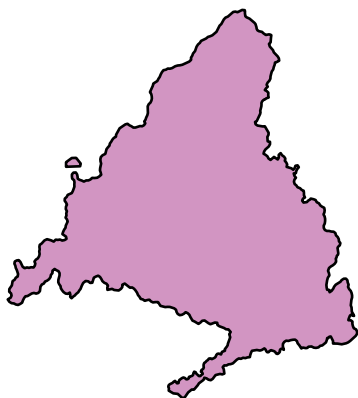


Madrid, País Vasco y La Rioja serían las tres CC.AA. con más % de mujeres entre los médicos especialistas en el año 2015 según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



MÉDICOS ESPECIALISTAS

CONCLUSIONES



- Los datos hasta ahora recogidos nos informan que la feminización en la profesión médica es un hecho. A finales de 2017, el promedio de mujeres colegiadas es del 50,4%, estando a la cabeza Madrid (55,1%), Álava (54,6%) y Navarra (54,5%).
- Aunque en el momento actual se observa una diferencia notable entre las comunidades del norte y del sur, siendo las del norte las que tienen mayor número de colegiadas, en los próximos años los profesionales de la medicina del sexo femenino superarán en todas las CCAA a las del sexo masculino ya que en la convocatoria MIR 2018, el 64,1 % de los aspirantes eran mujeres y a día de hoy el número de alumnas en las Facultades de Medicina supera el 70%.
- Del total de profesionales médicos, los menores de 55 años son mayoritariamente mujeres (el 63,3 %) lo que engloba la edad reproductiva. Ello es de importancia a nivel laboral, porque un gran número de esas mujeres tendrán hijos, durante el embarazo si no pueden realizar guardias les supondrá una injusta merma económica y las bajas que ocasionen los cuidados de los mismos han de ser cubiertas a través de contratos a otros profesionales para de esa forma, no se perjudique el nivel de asistencia a la población.

Sin plaza en propiedad

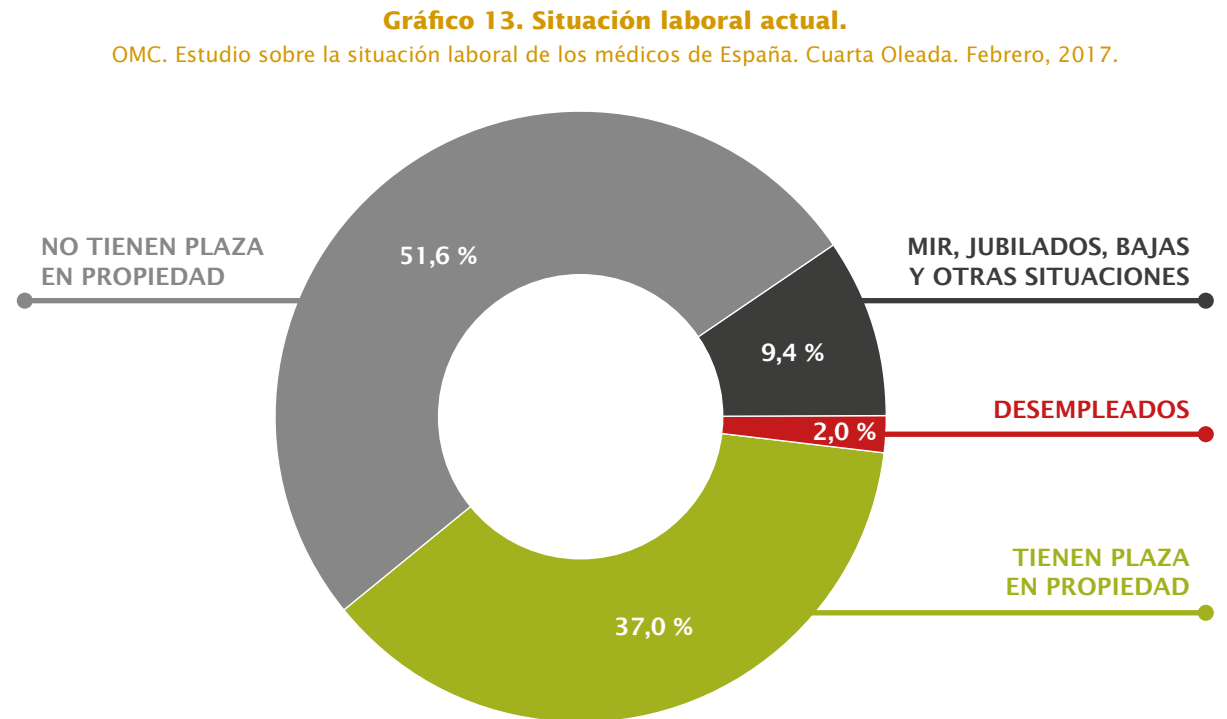
Como se veía en el gráfico 11, la situación laboral de quienes tienen empleo también presenta brechas, puesto que las plazas en propiedad son sobre todo de hombres (54,5 %), teniendo en cuenta que tener plaza en propiedad es una modalidad de trabajo para menos de 4 de cada 10 profesionales (37,4 %).

Son mujeres el 57,4 % de quienes no tienen plaza en propiedad y, por lo tanto, hay más mujeres que hombres que encadenan contratos en el sistema nacional de salud o en el sistema privado. Entonces, hay que tener en cuenta que:

- La media de contratos al año en el sistema nacional de salud es de 4,26, pero las mujeres firman 4,82.
- La media de contratos al año en el sistema privado es de 1,82, pero en el caso de las mujeres se eleva a 2,05.

Es decir, la temporalidad en el empleo es mayor para mujeres que para hombres en ambos sistemas.

La mayoría de los contratos en el sistema público (93,2 %) son a tiempo completo; pero en el sistema privado este porcentaje baja al 57,7 %. Para las personas que no tienen plaza en propiedad, por lo tanto, a su temporalidad se suman jornadas más cortas, lo que redundará en ingresos menores.



Los datos anteriores tienen como marco el trabajo por cuenta ajena. **Por cuenta propia** trabajan el 15 % de los profesionales sin que se cuente, de momento, con datos por sexo. Sólo a modo de ejemplo, y señalando la necesidad de contraste, se recoge la siguiente afirmación de una entrevista: “ (...) las mujeres que trabajan en la privada acostumbran a trabajar sólo en la privada y las de la pública sólo en la pública, mientras que en el

caso de los hombres suele haber mayor compatibilidad entre ambos ámbitos.⁹

9 Juan Manuel Garrote, secretario de la Organización Médica Colegial (OMC). Diario Médico.com 08/03/2018. <http://www.diariomedico.com/2018/03/07/area-profesional/profesion/la-feminizacion-requiere-la-adaptacion-del-sistema>

Con plaza en propiedad

Las especialidades que tienen un porcentaje más alto de plazas en propiedad son Pediatría y sus áreas específicas (56,9 %) y Medicina legal y forense (54,3 %). No hay otras con un porcentaje igual

o superior al 50 %. El índice de feminización de Pediatría es de 1,4 —por lo que en este caso las mujeres se ven afectadas positivamente— y el de Medicina legal y forense de 0,8.

Teniendo en cuenta las especialidades con mayor número de personas colegiadas y sus índices de feminización, la tabla siguiente muestra la tasa de plazas en propiedad.

Tabla 3. Tasa de plazas en propiedad e índice de feminización de las especialidades con mayor número de personas colegiadas.

Elaboración propia a partir de de datos de la OMC. 2017.

Especialidades	% sobre total de personas colegiadas	Índice femenino de concentración	Índice masculino de concentración
Medicina familiar y comunitaria	25,1	1,4	48,7
Pediatría y sus áreas específicas	7,4	1,4	56,9
Obstetricia y Ginecología	4,6	1,1	40,9
Anestesiología y Reanimación	4,6	1,0	40,6
Psiquiatría	3,5	0,9	34,9
Radiodiagnóstico	3,0	0,9	37,5
Oftalmología	2,8	0,8	36,2
Medicina del trabajo	3,2	0,7	18,1
Medicina interna	5,3	0,6	34,5
Aparato digestivo	2,0	0,6	36,9
Cardiología	2,3	0,4	37,6
Cirugía general y del aparato digestivo	3,5	0,3	41,4
Cirugía ortopédica y traumatología	3,9	0,2	41,1

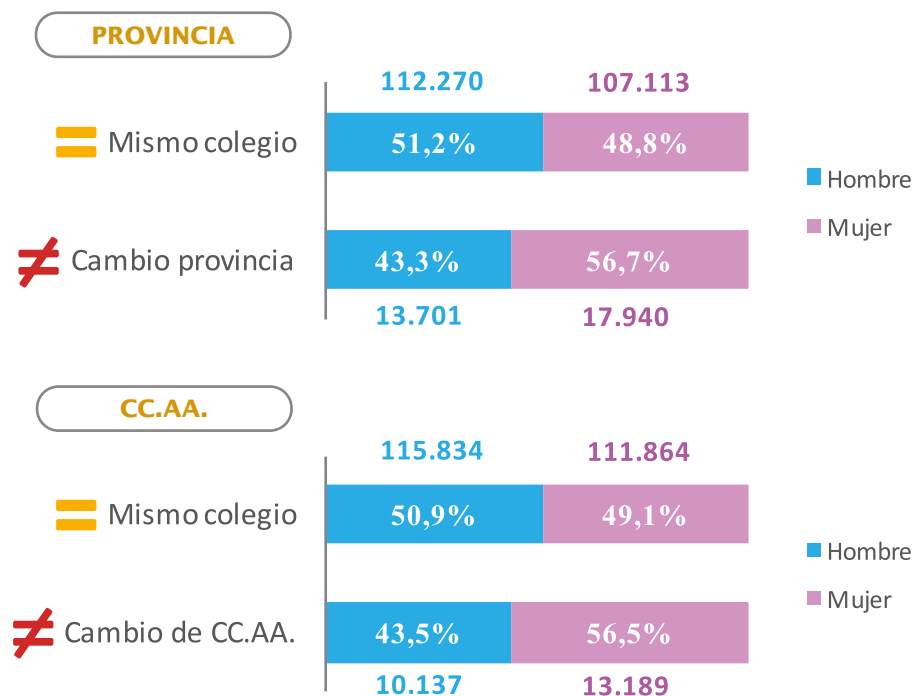
DINÁMICA GEOGRÁFICA



Baleares es la Comunidad que recibe más facultativos procedentes de otras regiones. Implantar el conocimiento del catalán para trabajar en la sanidad pública balear dificultará esta captación.

MOVILIDAD GEOGRÁFICA SEGÚN SEXO

Fuente: Datos proporcionados por el CGCOM correspondientes al año 2017.
Movilidad contemplada desde 1997, fecha de instauración del actual sistema de configuración del número de colegiado.



Son significativos los datos que nos ofrece la movilidad geográfica de los colegiados según el sexo (*). A la hora de cambiar de provincia o de CC.AA. son más altos los porcentajes femeninos que los masculinos. El 56,5% de las médicas (13.189) ejercen en una Comunidad Autónoma diferente a la inicial, frente al 43,5% de los médicos (10.137). Este porcentaje podría estar explicado por tratarse de la movilidad de los últimos 20 años, periodo en el que más de la mitad de los licenciados han sido, de manera constante, mujeres.

Varios pueden ser los motivos por los que un profesional de la medicina decide cambiar de provincia o de CC.AA. para ejercer su profesión. Desarrollo profesional, motivos personales, oferta laboral, especialidad médica, hospitales punteros en determinada especialidad...

Otro de los motivos que más puede influir a la hora de tomar la decisión de cambiar de Colegio Oficial de Médicos puede ser el salario. Las retribuciones en el sector sanitario varían en función de la formación que tengan los profesionales pero también, y mucho, de la zona geográfica en la que trabajan.

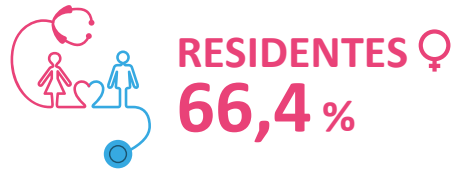
La inestabilidad laboral es uno de los problemas más destacados en la quinta oleada de la "Encuesta sobre la Situación de la Profesión Médica en España 2018", presentada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos el 30 de mayo de 2018.

RESIDENTES



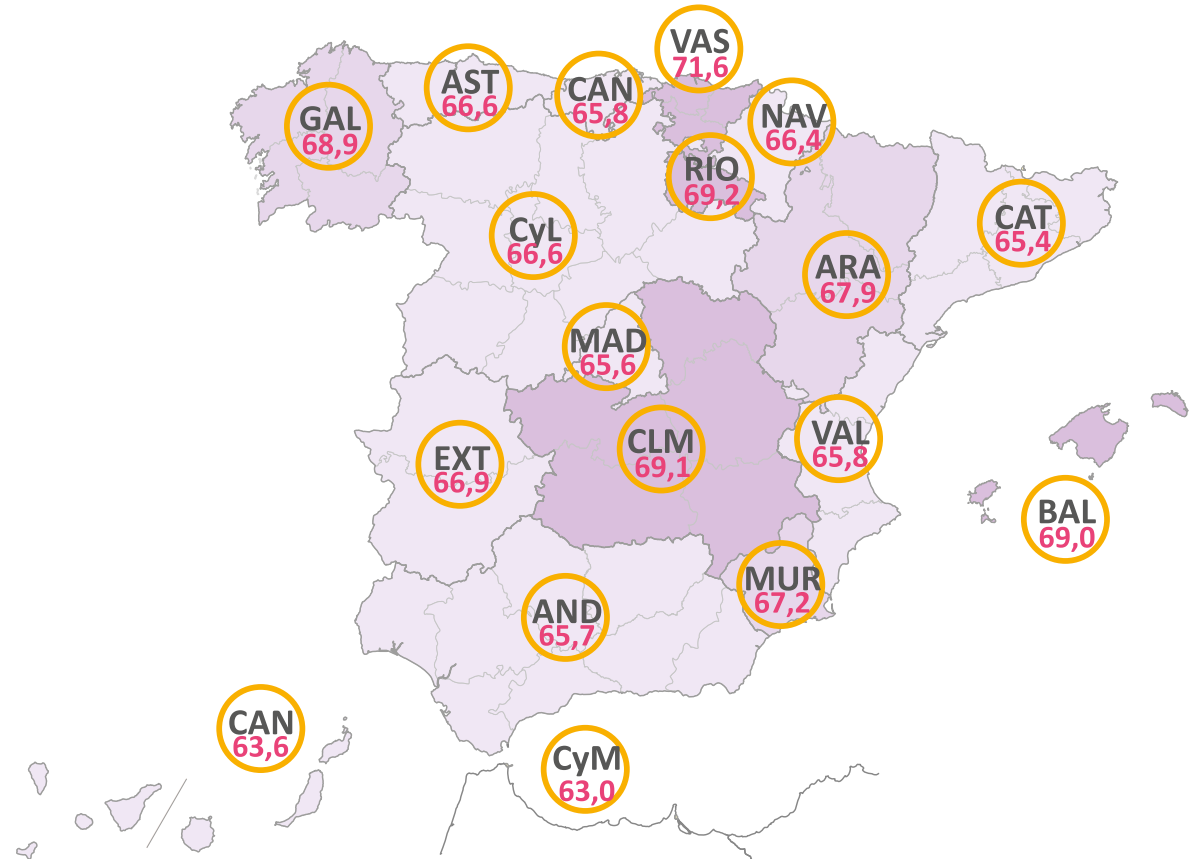
FEMINIZACIÓN RESIDENTES

Fuente: Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada.



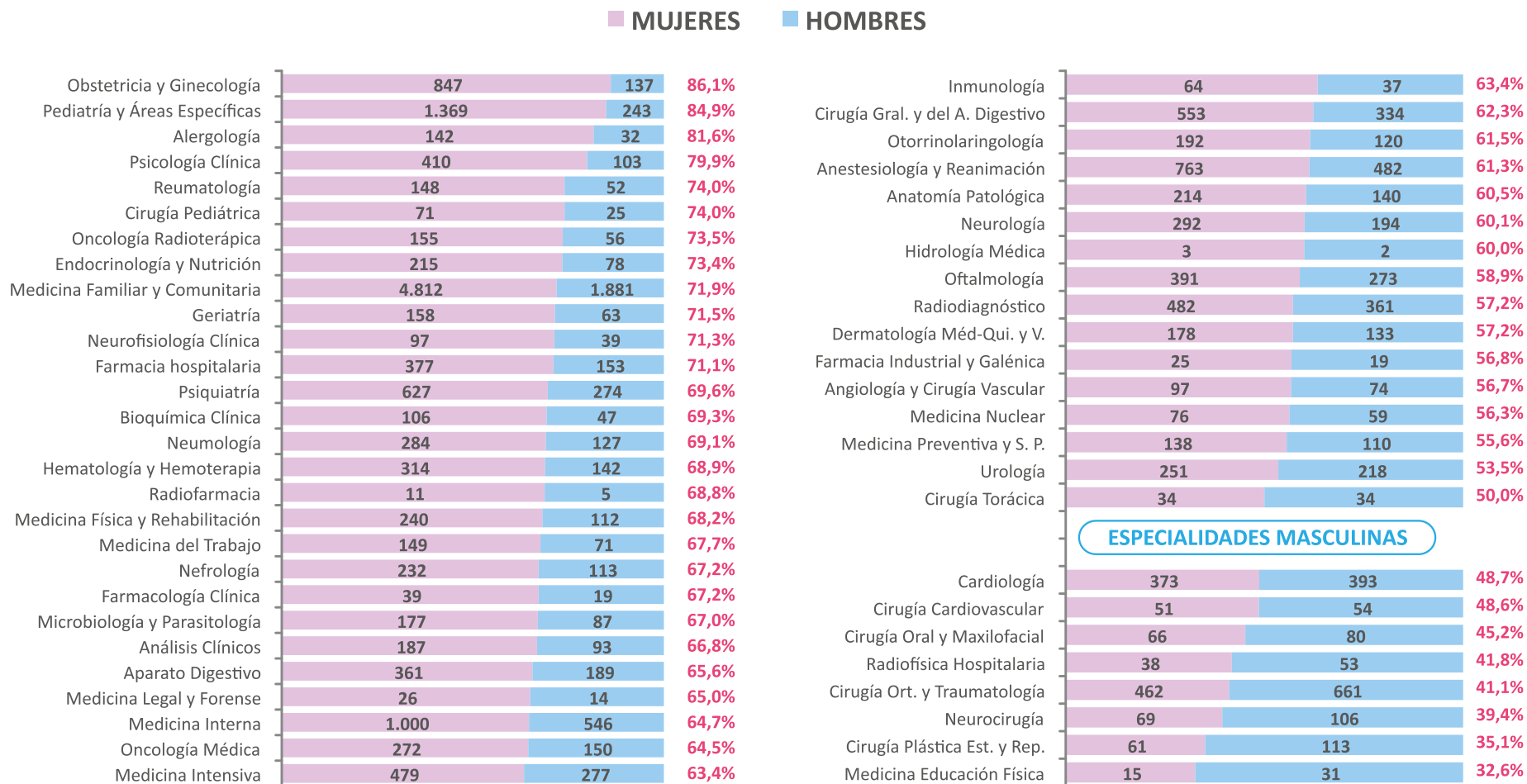
Porcentaje de Feminización por CC.AA. entre el total de Residentes contabilizados en Abril de 2017. País Vasco es la Comunidad con mayor grado de feminización. La media se sitúa en un 66,4%.

CC.AA.	TOTAL	MUJERES	FEMINIZACIÓN
PAÍS VASCO	1.196	856	71,6 %
LA RIOJA	156	108	69,2 %
C. LA MANCHA	834	576	69,1 %
BALEARES	462	319	69,0 %
GALICIA	1.360	937	68,9 %
ARAGÓN	856	581	67,9 %
MURCIA	915	615	67,2 %
EXTREMADURA	598	400	66,9 %
ASTURIAS	604	402	66,6 %
C. LEÓN	1.495	995	66,6 %
NAVARRA	535	355	66,4 %
CANTABRIA	471	310	65,8 %
C.VALENCIANA	2.693	1.772	65,8 %
ANDALUCÍA	4.205	2.761	65,7 %
MADRID	5.647	3.706	65,6 %
CATALUÑA	4.322	2.827	65,4 %
CANARIAS	1.026	653	63,6 %
CEUTA. MELILLA	27	17	63,0 %
TOTAL	27.402	18.190	66,4 %



FEMINIZACIÓN ESPECIALIDADES RESIDENTES

Fuente: Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada.



FEMINIZACIÓN ESPECIALIDADES RESIDENTES

Fuente: Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada.



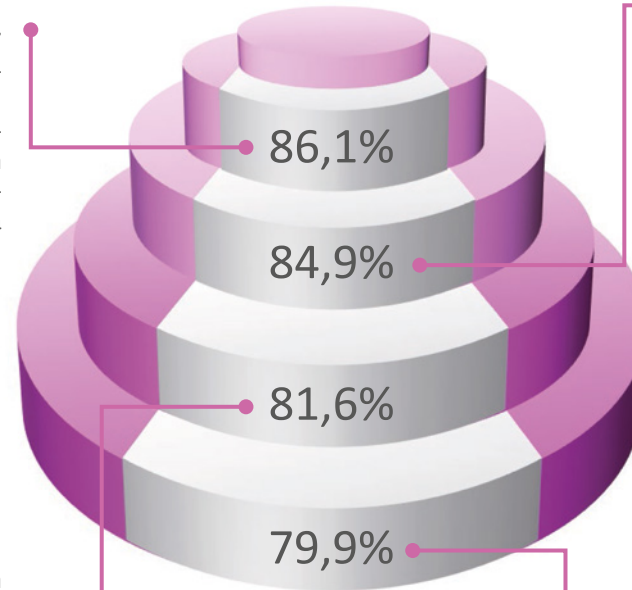
OBSTETRICIA y GINECOLOGÍA

El porcentaje de feminización entre el total de médicos residentes alcanza el 86,1% (847 mujeres frente a 137 hombres) en la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Es la especialidad con mayor proporción de mujeres. El porcentaje de feminización asciende a un (87,4%) entre los residentes que acabaron su formación MIR en 2017 en esta especialidad.



PEDIATRÍA

La segunda especialidad con mayor porcentaje de mujeres entre el total de médicos residentes es Pediatría (84,9%). Hablamos de 1.369 doctoras frente a sólo 243 médicos. El porcentaje asciende a un (58,9%) entre los residentes que acabaron el MIR en 2017.



ALERGOLOGÍA

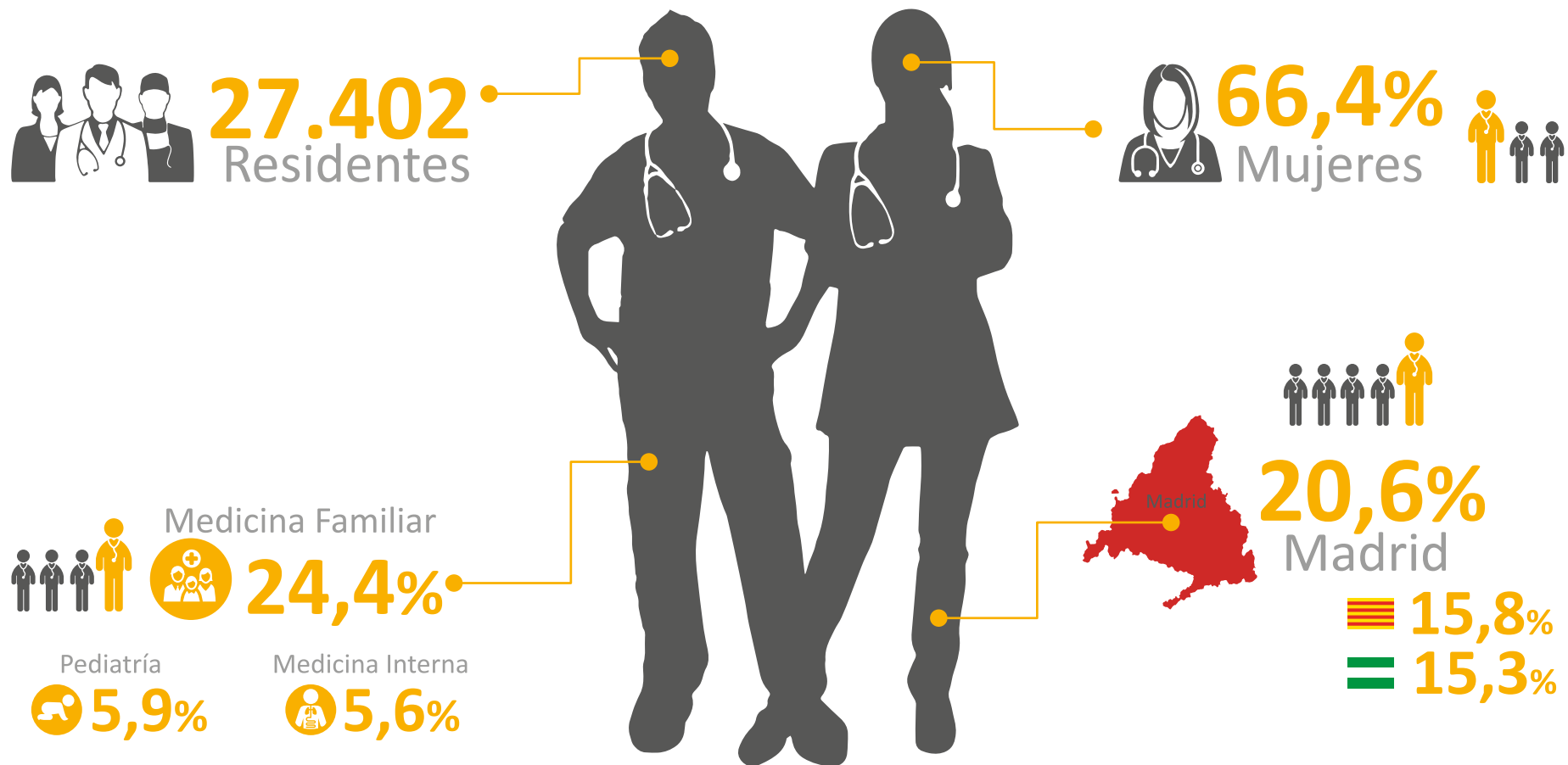
La tercera en el ranking de feminización de especialidades entre los médicos residentes es Alergología (81,6%). 142 mujeres residentes frente a 32 hombres. El grado de feminización en esta especialidad ha ido en aumento ya que el porcentaje femenino entre los que acaban MIR en 2017 es de un 68,2%.



PSICOLOGÍA CLÍNICA

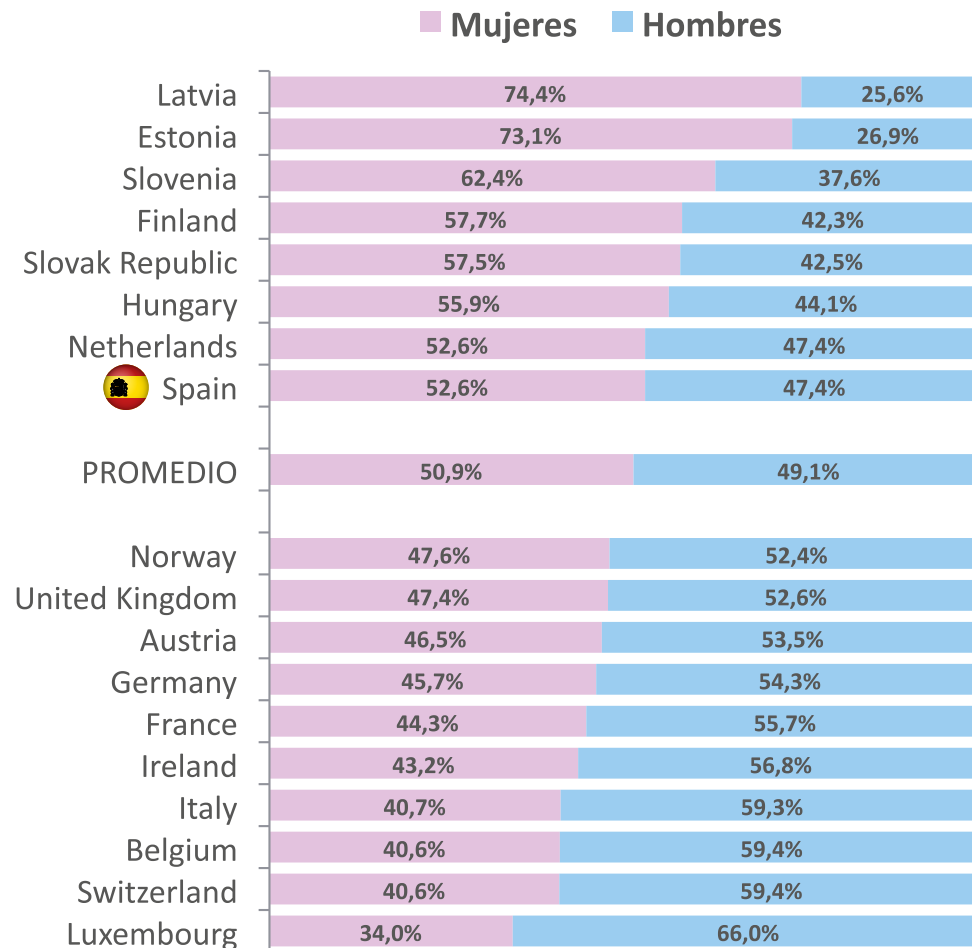
La cuarta especialidad del ranking de feminización es Psicología Clínica con un 79,9% (410 mujeres frente a 103 hombres).

RADIOGRAFÍA DEL RESIDENTE



FEMINIZACIÓN EN EUROPA

Fuente: Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada.

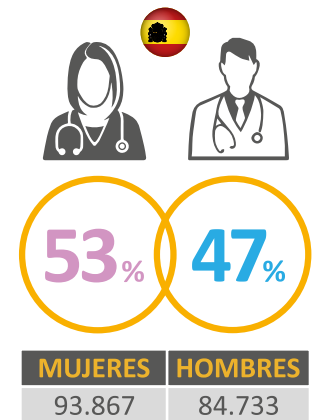


Porcentaje de feminización en Europa según el último informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con datos de 2015. Estonia y Letonia son los países más feminizados con un porcentaje de feminización en la profesión por encima del 70%. Por el contrario, Italia, Bélgica, Suiza y Luxemburgo son los países europeos con menor proporción femenina entre sus médicos.

España se situaría justo por encima de la media, con una tendencia a incrementar el porcentaje de feminización por el mayor número de mujeres que ingresan cada año en las Facultades de Medicina y consiguen plaza como Residentes.

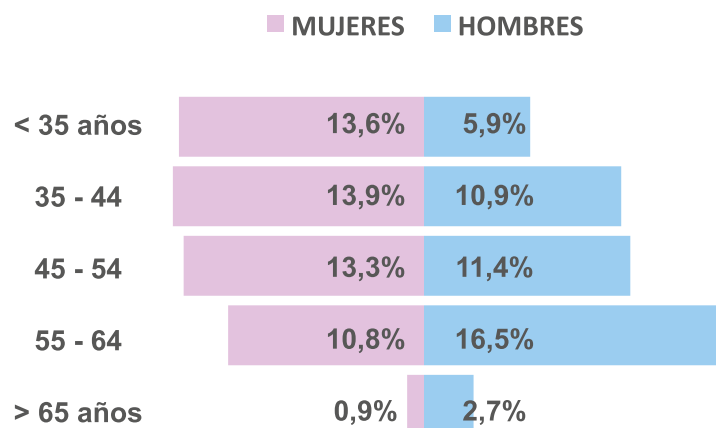


La Medicina es, cada vez más, una carrera y una profesión de mujeres. La Real Academia Española (RAE) ha especificado que el femenino de “médico” es “médica”. ¿Por qué nos cuesta tanto entonces decir “la médica” cuando no cuesta ningún trabajo decir la abogada, la diputada, bióloga, física, química o filósofa?



FEMINIZACIÓN EN ESPAÑA

Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE correspondientes al año 2015.



Según los datos que nos ofrece la OECD (2015) el 52,6% de los médicos en España son mujeres. Ese porcentaje sube al 53,6% si no tenemos en cuenta a los profesionales con una edad superior a los 65 años (edad de jubilación). La progresiva feminización de la profesión médica es un hecho incuestionable y así lo reflejan las cifras. En 1965, en España, este porcentaje apenas suponía un 2,6% de la plantilla médica y en 1985 las mujeres eran un 25% del conjunto de los médicos. Treinta años después se ha duplicado este porcentaje y la tendencia va a más. La presencia femenina en las Facultades de Medicina supera el 70% y en las últimas convocatorias MIR más del 60% de los aspirantes que se presentan son mujeres.

TRAMO EDAD	MUJERES	MUJER	HOMBRES	HOMBRE
< 35 años	24.233	13,6%	10.500	5,9%
35 -44	24.833	13,9%	19.500	10,9%
45 - 54	23.767	13,3%	20.400	11,4%
55 - 64	19.367	10,8%	29.433	16,5%
> 65 años	1.667	0,9%	4.900	2,7%
	93.867	52,6%	84.733	47,4%

La mujer supone más del 50% de la plantilla médica pero sólo el 20% está en puestos de dirección. ¿Por qué la pirámide hacia la dirección no mantiene la misma proporción de mujeres? ¿Es beneficioso el desequilibrio por sexos en la profesión? El colectivo femenino esgrime que sigue teniendo dificultades para conciliar su vida laboral y familiar así como para acceder a puestos de responsabilidad. Son preguntas que tienen que ser ya abordadas por los responsables sanitarios.

Resumen

En términos generales, en la colegiación del conjunto de la profesión médica, en 2017 se daban estos índices:

Índice de feminización	0,9
Índice de distribución	0,5

Es decir, la tendencia de 2017 es hacia una mayor igualdad en la proporción general de hombres y mujeres y se confirma en 2018, con los datos generales de colegiación proporcionados por el INE (127.464 mujeres y 126.231 hombres), sin embargo, como se ha visto, persisten desigualdades cuando el análisis se realiza por especialidades.

En particular, los peores indicadores de género los tienen las especialidades de Medicina familiar y comunitaria (por una notable mayor presencia de mujeres) y el conjunto de las cirugías y Cardiología (por una notable mayor presencia de hombres).

A ello se añade que hay menos mujeres que hombres con plaza en propiedad y que éstas encadenan mayor número de contratos al año tanto en el sistema público como en el sistema privado.

Está pendiente por falta de datos, un análisis del trabajo por cuenta propia y de quienes compatibilizan éste con el realizado por cuenta ajena.

Se puede establecer algunas hipótesis sobre cuáles son las **causas y consecuencias de algunas diferencias señaladas**.

En relación a las causas cabe señalar que entre los factores que influyen en la elección profesional, suele citarse la transmisión de sesgos socioeducativos que se realiza a través del currículo oculto (familia, amistades, responsables de formación, etc.) y en ocasiones del currículo explícito (contenidos formativos, espacios de trabajo y formación, prácticas formativas, tipo de orientación y asesoramiento que se facilita a los individuos dependiendo del sexo, etc.). No es casual que haya más mujeres en profesiones (o especialidades) que tienen mayor carga cultural de estereotipos asociados a las mujeres (cercanía, amabilidad, dulzura, etc.)¹⁰ y más

¹⁰ Tomado de una entrevista con la presidenta de la SECTV: «No me gustaría que fuera así, pero creo que las mujeres eligen especialidades más altruistas, por llamarlas de alguna forma, mientras que ellos se centran en la posibilidad de montar una consulta privada u optar a un puesto lo más alto posible». *Diario Médico* 8/03/2018. <http://www.diariomedico.com/2018/03/08/area-profesional/profesion/el-genero-factor-irrelevante-en-la-eleccion-de-la-especialidad>

hombres en otras que se asocian a valores teóricamente viriles (fuerza, capacidad técnica, control, etc.). Estas cuestiones pueden explicar un mayor número de mujeres por ejemplo en Pediatría (son mujeres las que tradicionalmente cuidan de niños y niñas) y menor en Cirugía (son hombres a quienes se les asigna la realización de tareas más técnicas y complejas).

Se recoge, a modo de ejemplo, un fragmento del informe realizado en 2013 por el Foro español de pacientes y la Fundación Patronato de huérfanos y protección social de médicos Príncipe de Asturias:¹¹

La elección profesional (de las mujeres entrevistadas) responde a principios vocacionales que pueden corresponderse a la vivencia de la profesión en la familia o pueden nacer a partir de otros intereses o situaciones vividas. El objetivo principal es el de servir a los demás y establecer una relación de ayuda, predominando muchas veces la necesidad de cuidar más que la de curar. El nivel de satisfacción, es en general, elevado a pesar de que es una profesión que requiere mucha dedicación y sacrificios; además de una constante y continua formación y actualización de conocimientos.

¹¹ *Visión y perspectiva femenina respecto a la profesión médica y los colegios profesionales en España*. 2013.

También, en una entrevista,¹² la presidenta de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular (SECTCV) afirmaba:

Parece como si el binomio mujer médico-niño lo siguiese comprando todo el mundo, mientras que el de mujer cirujano, sobre todo en algunas especialidades, como Urología o Traumatología, parece que sigue repeliendo socialmente.

(...) parece más aceptado que una mujer sea pediatra, ginecóloga o médica de familia que no que te abra el corazón con un bisturí. A mí, que todo el mundo me conoce en el entorno de la Cirugía Cardiovascular, aún me cuestan que colegas de especialidades afines me vean como la presidenta de la sociedad científica y se siguen dirigiendo al vicepresidente. Y no es mala fe, ojo, es que no conciben que una mujer presida una sociedad quirúrgica. Además, en el entorno del paciente, y eso es más preocupante, todavía hay muchos que preguntan si soy yo, una mujer, quien va a operarles.

Si en la elección profesional pueden tener un peso importante los estereotipos, en el acceso al empleo y su mantenimiento también hay factores influyentes. Pueden ser los requerimientos respecto a la movilidad, la intensidad o los horarios. Si

¹² *Diario Médico* 8/03/2018.

<http://www.diariomedico.com/2018/03/08/area-profesional/profesion/el-genero-factor-irrelevante-en-la-eleccion-de-la-especialidad>

cualquiera de ellos cursa contra aspectos feminizados, como por ejemplo el cuidado de hijos e hijas, se constituirán como barreras infranqueables. Del mismo informe citado anteriormente:

La conciliación entre la vida laboral y la vida familiar constituye, todavía hoy, una fuente de conflicto que afecta la vida profesional y personal de las distintas profesionales. Existen actualmente pocos mecanismos que puedan garantizar la continuidad profesional, especialmente en épocas relacionadas con la maternidad o cuando hay hijos pequeños o personas dependientes en la familia. Los horarios laborales y la falta de flexibilidad constituyen otro de los problemas principales a la hora de conseguir compatibilizar las obligaciones familiares con las laborales. La actitud más frecuente es la renuncia de las oportunidades laborales en favor de la estabilidad familiar. En general, queda poco tiempo de dedicación personal y la organización de los horarios resulta muy difícil de gestionar.

Hay otras razones asociadas que condicionan las decisiones laborales como lo que se denomina “expectativa de sanción”, es decir, la desaprobación ante la elección de la sociedad, la familia o incluso, los propios compañeros y compañeras de profesión. Sentirse fuera de lugar, ser foco de atención o tener miedo al fracaso pueden frustrar una carrera. Son causas en general, que animan a hombres y mujeres a desarrollar profesiones acordes a las *expectativas de género* ya que perciben —aunque no se haga consciente— que

se reducen las dificultades para el acceso y el mantenimiento. Y de ese modo, se reproduce la segregación laboral.

Pero, si bien es interesante analizar las causas, sobre todo para buscar en este caso, factores que condicionen la libre elección de especialidad, es casi más importante observar si se producen consecuencias desfavorables. Una de ellas puede ser que la elección de una profesión con rasgos masculinos, impida la incorporación laboral de mujeres. De la misma entrevista con la Dra. Centella:

Cirugía Cardiovascular es, en efecto, una especialidad mayoritariamente masculina, y los residentes son también mayoría de hombres, pero el problema no es éste; el verdadero problema es que cuando acaban y salen al mercado laboral, en España, se contrata sobre todo a hombres. Yo soy la primera presidenta en la historia de la sociedad científica y la primera presidenta de la comisión de la especialidad, pero es que en España sólo hay una mujer jefa de servicio.

Dichas consecuencias se pueden reflejar en desigualdades en la remuneración o menores oportunidades laborales de promoción o de mantenimiento del trabajo, pero también, sin duda, influyen en la productividad ya que intervienen en que no siempre las personas más preparadas accedan a los puestos de trabajo donde resultan más eficientes.

Modelo retributivo

El informe de 2017 del CGCOM, *La atención primaria de salud en España en 2025*, señala altas exigencias en el empleo en la profesión médica en comparación con otras basándose en las siguientes cuestiones:

- Formación inicial entre diez y doce años y una edad de 28 a 30 años.
- Jornadas complementarias obligatorias y especiales voluntarias pero que suponen un esfuerzo importante que no se refleja en cotizaciones ni computan como tiempo de trabajo a efectos de derechos laborales.
- Alto nivel de responsabilidad civil, penal y ética que supone costes elevados en seguros de responsabilidad.
- Necesidad de formación continua y permanente que se suele realizar fuera del horario laboral.
- Condiciones laborales que caracterizan con: alto grado de masificación en las consultas, agotamiento físico y mental, y sumisión a riesgos y estrés.

Un informe realizado en 2018 por una compañía multinacional de selección de personal¹³ señala que, en España, en función de los lugares de ejercicio y de la experiencia, los salarios son:

- En la medicina asistencial de atención primaria, entre 38 mil y 56 mil euros anuales.
- En la medicina asistencial de atención especializada, entre 40 mil y 59 mil euros anuales.
- En la dirección médica, entre 47 mil y 77 mil euros anuales.
- En la gerencia de hospitales, entre 57 mil y 91 mil euros anuales.

A falta de datos concretos sobre las retribuciones de mujeres y de hombres en la profesión médica, se recoge el gráfico de la última publicación de datos del Instituto Nacional de Estadística con resultados de la *Encuesta anual de estructura salarial*. Corresponden al año 2015 y se puede apreciar que en Actividades sanitarias, la ganancia media anual de las mujeres es de 23.889 euros, frente a los 32.830,89 para los hombres, lo que representa un 27,2 % de brecha salarial de género, casi cinco puntos por encima de la media (22,9).

13 Hays Recruitin experts worldwide. Guía del mercado laboral 2018. Un análisis de sectores y salarios en España. <http://guiasalarial.hays.es/trabajador/home>

Gráfico 14. Ganancia media anual por trabajador por secciones de actividad.

Encuesta anual de estructura salarial. 2015. INE

GANANCIA MEDIA ANUAL POR TRABAJADOR POR SECCIONES DE ACTIVIDAD. 2015

	Total	Mujeres	Hombres
D. Suministro de energía	51.919,72	*43.674,19	54.024,87
K. Actividades financieras	41.547,07	36.455,79	47.533,67
J. Información y comunicaciones	33.046,23	28.935,74	35.417,86
B. Industrias extractivas	32.494,07	*36.885,69	31.770,89
O. Administración pública	28.559,79	27.305,84	29.827,97
<hr/>			
C. Industria manufacturera	26.543,77	22.001,02	28.129,88
M. Actividades profesionales	26.347,37	21.980,57	31.586,27
E. Suministro de agua	26.340,27	22.616,21	27.340,59
Q. Actividades sanitarias	25.823,88	23.889,48	32.830,89
H. Transporte y almacenamiento	23.937,81	22.039,75	24.497,46
<hr/>			
Total de actividades	23.106,30	20.051,58	25.992,76
<hr/>			
F. Construcción	22.660,82	20.060,54	23.113,93
P. Educación	21.667,33	20.981,61	23.143,33
L. Actividades inmobiliarias	20.540,02	17.330,11	25.763,32
G. Comercio	19.651,05	16.481,34	22.903,70
R. Actividades artísticas	17.375,02	14.741,49	19.571,39
<hr/>			
S. Otros servicios	16.033,97	13.772,86	20.781,89
N. Actividades administrativas	15.948,63	13.085,14	19.823,51
I. Hostelería	13.977,06	12.563,08	15.751,27

Variaciones interanuales



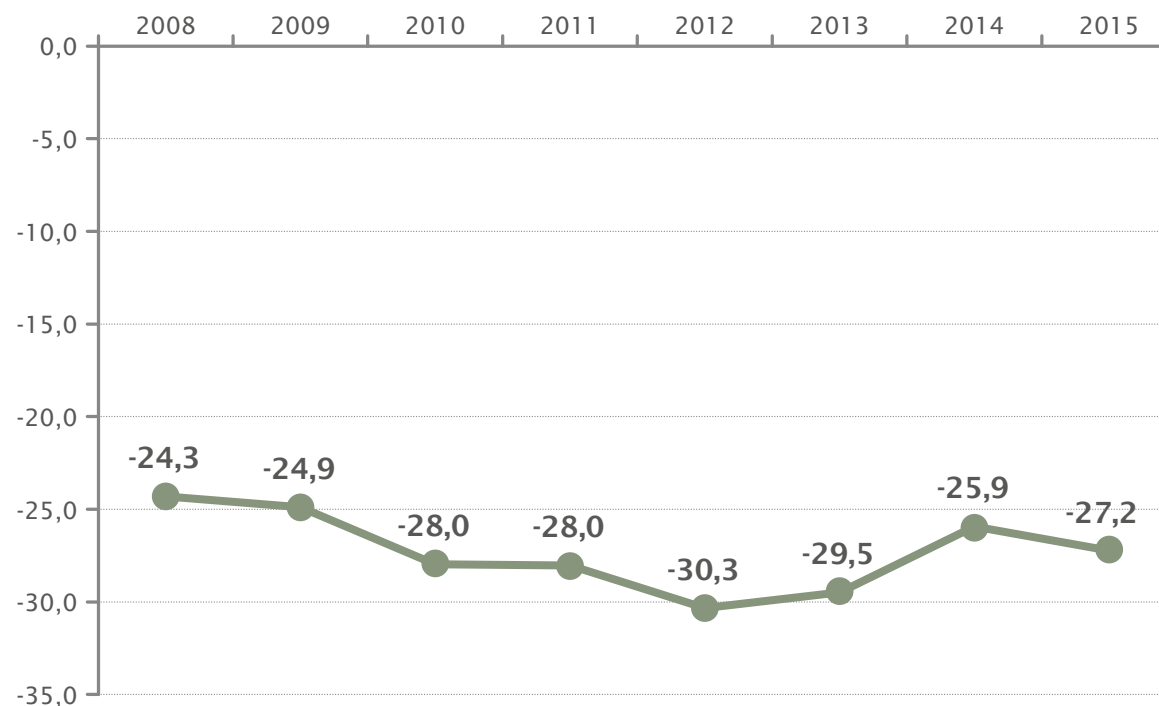
TAMAÑO MUESTRAL DE LAS CELDAS: Cuando la casilla está marcada con un asterisco (*) indica que el número de observaciones muestrales está comprendido entre 100 y 500 por lo que la cifra está sujeta a gran variabilidad.

Y, además, hay que considerar que la brecha salarial en el grupo de ocupación al que pertenece la profesión médica —Actividades sanitarias y de servicios sociales— ha evolucionado negativamente, al menos desde 2008¹⁴ como refleja el siguiente gráfico.

14 La brecha salarial no se produce sólo en España. Según la encuesta anual sobre salarios médicos que realiza Medscape, a 19.200 médicos de más de 27 especialidades: “El salario medio de un médico de Familia en Estados Unidos se sitúa en la media de los 229.000 dólares anuales (216.000 euros, aproximadamente), 32.000 más que las médicas. La diferencia es del 16 por ciento, un punto porcentual menos que en 2016. Mientras tanto, en el hospital esta diferencia aumenta hasta el 37 por ciento: nada menos que 94.000 dólares (89.000 euros), una diferencia que ha crecido un cuatro por ciento de un año para otro. En el ámbito especializado, el salario medio de los hombres es de 345.000 dólares (325.000 euros) frente a los 251.000 euros de las mujeres. Desde Medscape indican que esta diferencia puede deberse a que la incorporación de las mujeres a algunas especialidades, y entre ellas a las mejor pagadas, ha sido más tardía que a la Primaria. (...) esta brecha salarial es más reducida en el tramo de edad que llega hasta los 34 años: del 18 por ciento. En los profesionales de 35 años o más, la diferencia media siempre es superior al 30 por ciento.

Gráfico 15. Evolución de la brecha salarial en Actividades sanitarias y de servicios sociales

Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta anual de estructura salarial. Serie 2008-2015.



A todo ello es necesario añadir que la retribución de la profesión médica en España no es homogénea en todo el territorio. Según un estudio realizado por Adecco Healthcare¹⁵ en 2017, las dife-

rencias salariales entre comunidades autónomas son importantes, como se refleja en la siguiente tabla que sería mucho más completa si proporcionara los datos desagregados por sexo.

15 Adecco Healthcare (2017). Informe sobre el empleo en el sector sanitario.

<http://www.adeccohealthcare.com/#blognoticias>

Tal como señalan los autores del estudio:

En la comparativa regional, es el País Vasco la comunidad autónoma con mayores salarios para cualquiera de las ramas sanitarias. Por el contrario, es la Región de Murcia la zona en la que las retribuciones en el sector son más reducidas. Las diferencias salariales entre las dos zonas son tan marcadas que, de media, para los licenciados en medicina, la retribución varía en 7.630 euros.

Es evidente que para un análisis exhaustivo de las diferencias salariales entre mujeres y hombres son necesarios datos desagregados por sexo que no se encuentran en la mayoría de estudios e informes. Sin embargo, a continuación, se realiza un breve análisis de los modelos retributivos en los sectores público y privado porque en sí mismos contienen elementos influyentes desde el punto de vista de género.

Tabla 4. Previsión salarial 2017 por comunidades autónomas

Adecco Healthcare.

Comunidad Autónoma	Tipo de estudios			
	Licenciatura médica	Médico especialista	Enfermería especializada	Enfermería generalista
País Vasco	37.631 €	54.148 €	29.219 €	25.087 €
Navarra	32.968 €	47.439 €	25.599 €	21.979 €
Canarias	32.794 €	53.720 €	28.989 €	21.863 €
Baleares	31.865 €	52.383 €	28.267 €	21.243 €
Com. Valenciana	31.722 €	45.192 €	24.387 €	21.177 €
Castilla-La Mancha	31.602 €	45.472 €	24.538 €	21.068 €
Cantabria	31.137 €	44.804 €	24.177 €	20.758 €
Galicia	30.986 €	43.613 €	23.576 €	20.700 €
Asturias	30.953 €	44.539 €	24.034 €	20.635 €
La Rioja	30.871 €	44.421 €	23.971 €	20.581 €
Castilla y León	30.746 €	43.503 €	23.533 €	20.543 €
Aragón	30.718 €	44.005 €	23.746 €	20.507 €
Cataluña	30.638 €	49.081 €	26.250 €	20.448 €
Madrid	30.266 €	43.550 €	23.501 €	20.177 €
Andalucía	30.226 €	42.734 €	23.124 €	20.204 €
Extremadura	30.059 €	41.957 €	22.740 €	20.086 €
Murcia	30.000 €	40.911 €	22.095 €	20.086 €

Empleo público

El modelo retributivo del Servicio Nacional de Salud está sujeto a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Según esta ley, las retribuciones se adecuarán a lo que dispongan las correspondientes leyes de presupuestos y podrán ser básicas o complementarias. En el artículo 42, se especifica que las **retribuciones básicas** se componen por:

- a) *El sueldo asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño conforme a lo previsto en la ley.*
- b) *Los trienios, que consisten en una cantidad determinada para cada categoría en función de lo previsto en el párrafo anterior, por cada tres años de servicios. La cuantía de cada trienio se establece en función de cada categoría.*
- c) *Las pagas extraordinarias que serán dos al año y se devengarán preferentemente en los meses de junio y diciembre. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y trienios, al que se añadirá la catorceava parte del importe anual del complemento de destino.*

Según el Informe citado del CGCOM,¹⁶ no hay diferencias salariales respecto a estas retribuciones.

El artículo 43 de la Ley fija las características de las **retribuciones complementarias** que “se orientan prioritariamente a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados”:

Las retribuciones complementarias son fijas o variables, y van dirigidas a retribuir la función desempeñada, la categoría, la dedicación, la actividad, la productividad y cumplimiento de objetivos y la evaluación del rendimiento y de los resultados, determinándose sus conceptos, cuantías y los criterios para su atribución en el ámbito de cada servicio de salud.

Las retribuciones complementarias podrán ser:

- a) *Complemento de destino correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. El importe anual del complemento de destino se abonará en 14 pagas.*
- b) *Complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial*

dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En ningún caso podrá asignarse más de un complemento específico a cada puesto por una misma circunstancia.

- c) *Complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.*
- d) *Complemento de atención continuada, destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.*
- e) *Complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.*

En el citado informe se explica que la cuantía del complemento de destino es inferior para las y los profesionales de la Medicina de Familia y Pediatría (un 42,8 % en comparación con una jefatura de servicio):

¹⁶ CGCOM (2017). *La atención primaria de salud en España en 2025.*

	Nivel admin.	Importe complem. destino	% diferencia c/anterior
Medicina de Familia y Pediatría	24	588,75	
Dirección de Centro de salud	25	625,67	6,3
Jefatura de sección de hospital	26	705,19	12,7
Jefatura de servicio	28	840,73	19,2

En el caso del **complemento específico**, el informe señala que hay importantes diferencias entre comunidades autónomas: entre 100 y 1.200 euros, lo que da pie a pensar que es un complemento cargado de cierta arbitrariedad.

Respecto al **complemento de productividad**, puede ser por productividad fija y por productividad variable. Se da también mucha diversidad entre los distintos servicios de salud y el informe afirma que “no siempre se mide con criterios totalmente objetivos”.

El complemento de **atención continuada** se cobra por debajo de de la hora ordinaria aunque su importe suele ser el mismo en hospitales y en atención primaria con pocas excepciones.

Para cobrar el **complemento de carrera** es necesario cumplir con una serie de requisitos: en general, cinco años de servicios prestados por cada uno de los cuatro niveles que se establecen. Es decir, para el máximo son necesarios unos 20 años de carrera. Los baremos son diferentes por comunidades autónomas.

Además, el informe señala que existen **otros complementos** no contemplados en la ley: complemento residencia, acuerdo, autonómico, nivelación, etc., aunque no especifica sus características.

Empleo privado

La regulación laboral que establece el convenio laboral del sector señala que las remuneraciones se componen de un salario base al que se suman, si es procedente, complementos generales y por nocturnidad. Los módulos de cálculo para dichos complementos y nocturnidad suponen pluses en torno al 90-95 % sobre el salario base.

Los complementos que están estipulados (además de los habituales de antigüedad y plus de transporte) son:

- **Complemento de puesto de trabajo de responsabilidad** (10 % más de su módulo correspondiente), determinado por cada empresa, aunque “cuando el trabajador/a que sea adscrito a un puesto de responsabilidad tenga consolidada una retribución superior al citado

mínimo, se entenderá incluido el mismo en el complemento funcional y no será, por tanto, obligatorio incrementarlo adicionalmente.”

- **Complemento especial:** Para el personal en razón de la mayor especialidad, toxicidad, peligro openosidad, se establece un complemento consistente en un 15 por 100 del módulo establecido en las siguientes secciones o departamentos:

- Quirófano.
- Radioelectrología.
- Radioterapia.
- Medicina nuclear.
- Laboratorio de análisis clínicos.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Unidad de enfermos contagiosos.
- Hemodiálisis.

- **Complemento de nocturnidad.**
- **Complemento específico** para los grupos profesionales superiores (IV en el que se encuentran por ejemplo, las categorías de matrn/a, fisioterapeuta, ATS, y V donde están las y los médicos), si el cargo “exige estudios complementarios de especialidad”. Se abonará un complemento específico equivalente al menos al 5 % sobre el módulo de complementos correspondiente al respectivo grupo profesional.

Resumen

Respecto a los modelos retributivos la evidencia es que su resultado provoca una brecha de género de más de un 27 % entre los salarios de hombres y de mujeres que, además, mantiene una tendencia a aumentar. Se evidencia asimismo, que hay diferencias salariales importantes entre comunidades autónomas y que en los modelos retributivos público y privado hay una serie de complementos, algunos de los cuales se consideran arbitrarios por el informe del propio CGCOM.

La pregunta que queda pendiente de respuesta es si los modelos retributivos en el ámbito público o privado afectan en mayor medida a unas especialidades que a otras, o a puestos feminizados o masculinizados y si, en consecuencia, se producen desigualdades por razón de sexo.

No hay datos disponibles suficientes, pero en términos generales, la brecha de género salarial cuando se produce en la Administración pública o en la empresa privada depende de los siguientes factores que sería necesario comprobar si suponen discriminaciones indirectas:

- Cuando en las jerarquías laborales hay una mayoría de hombres, afectan los sistemas de cooptación que suelen priorizar también a hombres. En la medida en que los puestos de responsabilidad están masculinizados el complemento correspondiente lo reciben más hombres que mujeres.
- Si la mayoría de las especialidades que son susceptibles de cobrar complementos especiales y específicos están ocupadas sobre todo por hombres, se produce una discriminación indirecta porque pone en desventaja a las mujeres.
- Como ya se ha visto, la mayoría de las excepciones por cuidados familiares e hijos las solicitan mujeres. Esta circunstancia repercute sobre su remuneración, su carrera profesional y sus derechos laborales, en especial, sobre sus pensiones a futuro.
- Mientras de las tareas de cuidado de hijos, hijas y personas dependientes se ocupen sobre todo mujeres están afectados todos los complementos vinculados a mayor tiempo de trabajo.
- Las mujeres realizan en menor medida trabajos por la noche por distintas razones: responsabilidad sobre los cuidados familiares, percepción de inseguridad, etc., lo que también reduce sus posibilidades de acceder a complementos de nocturnidad.
- El embarazo supone que las mujeres médicas dejan de hacer guardias y esto supone dejar de cobrar un complemento. Es una pérdida retributiva por condición de género.
- La misma razón afecta a los complementos vinculados a carreras profesionales ya que son sobre todo ellas, quienes renuncian a una mayor presencia laboral y a la formación necesaria. Además, sus carreras profesionales están mediadas por la maternidad que ocasiona, casi siempre, entradas y salidas del mercado laboral.



Espacios de representación

En un análisis de género, además de la situación general de las mujeres en comparación con la de los hombres en teórica igualdad de condiciones, hay que observar cuál es su posición en los espacios de toma de decisiones.

En España, en términos generales, los porcentajes de mujeres en tales espacios son inferiores a la horquilla paritaria de entre el 40 y el 60 por ciento. A modo de ejemplo, como puede verse en los gráficos siguientes, en los altos cargos públicos y privados no llega a haber más de un 38,5 % de mujeres, un porcentaje que, en todo caso, supone una excepción.

Esta situación no es excepcional porque la mayoría de los países de la Unión Europea y la propia Unión no son equitativos en el reparto del poder. A modo de ejemplo, los siguientes son algunos datos tomados del Instituto Europeo de Igualdad (EIGE por sus siglas en inglés):

- En la presidencia de las comisiones de la Unión Europea las mujeres son el 32,1 %.
- Cargo de presidenta o de primera ministra el 17,8 % (sólo hay en cinco países Alemania, Polonia, Reino Unido, Noruega y Serbia). En los otros 23 países son presidentes o primeros ministros.
- En los parlamentos europeos hay más mujeres que hombres sólo en Irlanda (54,5 %) y en Finlandia (61,5 %); hay un 50 % de mujeres y de hombres en Malta, Austria, Estonia, Suecia y

Letonia. En el resto de países hay menos mujeres que hombres.

- Los CEO en las empresas europeas son masculinos. Sólo los ocupan un 15,8 % de mujeres.
- Las presidencias y membresías de los órganos de decisión de las academias nacionales de ciencias también son para hombres en su mayoría porque sólo las ocupan un 21,6 % de mujeres (en España, un 11,8 %).

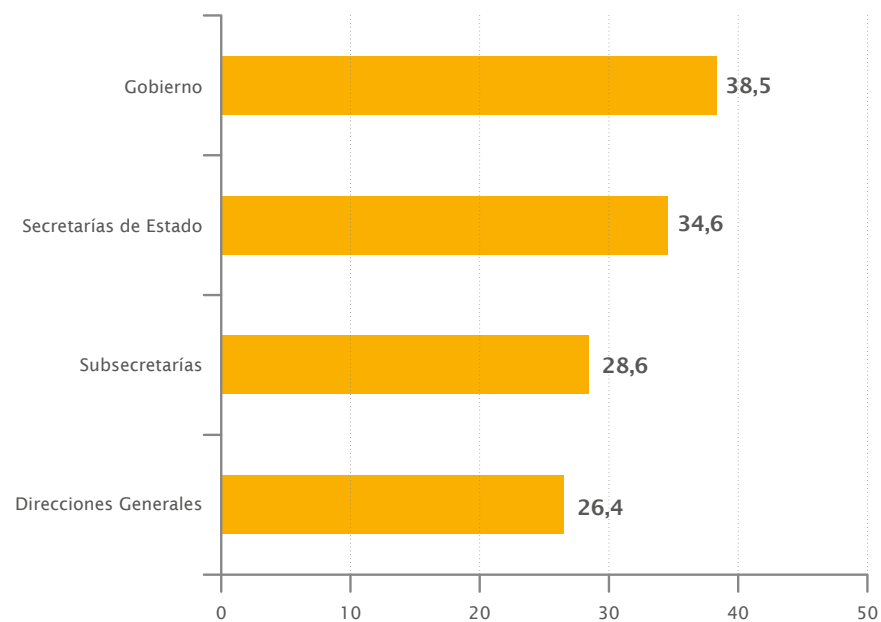
El ámbito de la profesión médica no es diferente: en España sólo hay cinco consejeras de Sanidad en las 17 autonomías, hay cinco mujeres gerentes en los 20 hospitales con mayor número de camas y sólo ocho directoras médicas en ellos. Y, como se verá a continuación, la situación en los colegios profesionales no dista de esa realidad.

Gráfico 16. Mujeres en los altos cargos públicos y privados en España. 2016

INE

MUJERES EN ÓRGANOS SUPERIORES Y ALTOS CARGOS EN LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

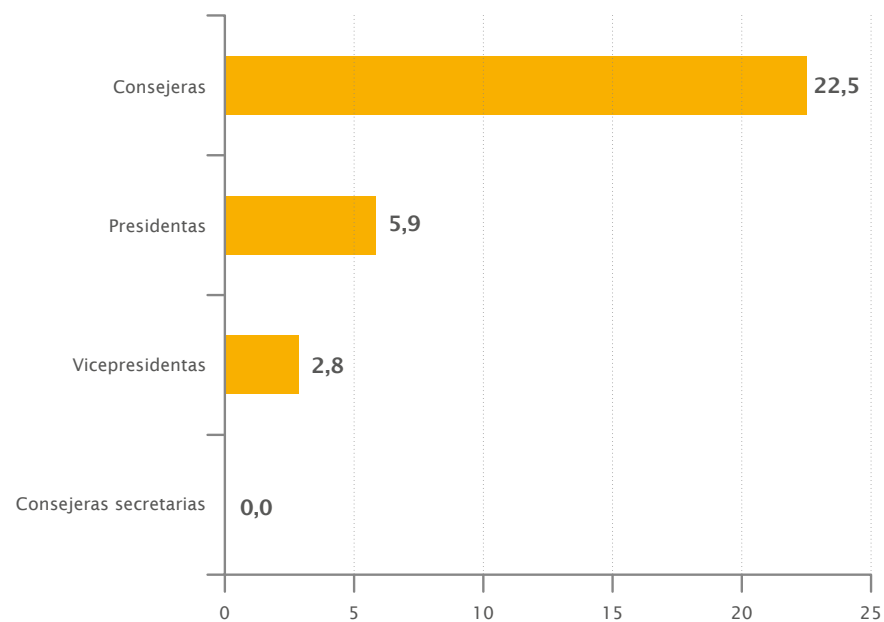
AÑO 2016 (%)



Fuente: Elaboración del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades a partir de datos facilitados por el Ministerio de Hacienda y Función Pública.

MUJERES EN LA PRESIDENCIA Y EN LOS CONSEJOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS EMPRESAS DEL IBEX 35

AÑO 2016 (%)



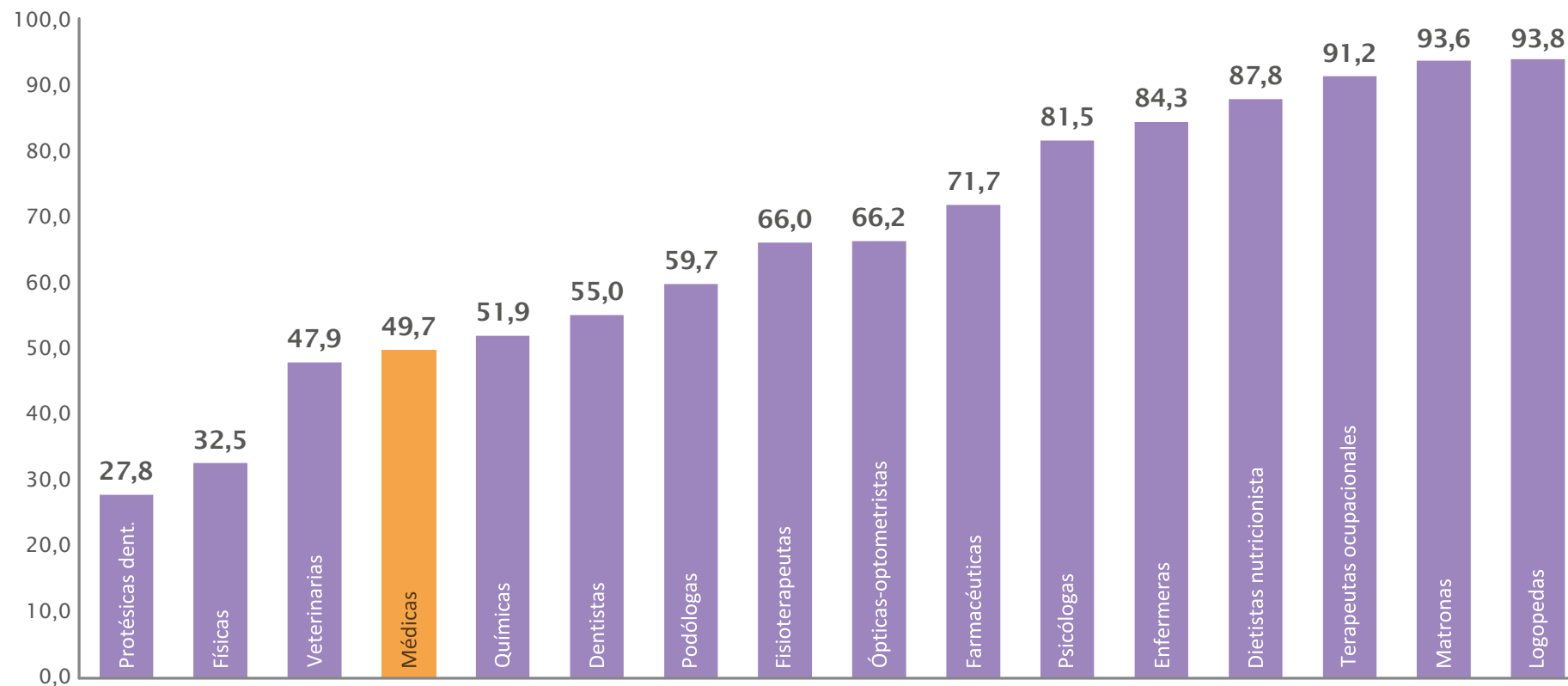
Fuente: Elaboración del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades a partir de los datos que figuran en el Informe Anual de Gobierno Corporativo de las Sociedades Anónimas Cotizadas publicados en la página web de la CNMV.

Representación en los colegios profesionales

Aunque en 2016 las mujeres eran el 67,8 % en los colegios profesionales del ámbito de la Sanidad, había grandes diferencias en su grado de representación respecto a los hombres. Las mayores se daban entre el colegio de protésicos dentales donde suponían el 27,8 % y el de logopedas donde eran el 93,8 %. En el mismo año, las mujeres médicas ya eran el 49,7 % en sus colegios profesionales.

Gráfico 17. Porcentaje de mujeres en los colegios profesionales sanitarios. 2016

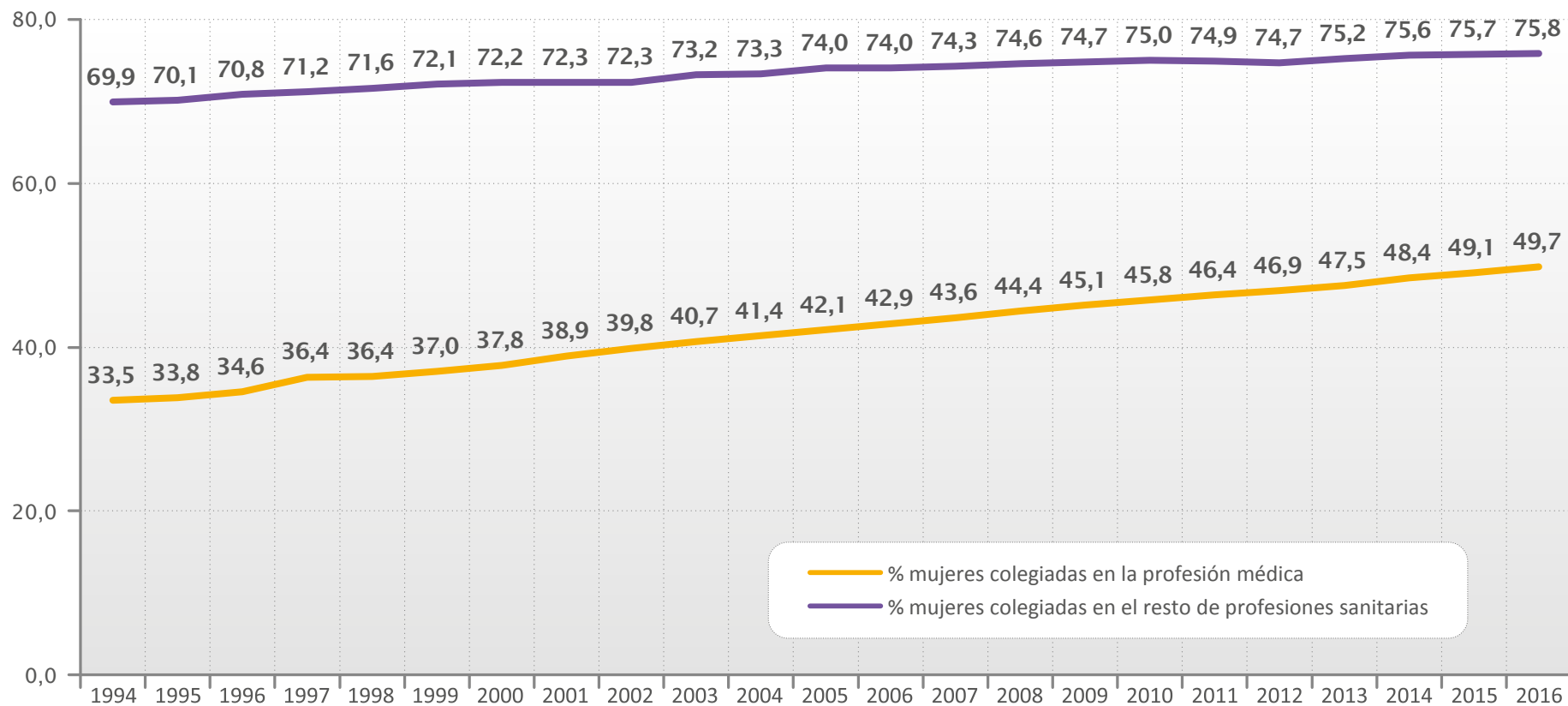
Elaboración propia a partir de datos del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades a partir de datos de la Encuesta de Profesionales Sanitarios Colegiados. Instituto Nacional de Estadística.



Como se vio en otro apartado, las mujeres médicas se han ido sumando a la profesión, en especial a partir de los años 70 del pasado siglo, y en los colegios profesionales su proporción ha crecido en los últimos años a un ritmo mayor que en el resto de profesiones sanitarias aunque sin llegar a alcanzar aún sus cifras.

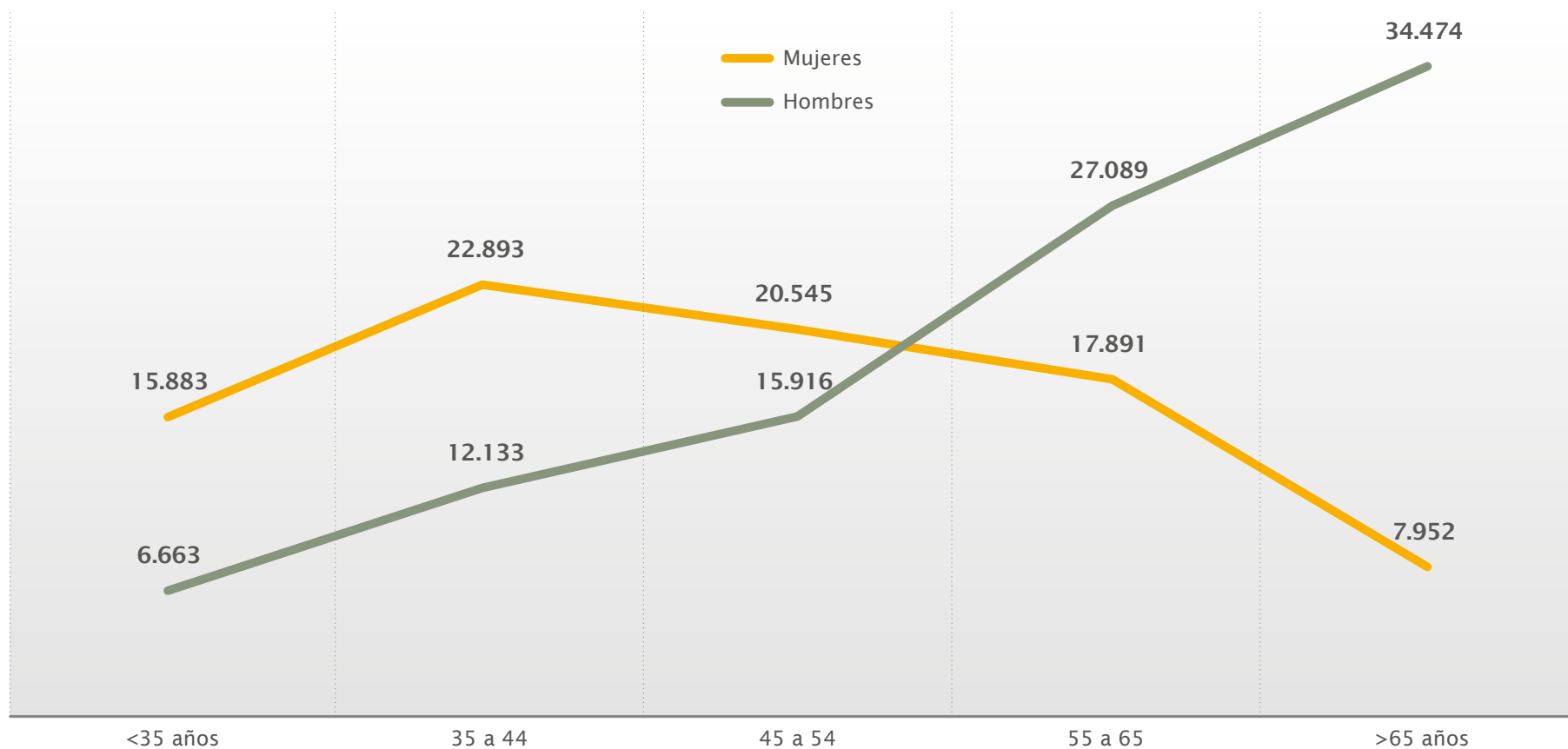
Gráfico 18. Porcentaje de mujeres en los colegios profesionales sanitarios. 1994-2016

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Profesionales Sanitarios Colegiados. Instituto Nacional de Estadística.



Desde el año 2000, se han incorporado a los colegios médicos cuatro veces más mujeres (62.471) que hombres (16.038) y por esa razón, la distribución por edad entre las personas colegiadas en 2016 muestra que hay más mujeres que hombres menores de 45 años y más hombres que mujeres a partir de dicha edad.

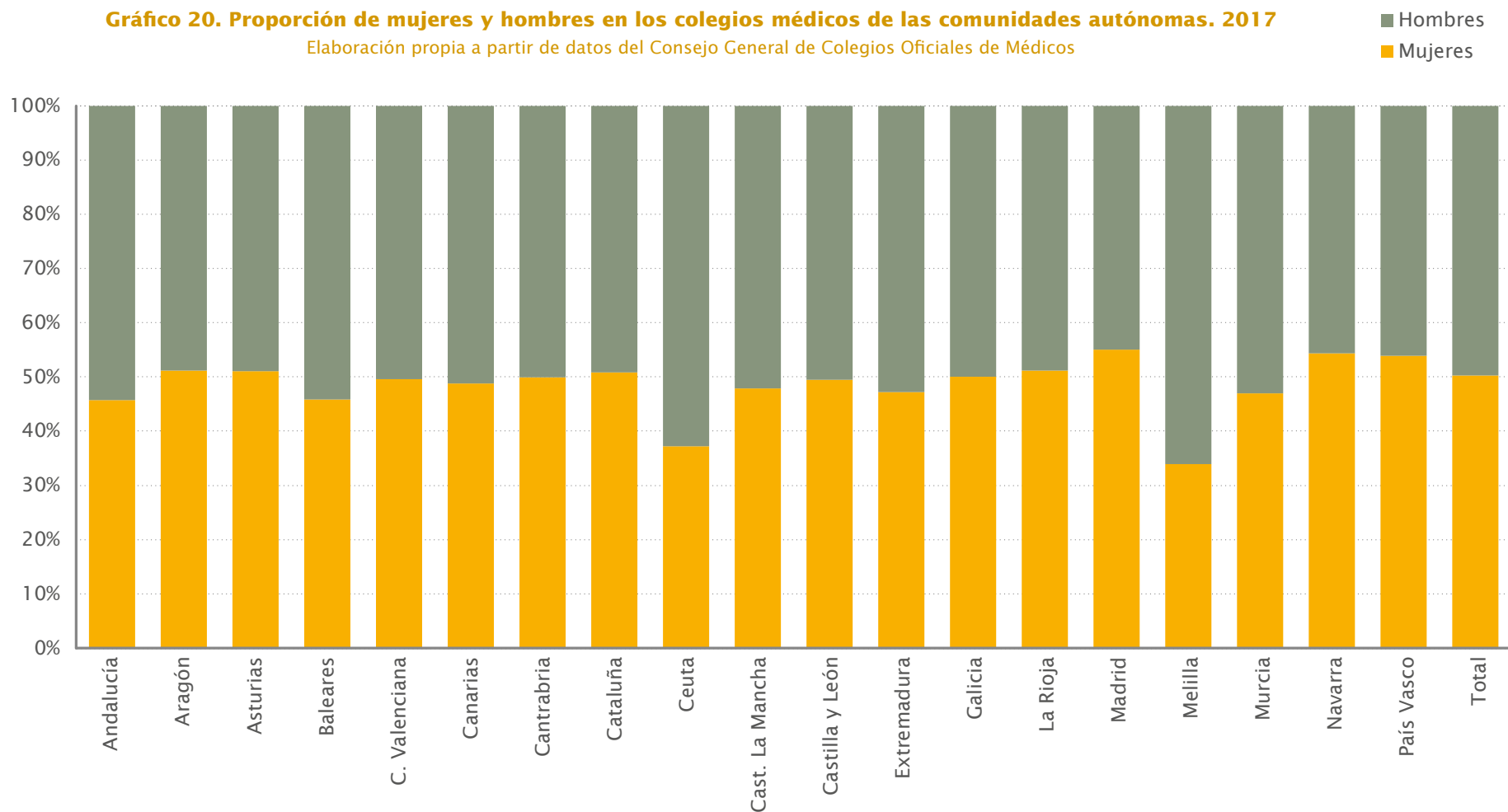
Gráfico 19. Distribución de especialistas por edades y sexo. 2016
Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.



De ese modo, **en 2017, las mujeres son ya el 50,2 % en los colegios médicos**, con ligeras diferencias entre comunidades autónomas, destacando por encima de la media: Madrid (55,1 %), Navarra (54,4 %) y País Vasco (53,9 %) y por debajo de la media, Baleares (45,9 %), Andalucía (45,8 %), Ceuta (37,2 %) y Melilla (33,9 %).

Gráfico 20. Proporción de mujeres y hombres en los colegios médicos de las comunidades autónomas. 2017

Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

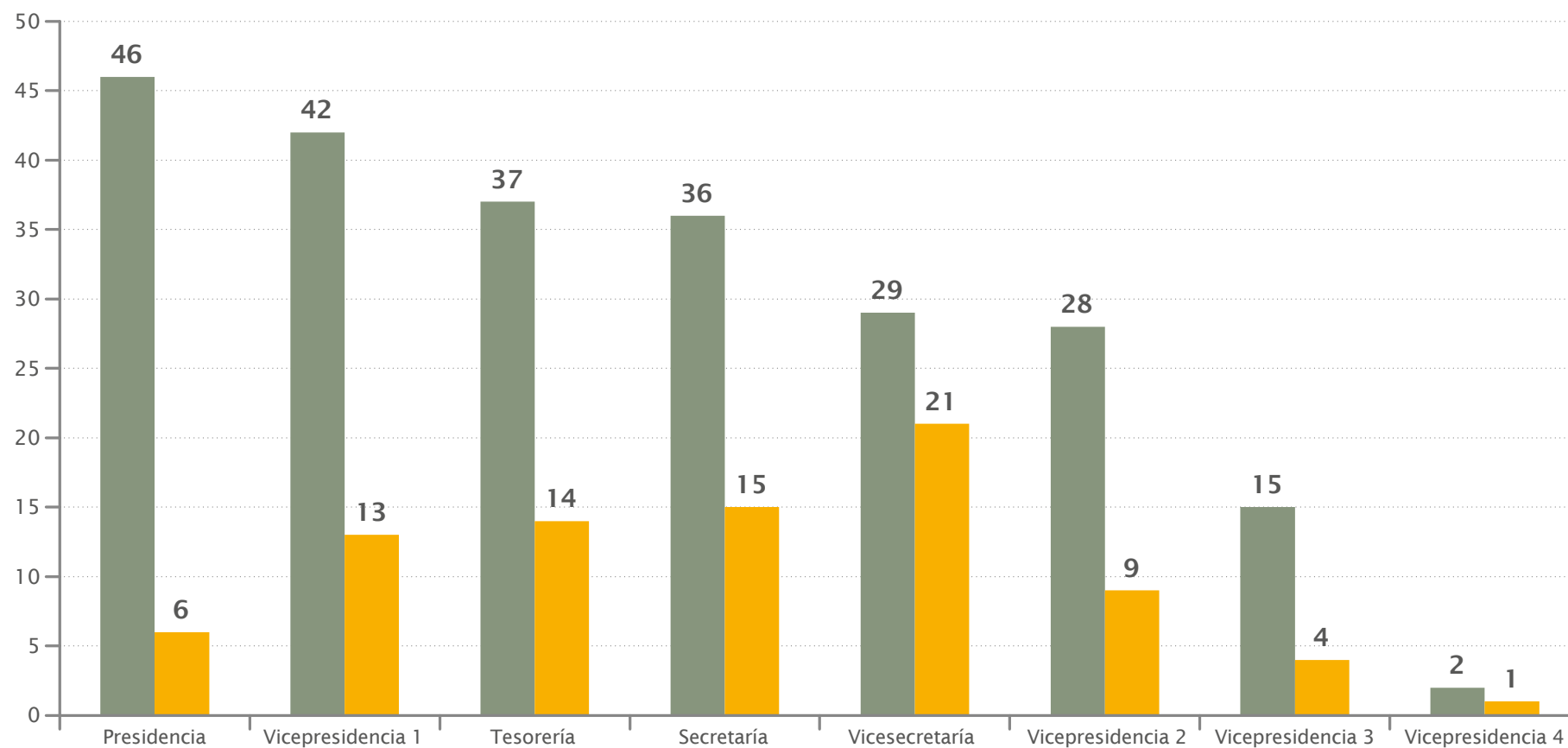


Esta proporción no se refleja en los espacios de toma de decisiones de los colegios provinciales como se puede ver con la información en abril de 2018 del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Gráfico 21. Composición de las juntas directivas provinciales de los colegios oficiales de médicos. Por sexo. Abril 2018

Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

■ Hombres
■ Mujeres



Los indicadores de género elaborados a partir de los datos anteriores, que se muestran en la tabla siguiente, señalan que la **brecha de género** —la diferencia entre mujeres y hombres en los distintos cargos representativos— es del 47,8 %. Pero, aumenta en los cargos con mayor responsabilidad.

- En todos los casos las mujeres están infrarrepresentadas (**índice de feminización**), especialmente en los cargos de Presidencia y Vicepresidencia.
- Los hombres están más representados en la Presidencia, cargo que ocupa el 20 % de los hombres de puestos directivos, y las mujeres en la Vicesecretaría, cargo que ocupa el 25 % de mujeres con algún cargo directivo (**índices de concentración**).
- Sólo en el caso de la Vicesecretaría, hombres y mujeres se aproximan a una distribución similar (**índice de distribución**).

Tabla 5. Indicadores de género de los cargos directivos en los Colegios Oficiales de Médicos. Abril 2018.

Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

	Hombres	Mujeres	Total	Índice de feminiz.	Índice de distrib.	Diferencia índices de concentr.	Índice masculino de concentr.
Presidencia	46	6	52	0,1	0,1	-0,1	-76,9
Vicepresidencia 1	42	13	55	0,3	0,2	0,0	-52,7
Vicepresidencia 2	28	9	37	0,3	0,2	0,0	-51,4
Vicepresidencia 3	15	4	19	0,3	0,2	0,0	-57,9
Vicepresidencia 4	2	1	3	0,5	0,3	0,0	-33,3
Tesorería	37	14	51	0,4	0,3	0,0	-45,1
Secretaría	36	15	51	0,4	0,3	0,0	-41,2
Vicesecretaría	29	21	50	0,7	0,4	0,1	-16,0
TOTAL	235	83	318	0,4	0,3	0,0	-47,8

En resumen, se puede afirmar que las mujeres están infrarrepresentadas en los cargos directivos (segregación horizontal) y que cuando asumen alguno de ellos es en las posiciones con menos capacidad de decisión o en puestos auxiliares (segregación vertical).

En la tabla anterior no se tiene en cuenta los cargos de vocalías que también presentan algunos sesgos de género:

La **brecha de género** en general es menor que en los cargos con mayor poder de decisión, -28,2 %, pero aumenta sensiblemente en la representación de médicos jubilados y en la de profesionales que trabajan en la medicina privada.

- El índice de feminización mejora en las vocalías de profesionales que trabajan en la Administración pública, de tutores y docentes, y, sobre todo, en las vocalías de profesionales en formación o postgrado.
- Los mayores índices de concentración entre los hombres se dan en la vocalía de médicos jubilados donde está el 13 % de los hombres con alguna vocalía. Las mujeres se concentran sobre todo en la vocalía de médicos de la sanidad pública donde está el 22 % de las mujeres con alguna vocalía.
- La distribución del cargo entre mujeres y hombres es parecida en varias vocalías: empleo precario, formación y postgrado sanidad pública y ésta en el ámbito urbano.

Tabla 6. Indicadores de género en las vocalías de los Colegios Oficiales de Médicos. Abril 2018.

Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

	Hombres	Mujeres	Total	Índice de feminiz.	Índice de distrib.	Diferencia índices de concentr.	Índice masculino de concentr.
Vocalías generales	37	23	60	0,6	0,4	0,0	-23,3
Vocalía jubilados	45	4	49	0,1	0,1	-0,1	-83,7
Vocalía empleo precario	17	18	35	1,1	0,5	0,0	2,9
Vocalía A.P. Rural	28	16	44	0,6	0,4	0,0	-27,3
Vocalía A.P. Urbana	24	23	47	1,0	0,5	0,1	-2,1
Vocalía Admin. Pública	49	42	91	0,9	0,5	0,1	-7,7
Vocalía hospitales	34	15	49	0,4	0,3	0,0	-38,8
Vocalía Med. Privada por cuenta ajena	37	8	45	0,2	0,2	-0,1	-64,4
Vocalía de Med. Privada por cuenta propia	36	10	46	0,3	0,2	-0,1	-56,5
Vocalía formación o postgrado	22	23	45	1,0	0,5	0,1	2,2
Vocalía tutores y docentes	12	9	21	0,8	0,4	0,0	-14,3
TOTAL	341	191	532	0,6	0,4	0,0	-28,2

Aunque se sabe que el 29 %¹⁷ de las y los profesionales trabajan en el sistema privado por cuenta propia o ajena, no se cuenta con datos desagregados por sexo, que permitirían justificar las brechas de género que presentan en sus vocalías. Por su parte, de los profesionales jubilados que constituyen el 2,3 % del total, más de 8 de cada 10 son hombres, por lo que no es extraño que su representación tenga una feminización mínima. Es positivo que la vocalía de formación y postgrado tenga índices de género paritarios como espejo de la realidad del mundo estudiantil.

En el conjunto de colegios provinciales, los indicadores de género son los siguientes tomando los datos de colegiación y de todas las personas que componen la junta directiva (incluidos vocales):

Tabla 7. Indicadores de género del conjunto de colegios y de juntas directivas.

Datos de juntas directivas a abril 2018 y datos de colegiación a diciembre de 2017. Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

	Colegiación	Juntas directivas
Hombres	124.608	572
Mujeres	123.366	269
Índice de feminiz.	1,0	0,5
Brecha de género	- 0,5	- 36,0

¹⁷ OMC-Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2017). Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017.

Es decir, en el conjunto de las juntas directivas de los colegios provinciales las mujeres están infrarrepresentadas y hay un 36% menos de mujeres que de hombres, aunque el número de colegiados y colegiadas sea similar. Esta brecha de género es inferior a la que se veía para los cargos con mayor capacidad de decisión porque se incorporan las vocalías, un cargo en el que, como se vio, la brecha de género se reduce al -28,2%.

Se analizan a continuación los indicadores de género de una muestra de los colegios provinciales tomando aquellos que tienen más de cinco mil personas colegiadas y que agrupan al 66,4% del total de personas colegiadas.

Tabla 8. Índices de género de colegios oficiales de médicos con más de cinco mil personas colegiadas.
Datos de juntas directivas a abril 2018 y datos de colegiación a diciembre de 2017. Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

	Índice de feminización		Índice de distribución		Brecha de género	
	Junta directiva	Colegiación	Junta directiva	Colegiación	Junta directiva	Colegiación
Madrid	0,3	1,2	0,2	0,5	-57,1	8,8
Barcelona	0,6	1,0	0,4	0,5	-25,0	1,8
Valencia	0,4	1,0	0,3	0,5	-44,4	0,1
Sevilla	0,2	0,8	0,2	0,5	-62,5	-8,5
Málaga	0,2	0,8	0,2	0,5	-62,5	-9,1
Alicante	0,3	0,9	0,2	0,5	-52,9	-6,1
Bizkaia	0,4	1,1	0,3	0,5	-41,2	5,9
Murcia	0,4	0,9	0,3	0,5	-42,9	-7,2
Zaragoza	0,7	1,1	0,4	0,5	-20,0	3,3
Asturias	0,4	1,0	0,3	0,5	-46,7	0,5
A Coruña	0,5	1,0	0,4	0,5	-30,0	-1,3
Baleares	0,2	0,8	0,2	0,5	-65,0	-9,4
Las Palmas	0,7	0,9	0,4	0,5	-16,7	-8,1
Cádiz	0,3	0,8	0,2	0,4	-52,9	-13,8

En todas las juntas directivas de estos colegios las mujeres están infrarrepresentadas porque su **índice de feminización** es inferior a 1; a pesar de que haya un número equitativo de hombres y mujeres colegiados en Barcelona, Valencia, A Coruña y Asturias y cierto grado de feminización en la colegiación de Zaragoza, Vizcaya y Madrid.

Aunque en la mayoría de los colegios provinciales, mujeres y hombres se distribuyen por igual (**índice de distribución=0,5**), no ocurre lo mismo en sus juntas directivas. De las provincias con mayor colegiación, la distribución de los cargos es menor en Madrid, Sevilla, Málaga, Alicante, Baleares y Cádiz donde hay dos mujeres por cada diez hombres.

Del conjunto de colegios provinciales la tabla siguiente recoge las juntas directivas con mayor índice de feminización y brechas de género a favor de las mujeres. Granada tiene la mejor situación ya que su índice paritario y no hay brecha de género. En el resto de las provincias de la tabla, las juntas directivas están más o menos feminizadas, especialmente Burgos donde la brecha de género a favor de las mujeres es del 18,5 %. En todos los casos la representación de los colegios en estas provincias tiene índices de feminización más altos en las juntas directivas que entre sus representados, dado que en la colegiación de estas provincias hay más hombres que mujeres. Por ejemplo, en Córdoba hay colegiados un 10,1 % más de hombres que de mujeres.

Tabla 9. Colegios provinciales con mayor índice de feminización en sus juntas directivas.

Datos de juntas directivas a abril 2018 y datos de colegiación a diciembre de 2017.
Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

	Índice de feminización junta directiva	Índice de feminización colegiación	Brecha de género en las juntas directivas	Brecha de género colegiación
Burgos	1,5	1,0	18,5	-0,8
Girona	1,2	1,0	9,1	-0,9
Córdoba	1,1	0,8	5,9	-10,1
Toledo	1,1	0,9	5,9	-4,7
Granada	1,0	0,9	0	-7,9

En pocas provincias la **brecha de género** en cuanto a colegiación supera el 10 % —las mayores se dan en Cádiz (-13,8 %), Jaén (-17,7 %), Ceuta (-31,9 %) y Melilla (-34,5 %)— e incluso, es negativa en el caso de varias provincias (el dato más alto es el de Araba donde hay un 9,5 % más de mujeres).

Como ya se ha visto, hay cuatro juntas directivas con brecha de género a favor de las mujeres y otra paritaria, pero a partir de ahí, en ninguna provincia es inferior al -7,7 % y en 16 provincias es superior al 50 %.

La diferencia más alta se produce en Madrid donde en la junta directiva hay una sola mujer entre sus 16 componentes (brecha de género de -87,5 %).

Los colegios con peores índices de género en sus juntas directivas son los de la siguiente tabla. En todos los casos tienen un 60 % o más de hombres que de mujeres en su junta directiva. Tal vez los casos más significativos sean los de Madrid, Araba y Castellón porque representan a una colegiación feminizada. En Araba por ejemplo, hay un 9,5 % más de colegiadas que de colegiados, mientras que su índice de feminización en la junta directiva es sólo de un 0,2.

Tabla 10. Colegios provinciales con peores indicadores de género.

Datos de juntas directivas a abril 2018 y datos de colegiación a diciembre de 2017. Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

	Juntas directivas		Colegiación	
	Índice de feminización	Brecha de género	Índice de feminización	Brecha de género
Madrid	0,3	-60,0	1,2	8,8
León	0,2	-62,5	1,0	-1,7
Badajoz	0,2	-62,5	0,9	-5,4
Sevilla	0,2	-62,5	0,8	-8,5
Málaga	0,2	-62,5	0,8	-9,1
Baleares	0,2	-65,0	0,8	-9,4
Araba	0,2	-69,2	1,2	9,5
Cantabria	0,2	-69,2	1,0	-0,9
Castellón	0,1	-87,5	1,0	1,5

Representación en los órganos de gobierno del CGCOM

El CGCOM está compuesto por los siguientes órganos colegiados de gobierno:

- **La Asamblea General**

La Asamblea General es el máximo órgano rector del Consejo General y está integrada por todos los Presidentes de los Colegios Oficiales de Médicos, por los miembros de la Comisión Permanente, por los Representantes Nacionales de las Secciones Colegiales y por los representantes de la Universidad, de las Sociedades Científicas y de otras entidades médicas que, con voz pero sin voto, la propia Asamblea acuerde incorporar.

- **La Comisión Permanente del Consejo General**

La Comisión Permanente del CGCOM tiene como funciones la dirección, gestión y administración dentro del Consejo General.

Desarrolla y ejecuta los acuerdos adoptados por la Asamblea General, tramita los asuntos administrativos y de gestión diaria del Consejo General y se encarga de la organización administrativa y de la dirección de los órganos internos de gestión del Consejo General y del personal

- **El Pleno del Consejo General es el máximo órgano consultivo y de asesoramiento de la institución**

El Pleno del Consejo General lo forman los Presidentes o Vicepresidentes, en su caso, de los Consejos Autonómicos, los miembros de la Comisión Permanente y los Representantes Nacionales de las Secciones Colegiales.

La composición actual de estos órganos mantiene, como puede verse en la tabla siguiente una brecha de género muy alta. En la estructura con menos diferencias, el Pleno del Consejo General, sólo hay un 13 % de mujeres (índice de feminización 0,2).

Tabla 11. Índices de género en los órganos de gobierno del CGCOM. 2018

	Hombres	Mujeres	Total	Brecha género
Asamblea General	58	8	66	-72,5
Comisión permanente	6	0	6	-100
Pleno del Consejo General	28	3	15	-93,3

Analizando la composición de los distintos colectivos que componen la Asamblea General o el Pleno del Consejo General, aunque las mujeres están infrarrepresentadas en todos ellos, la brecha de género más reducida se da en las presidencias y vicepresidencias de los Consejos Autonómicos donde de sus nueve miembros, cuatro son mujeres.

Tabla 12. Índices de género de distintos colectivos de la Asamblea General o el Pleno del Consejo General del CGCOM. 2018

	Hombres	Mujeres	Total	Índice de feminización	Brecha de género
Presidentes de los COM	45	7	52	0,15	-64,2
Representantes Nacionales de las Secciones Colegiales	7	1	8	0,12	-70,0
Presidentes o Vicepresidentes de Consejos Autonómicos	14	5	19	0,35	-28,0

A estas estructuras hay que añadir la Comisión Deontológica compuesta por 12 hombres.

Resumen

En resumen, la mitad de las personas colegiadas son mujeres aunque hay comunidades autónomas donde su porcentaje es inferior (Balears, Andalucía, Ceuta y Melilla) y otras donde es mayor (Madrid, Navarra y País Vasco). En cualquier caso, a excepción de Ceuta y Melilla, en ningún colegio de comunidad autónoma hay menos de un 45 % de mujeres y en ningún colegio provincial menos de un 41 %.

Sin embargo, esta proporción de mujeres médicas no se replica en la composición de los órganos directivos de los colegios provinciales. Sería deseable que la distribución de los cargos entre hombres y mujeres estuviera en la horquilla del 40-60 %, pero: son hombres el 88,5 % de quienes ocupan la presidencia y el 76,3 % de quienes ocupan las vicepresidencias, es decir, se produce una segregación horizontal; y sólo en la Vicesecretaría y en algunas vocalías, los cargos con menos capacidad de decisión, las mujeres tienen una representación superior al 40 %. Es decir, se suma a la segregación horizontal, la segregación vertical.

En conjunto, la brecha de género de las juntas directivas de los colegios provinciales dice que hay un 36 % menos de mujeres que de hombres. En todos los colegios con un número superior a cinco mil personas colegiadas las mujeres están infrarrepresentadas en las juntas directivas y, en conjunto, sólo en los colegios de Burgos, Girona, Córdoba, Toledo y Granada se dan indicadores positivos de género. Aunque la práctica de estos colegios es muy esperanzadora y debe servir de ejemplo, en ellos apenas se suman 16 mil personas colegiadas, el 6,3 % del total. Por el contrario, los colegios que tienen brechas de género mayores del 60 % representan al 32 % de las personas colegiadas, más de 40 mil mujeres entre ellas.

En los órganos de gobierno del CGCOM la situación es similar y las brechas de género hablan por sí solas.

Hipótesis sobre necesidades específicas de las mujeres médicas

Cuando se hace una clasificación de necesidades sociales suele utilizarse la tipología de necesidades que estableció Bradshaw: normativas, sentidas, expresadas y comparadas.¹⁸ Cada una de ellas pone el acento en aspectos que no se están atendiendo a pesar de la evidencia, o no sólo son deseos, o bien no se conoce cómo atender, o se consideran un agravio en comparación con otras situaciones similares.

Este diagnóstico no ha tenido ocasión de entrevistar a mujeres de la profesión que pudieran completar las hipótesis sobre necesidades que se establecen a continuación y que están basadas en informaciones escritas. Conocer las necesidades expresadas por las propias médicas es una tarea que sería interesante acometer en siguientes pasos del proceso en el que el CGCOM está implicado para favorecer la igualdad.

En cualquier caso, se recogen a continuación algunas hipótesis.

¹⁸ Bradshaw, J.R. (1972) 'The taxonomy of social need', in McLachlan, G. (ed), Problems and Progress in Medical Care, Oxford University Press: Oxford.

Necesidades normativas

Las necesidades normativas quedan definidas por Bradshaw como aquellas que precisan las personas expertas en un tema concreto. En este caso, las necesidades normativas en relación a la igualdad de género en la profesión médica están marcadas por el cumplimiento de las normas legales que han desarrollado y establecido herramientas sobre el principio de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Como ya se ha citado, la Ley de Igualdad impide cualquier tipo de discriminación ya sea directa o indirecta. La discriminación indirecta es más compleja de identificar porque puede quedar "escondida" tras una práctica aparentemente neutra. Es lo que parece ocurrir, por ejemplo, cuando las mujeres médicas afirman que:¹⁹

La edad evidentemente influye en el hecho de que haya más hombres que mujeres en las Jefaturas, pero también, sin duda, la composición de los tribunales, que no siempre han sido paritarios. En definitiva, creo que cuesta en lo invisible, porque méritos tenemos todos. Y ese hilo invisible, esa sutileza, se traduce en actitudes machistas.

¹⁹ Opiniones tomadas de una entrevista colectiva a profesionales de la medicina: Diario Médico, 8/03/2018. <http://www.diariomedico.com/2018/03/08/area-profesional/profesion/medicas-preparadas-listas-pero-ellos-llegan-antes-a-la-meta>

(...) Es de vergüenza que en pleno siglo XXI te sigan preguntando en una entrevista de trabajo si piensas tener hijos, o que una mujer embarazada tenga que ir a juicio para cobrar unas guardias, pese a toda la legislación que hay sobre el tema.

Un caso especial de necesidad normativa es que no se produzcan situaciones de acoso. El estudio de la OMC de febrero de 2017, afirma que el 43,5 % de los profesionales encuestados dicen haber sufrido algún tipo de acoso en su centro de trabajo sin diferencias significativas entre la atención primaria y la hospitalaria, si bien en la primaria, es mayor el porcentaje de personas acosadas sólo por parte de superiores (35 %) con respecto a la atención hospitalaria (28,6 %).

El 53 % de quienes han sufrido acoso son mujeres. Y el índice de concentración es de 5,3; que es la diferencia entre la proporción de mujeres acosadas en relación con el total de mujeres y de hombres acosados en relación con el total de hombres. Aunque se da en todas las categorías establecidas (por parte de superiores y compañeros, por parte sólo de superiores, por parte sólo de compañeros) es mayor en el caso del acoso sólo por parte de superiores que se recoge en el 31,7 % de las mujeres y en el 28,6 % de los hombres.

El acoso por superiores jerárquicos que es el más significativo se muestra sobre todo con perjuicios en cuanto a carga laboral (29,2 % de las ocasiones); con perjuicios en cuanto a horario de trabajo (14,6 %) o en un veto para poder prosperar en la

trayectoria profesional (10 %). Sólo hay específicamente un 1,8 % de casos en los que se establece el vínculo claro con la existencia de acoso sexual o por razón de sexo (comentarios despectivos por, entre otras razones, orientación sexual y solicitud de favores de naturaleza sexual).

Ante el acoso, el 55,2 % de los hombres y el 54,1 % de las mujeres no toman ninguna medida; bien porque no les pareció grave o consideran que es parte de trabajar en una institución sanitaria, bien por miedo a salir perdiendo, algo que consideran el 33,1 % de los hombres acosados y el 33,6 % de las mujeres acosadas.

No ha sido posible cualificar esta información pero como muestra significativa es interesante la siguiente entrevista que recoge las opiniones de un grupo de mujeres prestigiosas de la profesión médica:²⁰

PREGUNTA. *Según el último sondeo de la OMC, el 43,5 por ciento de los médicos afirma haber sufrido acoso laboral. ¿Es la mujer médico más vulnerable que los varones a este problema?*

CENTELLA. *En algunas especialidades me consta que el número de mujeres que han sufrido, y sufren, acoso laboral es muy alto y,*

lamentablemente, no se puede hacer nada, o muy poco...

BARTOLOMÉ. *Se puede y se debe.*

CENTELLA. *Arriesgándote a perder para siempre tu carrera profesional. Yo voy a ir ahora como testigo a un juicio de una colega que ha denunciado acoso laboral; a mí no me dejan testificar como presidenta de la sociedad, sino a título individual, y esta chica, sea cual sea el fallo judicial, va a tener muy difícil volver a trabajar como cirujana cardiovascular en este país.*

BARTOLOMÉ. *Cuando digo que se pueden hacer cosas, me refiero a nivel legislativo, por parte del que tiene la capacidad para hacerlo. Ahora, a todas las administraciones les da por montar comisiones de investigación de casos de acoso, y no sirven para nada, porque la propia organización que monta el chiringuito presiona para que los casos no vean la luz.*

ROSADO. *No es cuestión de legislar, porque mientras tú sepas que denunciar te va a acarrear problemas, no lo vas a hacer.*

BARTOLOMÉ. *Entonces estamos en un territorio sin ley. Si no legislas, la impunidad campa a sus anchas.*

ALMIÑANA. *Nosotros sólo hemos tenido un caso de acoso a una adjunta y, como gerencia, la animamos a denunciar, pero ella no quiso, y al final terminó marchándose del hospital. Si*

²⁰ Diario Médico.com. 08/03/2018.
<http://www.diariomedico.com/2018/03/08/area-profesional/profesion/de-un-problema-organizativo-a-otro-peor-de-acoso-laboral>

yo, como gerente de un hospital, tengo constancia de un caso de acoso laboral creo que debo actuar de oficio. El problema es que muchas veces no te enteras, porque los casos no te llegan; hay otras veces en que el afectado no quiere dejar constancia por escrito de la denuncia, de forma que estás maniatada, porque no puedes iniciar diligencias.

Necesidades sentidas y expresadas

Las necesidades sentidas a veces se confunden con deseos porque están limitadas por la percepción de los individuos, pero también, pueden tratarse de necesidades reales que no se sabe cómo resolver. En todo caso, cuando se expresa una necesidad hay casi un grado de exigencia de que esta sea atendida. Son necesidades que las personas “saben” que tienen porque suponen un problema para ellas si no se resuelven.

Una organización del sistema basada en el respeto de sus derechos sobre la maternidad y la conciliación entre su vida profesional y personal es la principal necesidad expresada por mujeres médicas en informes y entrevistas.

No se trata de un problema exclusivo de España. Un estudio estadounidense a partir de una encuesta a 3.121 médicos residentes o en formación, con una media de edad de 28 años, comentado

en el portal Medscape,²¹ concluye que los síntomas depresivos aumentan de forma sustancial durante el tiempo de prácticas de la carrera médica pero más entre las mujeres. Establecen que la causa agravante es el conflicto trabajo-familia. El estudio señala que el conflicto de la vida laboral y familiar en la medicina afecta en gran medida a las mujeres en formación, debido a que el entrenamiento prolongado se produce durante la etapa adulta temprana, lo que a menudo entra en conflicto con otros objetivos de vida.

En una entrevista realizada por un diario español a un conjunto de médicas con motivo de la conmemoración del 8 de marzo, éstas se expresaban así:

Dado que la mujer representa ya el 60 por ciento de la plantilla sanitaria, la organización del sistema debería cambiar para adaptarse a esa realidad: sistema de trabajo, formación y horarios, el sistema de cuidados, el modelo asistencial... Ya no bastan las rígidas e inflexibles directrices actuales.

(...) qué pasa cuando falta la cirujana titular, ¿quién opera? Y el problema surge sobre todo con la atención continuada, porque el horario habitual se puede organizar de una forma u

otra. Ahí es donde está el verdadero meollo organizativo, en las guardias del médico: sería carísimo tener facultativos en todos los horarios, porque necesitarías tres turnos, no uno y medio. Hay que cambiar la rígida estructura actual y tener un horario flexible real.

(...) El sistema actual, con un horario de 8 a 15 horas, y guardias a partir de las 15 horas, pues quizás no sea siempre así. Que cómo será, pues lo decidiremos entre todos y en un periodo relativamente corto. Este sector no ha cambiado organizativamente en muchos años y eso tiene que pasar.

Es obvio que en todas las profesiones, las tareas de cuidado de hijos e hijas o de personas dependientes precisan de medidas que faciliten la corresponsabilidad y que no interfieran de manera discriminatoria sobre mujeres y hombres. Medidas como los permisos de maternidad y paternidad han tenido una buena acogida por parte de la sociedad. En 2016, según datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se concedieron 278.509 permisos del primer tipo y 244.688 del segundo. Sin embargo, en lo relativo a los permisos de maternidad, que pueden ser disfrutados por ambos progenitores, salvo en la parte de descanso obligatorio para la madre, únicamente 5.688 hombres solicitaron el disfrute del mismo (tan solo el 2 %). Según los últimos datos disponibles de la Seguridad Social, en 2015, un 93,3 % de las personas que solicitaron una excedencia para cuidado de hijas o hijos y casi un 84,6 % de las que lo hicieron para atender a personas depen-

21 Constance Guille, MD; Elena Frank, PhD; Zhao Zhao, MS; et al. Work-Family Conflict and the Sex Difference in Depression Among Training Physicians. December, 2017. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2659558?redirect=true>

dientes fueron mujeres. Del mismo modo, según la Encuesta de *Población Activa* (EPA), en 2016, las mujeres representaban un 72,2 % del total de personas ocupadas a tiempo parcial.

Necesidades comparadas

Son necesidades que se expresan por comparación con sujetos o situaciones similares que ven atendidas sus necesidades de manera distinta (o percibida como mejor).

En ese sentido, es interesante recoger el debate en una entrevista realizada a varias profesionales. La pregunta era si condiciona en el día a día ser médico y, además, ser mujer y en las primeras respuestas se señalaba que sí había dificultades añadidas aunque las mujeres eran mayoría en la profesión. Las siguientes opiniones expresaban que:

—Completamente de acuerdo en que estamos ahí, y los datos lo demuestran, pero lo triste es que, en muchos casos, no se nos espera ahí, no se espera que estemos..., ni de jefas de servicio, ni de adjuntas, ni de catedráticas, ni siquiera de MIR. Y aún choca más cuando se ve a mujeres con ambición y capacidad de liderazgo.

—No puedo estar totalmente de acuerdo porque creo que las cosas han cambiado mucho. Las oportunidades de acceso a la profesión son

idénticas, porque hay una prueba objetiva que garantiza esa equidad. Otra cosa es cuando hablamos de puestos de liderazgo, porque un hombre tiene todavía más oportunidades que una mujer: una mujer líder no es una líder, es una mujer conflictiva, y un hombre líder es, en cambio, un gran profesional.

En estas afirmaciones se está formulando una necesidad comparativa: el techo de cristal impide acceder a las mujeres a espacios de liderazgo y lo hace con una de las estrategias más utilizadas que es culpabilizar a las mujeres por adoptar actitudes que no se consideran propias de su sexo.

Tablas

Tabla 1. Indicadores de género sobre el número total de PDI en centros propios de universidades públicas por área de conocimiento. <i>Elaboración propia a partir de datos de la Estadística de personal de las universidades: personal docente e investigador. Curso 2016-2017. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	32
Tabla 2. Indicadores de género por especialidades. <i>Elaboración propia a partir de datos de la OMC. 2017</i>	40-41
Tabla 3. Tasa de plazas en propiedad e índice de feminización de las especialidades con mayor número de personas colegiadas. <i>Elaboración propia a partir de de datos de la OMC. 2017</i>	48
Tabla 4. Previsión salarial 2017 por comunidades autónomas. <i>Adecco Healthcare</i>	62
Tabla 5. Indicadores de género de los cargos directivos en los Colegios Oficiales de Médicos. Abril 2018. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	74
Tabla 6. Indicadores de género en las vocalías de los Colegios Oficiales de Médicos. Abril 2018. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	75
Tabla 7. Indicadores de género del conjunto de colegios y de juntas directivas. Datos de juntas directivas a abril 2018 y datos de colegiación a diciembre de 2017. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	76
Tabla 8. Índices de género de colegios oficiales de médicos con más de cinco mil personas colegiadas. Datos de juntas directivas a abril 2018 y datos de colegiación a diciembre de 2017. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	76
Tabla 9. Colegios provinciales con mayor índice de feminización en sus juntas directivas. Datos de juntas directivas a abril 2018 y datos de colegiación a diciembre de 2017. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	77
Tabla 10. Colegios provinciales con peores indicadores de género. Datos de juntas directivas a abril 2018 y datos de colegiación a diciembre de 2017. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	78
Tabla 11. Índices de género en los órganos de gobierno del CGCOM. 2018.....	79
Tabla 12. Índices de género de distintos colectivos de la Asamblea General o el Pleno del Consejo General del CGCOM. 2018.....	79

Gráficos

Gráfico 1. Número de hombres y mujeres colegiados en la profesión médica. <i>Elaboración propia a partir de datos del INE. Estadística de profesionales sanitarios colegiados —años 1954-2015— y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos —años 2016 y 2017—</i>	13
Gráfico 2. Porcentaje de mujeres matriculadas en la universidad española. Serie cursos 1970/71 a 2015/16. <i>Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	25
Gráfico 3. Porcentaje de mujeres en el alumnado matriculado en estudios universitarios. Curso 2016/2017. <i>Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	26
Gráfico 4. Alumnado matriculado en Medicina. Por sexo. Curso 1985/1986 a 2016/2017. <i>Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	27
Gráfico 5. Porcentaje de mujeres egresadas de las facultades de Medicina. Por sexo. Curso 1985/1986 a 2016/2017. <i>Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	28
Gráfico 6. Porcentaje de mujeres en el profesorado de centros propios y adscritos de las universidades, por categoría. Curso 2015/16. <i>Elaboración propia a partir de Estadística de personal de las universidades. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	29
Gráfico 7. Porcentaje de mujeres entre el personal docente e investigador en las universidades públicas españolas en la rama de enseñanza Ciencias de la salud. Curso 2016-2017. <i>Elaboración propia a partir de Estadística de personal de las universidades. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	30
Gráfico 8. Personal docente e investigador en centros propios de las universidades públicas españolas en el área de conocimiento de Medicina. Por sexo. Curso 2016-2017. <i>Elaboración propia a partir de la Estadística de personal de las universidades. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	31
Gráfico 9. Tasa de empleo de la población 20-34 años graduada en los tres últimos años en la UE y en España por sexo y año. Educación superior. <i>Elaboración propia a partir de Eurostat y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte</i>	35
Gráfico 10. Profesionales de la Medicina en situación de desempleo. Por sexo y edad. <i>OMC. Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017</i>	36
Gráfico 11. Situación laboral de profesionales de la Medicina. Por sexo. <i>OMC. Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017</i>	37

Gráfico 12. Índice de concentración situación laboral en excedencia o baja temporal por edad. Elaboración propia a partir de datos de OMC. <i>Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017</i>	38
Gráfico 13. Situación laboral actual. OMC. <i>Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017</i>	47
Gráfico 14. Ganancia media anual por trabajador por secciones de actividad. <i>Encuesta anual de estructura salarial. 2015. INE</i>	60
Gráfico 15. Evolución de la brecha salarial en Actividades sanitarias y de servicios sociales. <i>Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta anual de estructura salarial. Serie 2008-2015</i>	61
Gráfico 16. Mujeres en los altos cargos públicos y privados en España. 2016. <i>INE</i>	68
Gráfico 17. Porcentaje de mujeres en los colegios profesionales sanitarios. 2016. <i>Elaboración propia a partir de datos del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades a partir de datos de la Encuesta de Profesionales Sanitarios Colegiados. Instituto Nacional de Estadística</i>	69
Gráfico 18. Porcentaje de mujeres en los colegios profesionales sanitarios. 1994-2016. <i>Elaboración propia a partir de la Encuesta de Profesionales Sanitarios Colegiados. Instituto Nacional de Estadística</i>	70
Gráfico 19. Distribución de especialistas por edades y sexo. 2016. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	71
Gráfico 20. Proporción de mujeres y hombres en los colegios médicos de las comunidades autónomas. 2017. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	72
Gráfico 21. Composición de las juntas directivas provinciales de los colegios oficiales de médicos. Por sexo. Abril 2018. <i>Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos</i>	73

Gráficos Estudio sobre Demografía Médica

MÉDICOS COLEGIADOS. AÑO 2017: números absolutos y variación Interanual <i>Datos publicados por el INE. Médicos colegiados</i>	14
MÉDICOS COLEGIADOS. AÑO 2017: por provincias <i>INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados. Ordenación, de mayor a menor, por número de colegiados</i>	15
FEMINIZACIÓN POR PROVINCIAS <i>Fuente: INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados</i>	16
FEMINIZACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS <i>Fuente: Datos suministrados por el CGCOM correspondientes al año 2017</i>	17
FEMINIZACIÓN POR PROVINCIAS <i>Fuente: Datos suministrados por el CGCOM correspondientes al año 2017</i>	18
MAPA PROVINCIAL SEGÚN SEXO <i>Fuente: INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados</i>	19
EVOLUCIÓN DE LA FEMINIZACIÓN <i>Fuente: INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados</i>	20
MÉDICOS POR SEXO <i>Fuente: Datos suministrados por el CGCOM correspondientes al año 2017</i>	21
FEMINIZACIÓN SEGÚN TRAMOS DE EDAD <i>Fuente: INE con datos a 31 de diciembre de 2017. Profesionales sanitarios colegiados</i>	22
FEMINIZACIÓN SEGÚN TRAMOS DE EDAD <i>Fuentes: Datos proporcionados por el CGCOM correspondientes al año 2017</i>	23
FEMINIZACIÓN POR EDADES: MÉDICOS COLEGIADOS ACTIVOS POR SEXO / EDAD (25-75 años) <i>Fuente: Datos proporcionados por el CGCOM correspondientes al año 2017</i>	24
MÉDICOS ESPECIALISTAS: FEMINIZACIÓN POR ESPECIALIDADES <i>Fuente: datos proporcionados por el CGCOM correspondientes al año 2017</i>	43

MÉDICOS ESPECIALISTAS: PORCENTAJE DE MUJERES ENTRE EL PERSONAL MÉDICO EN MEDICINA HOSPITALARIA <i>Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</i>	44
MÉDICOS ESPECIALISTAS: PORCENTAJE DE MÉDICAS ESPECIALISTAS POR CC.AA. (AÑO 2015) <i>Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. AÑO 2015</i>	45
MÉDICOS ESPECIALISTAS: CONCLUSIONES.....	46
DINÁMICA GEOGRÁFICA: MOVILIDAD GEOGRÁFICA SEGÚN SEXO <i>Fuente: Datos proporcionados por el CGCOM correspondientes al año 2017. Movilidad contemplada desde 1997, fecha de instauración del actual sistema de configuración del número de colegiado</i>	49
RESIDENTES.....	50
FEMINIZACIÓN RESIDENTES <i>Fuente: Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada</i>	51
FEMINIZACIÓN ESPECIALIDADES RESIDENTES <i>Fuente: Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada</i>	52-53
RADIOGRAFÍA DEL RESIDENTE.....	54
FEMINIZACIÓN EN EUROPA <i>Fuente: Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada</i>	55
FEMINIZACIÓN EN ESPAÑA <i>Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE correspondientes al año 2015</i>	56

Documentación citada

Adecco Healthcare. Informe sobre el empleo en el sector sanitario. 2017.

<http://www.adeccohealthcare.com/#blognoticias>

Bradshaw, J.R. (1972) 'The taxonomy of social need', in McLachlan, G. (ed), *Problems and Progress in Medical Care*, Oxford University Press: Oxford.

Colomer Revuelta, Concha (2008). *La aplicación del enfoque de género al estudio de la salud: El Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Constance Guille, MD; Elena Frank, PhD; Zhuo Zhao, MS; et al. Work-Family Conflict and the Sex Difference in Depression Among Training Physicians. December, 2017.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2659558?redirect=true>

European Institute for Gender Equality (2017) *Gender Equality Index*.

Foro español de pacientes / Fundación Patronato de huérfanos y protección social de médicos Príncipe de Asturias. Septiembre, 2013. *Visión y perspectiva femenina respecto a la profesión médica y los colegios profesionales en España*.

Hays Recrutin experts worldwide. Guía del mercado laboral 2018. Un análisis de sectores y salarios en España. <http://guiasalarial.hays.es/trabajador/home>

Instituto Nacional de Estadística —INE— (2017). Encuesta anual de estructura salarial. Año 2015.

Instituto Nacional de Estadística —INE— (2017). Encuesta de Profesionales Sanitarios Colegiados.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Estadística de personal de las universidades: personal docente e investigador. Curso 2016-2017.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Series estadísticas de estudiantes en España.

OMC-Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2017). Estudio sobre la situación laboral de los médicos de España. Cuarta Oleada. Febrero, 2017

OMC-Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2017). *La atención primaria de salud en España en 2025*.

S.G. de Coordinación y Seguimiento Universitario. Sistema Integrado de Información Universitaria (SIU). Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Estadísticas de series de estudiantes. 1985-2017.

Servicio Público de Empleo Estatal (2017). *Informe del mercado de trabajo estatal*. Observatorio de las ocupaciones. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Además se citan a lo largo del documento diferentes artículos de las revistas digitales Diario Médico, Redacción Médica y de Medscape.

