

---

# 3

## EL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN EL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL<sup>1</sup>

### *THE ANALYSIS OF THE PRINCIPLE OF EQUALITY IN THE SPANISH SANITARY SECTOR*

*Francisco Quiñonero Méndez<sup>2</sup>*

#### RESUMEN

El objetivo fundamental de la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como la creación de instituciones encargadas del diseño y la implementación de las políticas de igualdad, es la reducción de la brecha existente entre mujeres y hombres en ámbitos tan diversos como la salud, la educación o el empleo, entre otros. Por tanto, la posibilidad de explorar, a casi cuarenta años de la aprobación de la Constitución española vigente, cuál ha sido la implementación de los preceptos incorporados en la normativa puede arrojar luz sobre los esfuerzos realizados y los efectos conseguidos para transformar la realidad social, política y económica de las mujeres

---

<sup>1</sup> **Como citar este artículo científico.** QUIÑONERO MÉNDEZ, Francisco. El principio de igualdad en el sector sanitario español. In: **Revista Amagis Jurídica**, Ed. Associação dos Magistrados Mineiros, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 57-107, maio-ago. 2021.

<sup>2</sup> Doctor por la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). pacopurias@yahoo.es

españolas. El presente estudio pretende explorar el desarrollo de los preceptos incorporados en el artículo 27 de la Ley de Igualdad referidos a la integración del principio de igualdad en la política de salud, en particular de aquellos que ofrezcan la posibilidad de ser cuantificados y por consiguiente, comparables a lo largo del tiempo. No en todos los casos resulta posible acceder a información que permita evaluar el impacto de la Ley sobre el principio de igualdad en el Sistema Nacional de Salud, dado que su medición dependería de la realización de estudios cualitativos o de percepción por parte los usuarios. La revisión bibliográfica muestra una escasa producción de este tipo de informes, limitado solo a unas cuantas comunidades autónomas, con metodologías no estandarizadas y para distintos períodos de tiempo. Para el análisis de la aplicación del principio de igualdad de género en el Sistema Nacional de Salud se tomarán en consideración aquellos indicadores contemplados en dicho precepto, que sean cuantificables y para los cuales se dispongan de información estadística de carácter oficial. Lo anterior permitirá el análisis comparado de las desigualdades de género en el sector sanitario antes y después de la aprobación de la citada norma.

**Palabras Clave:** Igualdad, Sanidad, España, Política, Ley.

## ABSTRACT

The fundamental objective of the approval of the Organic Law 3/2007, of March 22, for the effective equality of women and men, as well as the creation of institutions responsible for the design and implementation of equality policies, is the reduction of the gap between women and men in areas as diverse as health, education or employment, among others. Therefore, the possibility of exploring, almost forty years after the approval of the current Spanish Constitution, which has been the implementation of the precepts incorporated in the regulations can shed light on the efforts made and the effects achieved to transform the social, political and economic reality of Spanish women. The present study aims to explore the development of the precepts incorporated in article 27 of the Equality Law referring to the integration of the principle of equality in health policy, in particular those that offer the possibility of being quantified and, therefore, comparable over time. Not in all cases is it possible to access information that allows evaluating the impact of the Law on the principle of equality in the National Health System, given that its measurement would depend on the

performance of qualitative studies or perception by users. The bibliographic review shows a scarce production of this type of reports, limited only to a few autonomous communities, with non-standardized methodologies and for different periods of time. For the analysis of the application of the principle of gender equality in the National Health System will be taken into consideration those indicators referred to in that provision, which are quantifiable and for which official statistical information is available. This will allow the comparative analysis of gender inequalities in the health sector before and after the approval of the so-called standard.

**Keywords:** Equality, Health, Spain, Politics, Law.

**SUMÁRIO:** 1 Introducción. 2 El Principio de Igualdad en la Organización Mundial de la Salud. 3 El Principio de Igualdad en el Ámbito Sanitario Dentro de la Unión Europea. 4 Principio de Igualdad en las Políticas de Salud en España. 4.1. La protección a la salud del artículo 43 de la Constitución Española. 4.2 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 4.3 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. 4.4 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. 4.5 El Principio de Igualdad en la Política de Salud en la LOIEHM. 4.5.1 Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán las distintas necesidades de mujeres y hombres. 4.5.2 Las administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud. 4.5.3 Actuaciones de los Servicios de Salud y órganos competentes. 5 Unidad de Igualdad en el Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. 5.1 Planes de Actuación. 5.1.1 Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud. 5.1.2 Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular las buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de la desigualdad en salud. 5.2 Informes de Impacto por Razón de Género. 6 Análisis de las Variables en el Sistema Nacional de Salud en España. 7 Contexto y Problemática en la Investigación en el Sector Sanitario. 8 Acoso Sexual y Acoso por Razón de Sexo. 8.1 Ámbito Europeo. 8.2 Ámbito Nacional. 8.3 Actuaciones desde Distintos Organismos. 9 Formación En Materia de Igualdad. 10 Datos Desagregados por Sexo. 11 Presencia Equilibrada en Puestos Directivos y de Responsabilidad. 12 Conclusiones. Referencias.

## 1 INTRODUCCIÓN

El principio de igualdad se integrará en la política de salud a través del artículo 27 de la Ley Orgánica de Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres (LOIEHM), pero nos parece interesante realizar un breve análisis por las normativas a nivel internacional y nacional, poniendo el foco en aspectos concernientes al ámbito sanitario. Para González Díaz, “al hablar de integración se tiene que tener en cuenta el campo de la salud como vía para garantizar una autentica igualdad de mujeres y hombres que conduzca a la clave del éxito económico y social” (GONZÁLEZ DÍAZ, 2008, p. 141-181).

Vamos a realizar el análisis de cuatro variables para conocer cuál es la situación de la igualdad entre mujeres y hombres, en el sector sanitario. Estas variables se han extraído del artículo 27 LOIEMH, en su punto tercero, y se corresponden con las letras “c”, “d”, “e” y “f”, en relación con las actuaciones que desarrollarán las Administraciones públicas.

Las variables en cuestión son: el acoso sexual y el acoso por razón de sexo, la formación en igualdad del personal sanitario, la presencia equilibrada en los puestos de responsabilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), y la desagregación por sexo de las estadísticas sanitarias. A través de su estudio, queremos determinar si lo establecido por la LOIEMH se está cumpliendo y cuál es el grado de integración del principio de igualdad en materia sanitaria.

## 2 EL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el género se refiere a “las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos”<sup>3</sup>, añadiendo que lo que se espera de los géneros varía

<sup>3</sup> Nota descriptiva n.º 403, agosto de 2015.

tanto de una cultura a otra como en el tiempo. La OMS diferencia entre el sexo biológico, que es el sexo con el que se nace, y las normas de género, que son aquellas que afectan al comportamiento que cada sexo debe tener en la sociedad y que definirán sus responsabilidades, los llamados roles de género. La igualdad de género en salud, implica como señala la OMS que “los hombres y mujeres con sus diferencias, gocen de las mismas condiciones y oportunidades de lograr la plena efectividad de sus derechos y su potencial de ser saludables, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de sus resultados”.

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud, reunida en mayo de 2007, acordó adoptar la “Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en la OMS”, conocida como resolución WHA60.25, publicada en 2009<sup>4</sup>, con los siguientes objetivos:

- crear capacidad para el análisis y los planes en materia de género;
- incorporar las cuestiones de género en las funciones institucionales, por ejemplo, en las actividades de planificación, presupuestación, supervisión y evaluación de la gestión basada en los resultados;
- desglosar los datos y realizar investigaciones de género;
- determinar quién debe rendir cuentas con respecto a la incorporación de las cuestiones de género.

En esta resolución encontramos que en su punto sexto se expresa que en “razón de sus diferencias sociales (de género) y biológicas (de sexo), las mujeres y los hombres afrontan distintos riesgos sanitarios, reciben respuestas diferentes de los sistemas de salud y se distinguen en los comportamientos saludables que adoptan y los resultados sanitarios que obtienen”.

<sup>4</sup> Resolución WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/1, 14-23 de mayo de 2007.

Dentro del texto desde la Asamblea se anima a los Estados, entre otras indicaciones, a formular estrategias a nivel nacional para incorporar las cuestiones de género en las políticas, programas e investigaciones sobre salud. Señala que es necesario que “hagan hincapié en la capacitación y la sensibilización en materia de género, mujer y salud”, así como que en todos los niveles de prestación de servicios y atención sanitarios se incorpore la perspectiva de género, también en los programas destinados a adolescentes.

Queremos destacar puesto que es una de las variables que veremos a continuación, que se recoge la necesidad de que “recopilen y analicen datos desglosados por sexo, realicen investigaciones sobre los factores subyacentes a las disparidades entre los géneros y tengan presentes los resultados al elaborar políticas y programas”.

En el año 2015 se estableció un programa sobre género, equidad y derechos humanos, destinado a que la OMS tenga en cuenta las cuestiones de género en todas sus actuaciones, convirtiéndolo en un compromiso quinquenal, cuyo primer desarrollo está teniendo lugar en el periodo 2014-2019.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro de la OMS, en el programa *Mujer, Salud y Desarrollo*, define la equidad como “una distribución diferencial de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo”, y apuesta por la perspectiva de género para lograr la equidad en salud. Gracias a implementar ésta podrán analizarse aspectos como los obstáculos de acceso a los recursos y servicios de salud, el impacto de las políticas de género en salud, la distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud, y por supuesto la inclusión de formación de género para los profesionales sanitarios.

Nos resulta de interés que vuelva a señalarse la necesidad de incluir datos desagregados por sexo así como los “indicadores de género”, mediante los cuales podrán realizarse las labores pertinentes de vigilancia y evaluación.

### 3 EL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO DENTRO DE LA UNIÓN EUROPEA

En el marco de la Unión Europea (UE) se estableció la Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres el 13 de mayo de 2015<sup>5</sup>, dentro de la cual queremos reseñar que se reconoce que se ha producido una ralentización de las medidas y reformas políticas en materia de igualdad de género y que las actuaciones llevadas a cabo no se tradujeron en medidas suficientes, de ahí la necesidad de hacer una revisión.

En ella podemos encontrar que respecto a nuestro trabajo las referencias que pueden interesar, se centran en la necesidad de desagregar datos por razón de sexo a partir de los estudios que se realicen, y en sus puntos (52-60), destinados a salud, se centra en el establecimiento de servicios de salud de calidad, resaltando la necesidad de que se elaboren políticas de género pero con el enfoque de dar una atención especializada a la mujer y sus necesidades diferentes de las de los hombres, apuntando a la importancia de las campañas de sensibilización sobre “síntomas de enfermedad específicos de género, así como sobre los roles de género y los estereotipos que influyen en la salud [...]”.

En el texto se señala la tendencia retrógrada actual de la sociedad europea que influye en los efectos sobre la salud y derechos asociados a la salud, así como que “una investigación con perspectiva de género puede contribuir a poner de relieve y a modificar la influencia de los roles de género en la salud”.

Queremos destacar, a su vez, la Declaración de Madrid, que fue el resultado del Seminario sobre *Mainstreaming* de Género en las Políticas de Salud en Europa, celebrado en Madrid el 14 de septiembre de 2001, en el que se puso de relevancia la importancia de los compromisos internacionales para avanzar en la incorporación

---

<sup>5</sup> Estrategia de la UE para la igualdad entre mujeres y hombres después de 2015. 2014/2152(INI), 13 de mayo de 2015.

de las políticas de género en la salud. En él se expresa que el

*mainstreaming* de género en la salud es un proceso técnico y político, que requiere cambios en la cultura organizativa y en la manera de pensar, así como en los objetivos, estructuras y distribución de recursos de las agencias internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales.

En esta Declaración, se señala que “las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombre, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen distintas necesidades, obstáculos y oportunidades.” (LEÓN ALONSO, 2009, p. 756-781). Lo que resulta curioso es que se reconoce que a pesar de que los países miembros de la OMS han firmado compromisos internacionales en cuestión de género, lo cierto es que después a nivel interno, muy pocos los están desarrollando en sus políticas de salud. De hecho, muchos de los planes para la elaboración de informes anuales o bianuales de estadísticas no se están realizando por lo que existe un gran vacío y dificultad para acceder a datos, que permitan evaluar los progresos y la realidad del momento, cuestión que no obstante ocurre como vamos a ver, de igual manera en España.

## **4 PRINCIPIO DE IGUALDAD EN LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ESPAÑA**

### **4.1 LA PROTECCIÓN A LA SALUD DEL ARTÍCULO 43 DE LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA**

En el artículo 43 de la Constitución Española (CE) encontramos que sus dos primeros apartados establecen que:

1. se reconoce el derecho a la protección de la salud;
2. compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud

pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Señala Martínez-Lage Sobredo (2015, p. 873-874), que este precepto configura el derecho a la protección de la salud, por una parte como derecho subjetivo “el que tiene todo ciudadano a la conservación de la vida y la salud y al desarrollo de su personalidad”, y, por otra, a los poderes públicos como responsables de su materialización. También, León Alonso apunta que la Constitución ha escogido el concepto amplio fijado por la OMS de salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo por el hecho de que no exista enfermedad. La protección a la salud la establece a través de dos instituciones como son la Seguridad Social (artículo 41 CE), y el Sistema Nacional de Salud (artículo 43.2).

Por su parte, el Tribunal Constitucional (TC) se ha venido pronunciando en cuanto a la organización y extensión de este derecho, por su situación dentro del cuerpo del texto constitucional, no entre los Derechos Fundamentales, sino entre los principios rectores de la política social y económica lo cual ha generado debates. En STC 139/2016, de 21 de julio (RTC 4123/2012), explica que: “su colocación en el texto constitucional en una u otra de las diversas secciones y capítulos de su título I, le dota de mayor o menor rigor protector a los efectos de valorar la concurrencia de este límite material” (F.6). Y continúa señalando que:

El art. 43.1 CE reconoce el derecho a la protección de la salud cuya organización y tutela se encomienda a los poderes públicos a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, atribuyéndose al legislador el establecimiento de los derechos y deberes de todos al respecto (art. 43.2). El precepto constitucional se ubica entre los principios rectores de la política social y económica, los cuales, formalmente, disfrutan de las garantías previstas en el art. 53.3 CE, por lo que su reconocimiento, respeto y protección “informarán la

legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos”, estatales y autonómicos. Asimismo, sólo se pueden alegar ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo dispuesto en las leyes que los desarrollen.

Luego, el derecho a la protección de la salud, y las normativas en torno a él tanto de organización, desarrollo, personal y disciplinario, vendrán impuestas tanto hacia el Estado como hacia las Comunidades Autónomas, pues han asumido competencias en esta materia.

#### 4.2 LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad con treinta años de existencia, nació con el objetivo de regular con carácter general, todas las acciones dirigidas a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 CE.

El artículo 3.4 establece entre los principios generales, que: las “políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias”.

Si atendemos a la distribución de competencias, podemos ver que el Sistema Nacional de Salud (SNS), lo integran el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA). Las CCAA se encuentran divididas en Áreas de Salud, que abarcan una población no inferior a 200.000 ni superior a 250.000, y constan de tres órganos: a) el consejo de salud del área, establecido como órgano de participación de los diferentes sectores, b) el Consejo de dirección del área, que ostenta la dirección, c) el Gerente de área, como órgano de gestión.

## Para Palomar Olmeda (2013)

aunque el conjunto del Sistema se ha denominado siempre Sistema Nacional de Salud, la idea de sistema ha entrado en una cierta crisis por la dimensión de la capacidad de ordenación y porque realmente la protección de la salud se ha convertido en una referencia propia innegable y característica del propio papel de las Comunidades Autónomas.

Esto es importante porque a la hora de comprobar los índices que valorarán la aplicación efectiva del principio de igualdad, que veremos con posterioridad, estaremos a lo establecido en la Comunidad Autónoma elegida, pues como se desprende tienen sus propias competencias. Señalamos el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como órgano de coordinación de los distintos servicios de salud y con el Estado, constituido por el Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y por los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas.

En el artículo 6.2 de la ley volvemos a encontrar referencias al principio de igualdad cuando expone que: “las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud”. También se recoge que las Administraciones Públicas deberán realizar actuaciones dirigidas a la educación sanitaria, dentro de la cual, deberá existir la formación contra la discriminación de las mujeres (Artículo 18.1), así como la “protección, promoción y mejora de la salud laboral, con especial atención al acoso sexual y al acoso por razón de sexo” (Artículo 18.9).

Entre las competencias del Estado, sin perjuicio de que también se desarrollen por las Comunidades Autónomas, el artículo 40.11 se refiere a “la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios”. En

este sentido, en España se han incluido mecanismos para incorporar la perspectiva de género en algunos programas actuales del sistema sanitario, pero han sido incorporaciones que ha dependido más de iniciativas individuales o de instituciones con competencias en igualdad, y no tanto de políticas globales.

#### 4.3 LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Ley 16/2003 se establece para “la coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud”. Queremos destacar que entre los principios que informan esta ley, se encuentra por una parte, que los servicios a los usuarios del SNS se realice en condiciones de igualdad y calidad, con el ánimo de evitar toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.

Luego, en un primer término, se proyecta el principio de igualdad hacia los usuarios del servicio, y en segundo, se señala en otro apartado, que se debe promover la igualdad de oportunidades de los profesionales, que supone la proyección del principio de igualdad esta vez, hacia los profesionales; tendríamos una proyección exterior y una proyección interior.

En su artículo 34, dentro de la planificación de la formación del personal sanitario, se recoge en su apartado e) “la inclusión de la perspectiva de género en las actuaciones formativas”. Dentro de las atribuciones del Observatorio de la Salud, regulado en el artículo 63, se encuentra la de “promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género, las actuaciones tendentes a la consecución de la equidad en salud”.

#### 4.4 LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud viene a recoger las bases que regulan la relación funcional del personal estatutario que realiza su actividad tanto en centros de las CCAA, como en servicios sanitarios de la Administración General del Estado.

El artículo 4 establece, dentro de los principios y criterios que rigen el régimen de este personal, “la igualdad, mérito, capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario”. Entre los derechos encontramos que el artículo 17.1 apartado k) regula la “no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”, pero también como deber estará por su parte el “no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos”. Entre los criterios generales que establecen el sistema retributivo, se señala en el artículo 41, que responderá a procedimientos basados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia.

Nos parece interesante señalar el régimen disciplinario puesto que afectará posteriormente a algunos de los indicadores, como son el de discriminación y el de acoso sexual (KAHALE CARRILLO, 2016, p. 391-422). La Ley, en este sentido regula las faltas disciplinarias como muy graves, graves o leves, en el artículos 72-73, que vienen a ser las mismas que para el resto de personal de la función pública, añadiendo algunas específicas derivadas de la profesión. Tomando aquellas que nos interesan para este trabajo, tenemos que la norma considera como falta muy grave:

- toda actuación que suponga discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas, personales o sociales, tanto del personal como de los usuarios, o por la condición en virtud de la cual éstos accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios;
- el acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje.

Y como falta grave: “El acoso sexual, cuando el sujeto activo del acoso cree con su conducta un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto del mismo”.

Nos parece de interés la opinión de Vázquez Garranzo (2013), que señala que de forma injustificada la norma califica de muy grave el acoso sexual de intercambio o chantaje sexual, y de falta grave el denominado acoso sexual ambiental que diferenció el TC, que probablemente se deba a que es anterior al Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), pero que ambas conductas deberían ser calificadas como faltas muy graves.

#### 4.5 EL PRINCIPIO DE IGUALDAD EN LA POLÍTICA DE SALUD EN LA LOIEMH

El artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH), integra el principio de igualdad en la política de salud al señalar que: “1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente”.

Tomando como punto de partida, el concepto de las acciones positivas como medidas de fomento para mejorar situaciones de

desventaja de un colectivo, vamos a ver cómo la aplicación de dichas medidas no siempre ha sido pacífica, y las razones que llevan a la necesidad de establecer un tratamiento equilibrado de las mismas, evitando caer en lo que se denomina discriminación reversa.

Si así fuese, se estaría intentando reparar una situación de discriminación, en este caso de la mujer, mediante una acción que provocaría a su vez un tratamiento discriminatorio al hombre, luego no parece tener sentido a nuestro juicio, la intervención con el fin de corregir la desigualdad de una parte para terminar provocándosela a la otra.

A continuación se va a realizar un análisis del artículo, prestando atención a los siguientes tres puntos.

#### 4.5.1 LAS POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE SALUD INTEGRARÁN LAS DISTINTAS NECESIDADES DE MUJERES Y HOMBRES

De la misma forma que estamos viendo la necesidad de integrar el principio de igualdad en las diferentes políticas de los Estados, no podía ser de otra forma con el tratamiento de las políticas en materia de salud. No obstante, es en este campo en el que principio de igualdad se analizará desde un punto de vista interno, haciendo alusión al grado de igualdad que existe en el desarrollo de la profesión sanitaria, y desde un punto de vista externo, aplicando políticas de igualdad en relación con el tratamiento diferencial entre hombres y mujeres de cara a la prevención y tratamiento de la salud.

Esto quiere decir que entendemos que el sistema sanitario deberá hacer un doble trabajo al prestar atención a que aquel principio se cumpla de puertas adentro hacia los profesionales, y de puertas afuera, atendiendo a los ciudadanos a través de políticas que ajusten las diferencias de género con la finalidad de obtener un tratamiento

específico acorde a la condición de cada individuo. Eso sí, sin que esta diferenciación derive en desigualdades de trato ni de cuidados.

Es por esto, por lo que deberá ajustarse a las necesidades concretas que demandan las diferencias biológicas y epidemiológicas entre mujeres y hombres, adecuando en función del sexo los programas de prevención o los planes de tratamiento de las enfermedades. Deberá hacerse asimismo un análisis de la vulnerabilidad en función de los roles de género de cara a contraer determinadas dolencias, pues el género puede condicionar el estado de salud y por último, evaluar el acceso a las prestaciones sociales en caso de que sea un hombre o una mujer quien lo solicita (GONZÁLEZ DÍAZ, 2005).

En este sentido, el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (IMIO) contribuye con un programa específico orientado a la salud pues entiende que es necesario configurarlo desde una perspectiva biopsicosocial ya que la igualdad y el bienestar de la mujer dependen de una gran variedad de factores y que hay que partir de unas relaciones asimétricas entre ambos sexos.

Nosotros entendemos que es vital que no se confunda la igualdad con un tratamiento igualitario, sino acorde a las necesidades no solo de las mujeres sino de los hombres, es decir, de cada persona, pues es en esa asimetría de sexos donde vamos a encontrar la necesidad de diferenciar para lograr la igualdad. En muchas ocasiones el impedimento de que la mujer alcance el bienestar se debe a que tiene demandas específicas que no se tratan porque no se priorizan y por tanto, quedan invisibles.

Resultará por tanto fundamental, que los factores que afectan a la mujer en la esfera de la salud se traten específicamente como son los roles socioculturales que condicionan la vida cotidiana, la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios y la vivencia tanto de los hábitos de salud como las pautas frente a la enfermedad.

#### 4.5.2 LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS GARANTIZARÁN UN IGUAL DERECHO A LA SALUD

Debemos tener en cuenta que como vimos con anterioridad, es la propia CE la que encarga a los poderes públicos la protección de la salud, y éstos no pueden desoír el mandato.

Es necesario que la configuración del SNS se asiente sobre el principio de equidad, buscando que se conozcan las principales enfermedades que afectan al hombre y a la mujer, pues solo de esta forma se podrán establecer planes específicos para la prevención que estén adecuados a cada sexo. En este sentido podemos observar el Programa de Salud del Instituto de la Mujer en el que se plantean las siguientes líneas de actuación:

- impulsar la implementación del *mainstreaming* de género en políticas de salud en coordinación con los ámbitos central y autonómico.
- promover la sensibilización y formación de profesionales y personal técnico de salud.
- promover programas de salud con colectivos de mujeres en situación o riesgo de exclusión.
- fomentar la producción, publicación y difusión de conocimiento sobre la salud de las mujeres entre profesionales y personal técnico y de gestión de servicios socio-sanitarios.
- impulsar la elaboración de materiales dirigidos a las mujeres.

#### 4.5.3 ACTUACIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ÓRGANOS COMPETENTES

Entre las acciones de educación sanitaria destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación, podemos encontrar como ejemplo, el

programa de intervención sobre mujeres con cáncer de mama y su tratamiento en los hospitales llevado a cabo por el IMIO. En este sentido, lo que se pretende es organizar un programa acorde con lo establecido en el artículo 27 LOIEMH que atienda las necesidades de las pacientes, en este caso las mujeres, que sufren este tipo de cáncer con una atención psicológica, social y laboral específica.

Parte del programa se centra en atender la posición específica de la mujer frente al problema ayudando a reforzar su papel activo en la cura, reforzar la imagen corporal y la autoestima, junto con programas de psicología que ayuden a la expresión de emociones, entre otros aspectos. En relación a este programa, lo relevante es que se realiza dentro de los centros hospitalarios y dirigidos al personal sanitario para que puedan actuar y conocer (hombres y mujeres), el tratamiento de problemas específicos de género.

En otro de los apartados del artículo 27 LOIEMH se recoge el fomento de la investigación científica con el objetivo de tener presente las diferencias entre mujeres y hombres, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales. Esto nos merece interés puesto que, hombres y mujeres, padecen diferentes tipos de patologías algunas asociadas a ciclos vitales evidentemente femeninos, como lo son el embarazo, el parto, tratamientos hormonales o la menopausia. Lo interesante de este punto es la labor de difusión de las diferentes experiencias acumuladas en materia de igualdad en el campo de la salud, para que todas las Administraciones, organismos y centros sanitarios puedan conocerlas y sobre todo implicarse formando parte de ellos.

## **5 UNIDAD DE IGUALDAD EN EL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD**

Dentro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se encuentra la Dirección General de Salud Pública,

Calidad e Innovación, órgano desde el cual se trabaja para disminuir las desigualdades en salud por razón de género, implementándolo en las políticas públicas y el SNS. Como se señaló con anterioridad, se diferencia entre la equidad de género, que como señala es la “imparcialidad y justicia en la distribución de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres”.

Esto quiere decir que las necesidades de mujeres y hombres no son las mismas y que deben ser identificadas para tratar el desequilibrio entre ambos sexos. Y lo diferencia de la igualdad de género, que sería “la ausencia de discriminación basada en el sexo en cuanto a las oportunidades, la distribución de recursos o beneficios y el acceso a los servicios”. Destaca el *mainstreaming* como fundamento básico de integración y superación de las desigualdades de género, siguiendo la orientación que ya hemos analizado a nivel internacional. Se adjunta anexo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## 5.1 PLANES DE ACTUACIÓN

Dentro del Ministerio encontramos un departamento denominado Servicios Sociales e Igualdad, donde existe un área destinada a la Igualdad de Oportunidades. La Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, trabaja en torno a unos ejes fundamentales que son:

- investigación;
- formación;
- políticas de género.

Además de otros dos ejes que son, la violencia contra las mujeres y la salud sexual y reproductiva, sobre los que no vamos a ahondar en este trabajo. Debemos destacar los Planes Nacionales

para el SNS<sup>6</sup>, que tratan de dar respuesta a los retos y necesidades del sistema, dentro de los cuales existe un apartado dedicado a la equidad. En las estrategias de estos planes, la estrategia cuarta, está destinada a “Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género”, en la que se establecen dos líneas de trabajo, de las que queremos destacar algunos puntos.

#### 5.1.1 PROMOVER EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD Y FORTALECER EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD Y EN LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL DE SALUD

Se señalan 12 propuestas como la realización de un informe anual sobre Salud y Género, ofrecer información accesible y de calidad sobre género y salud en la página del Ministerio, e impulsar la formación de los recursos humanos en salud incluyendo las desigualdades de género en salud tanto en los programas de universidad como en la formación del personal sanitario. Debemos destacar que pese a la loable intención, lo cierto es que la publicación del Informe no se lleva a cabo con lo cual es difícil acceder a determinada información.

#### 5.1.2 GENERAR Y DIFUNDIR CONOCIMIENTO SOBRE LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y ESTIMULAR LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA PROMOCIÓN DE LA EQUIDAD EN ATENCIÓN A LA SALUD Y EN LA REDUCCIÓN DE LA DESIGUALDAD EN SALUD

En este caso, las propuestas giran en torno a informes, estudios y encuestas sobre la población usuaria del SNS con enfoque

<sup>6</sup> Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010.

multicultural, grupos vulnerables, acceso y uso, pero no podemos encontrar ningún apartado destinado a la valoración interna por parte de los profesionales sanitarios. Es decir, como anunciábamos con anterioridad, la igualdad en las políticas de salud viene centrada en el acceso y tratamiento de los usuarios y no, sobre el estado interno de dicho SNS.

De ahí que el acceso a estadísticas y datos a nivel nacional se presente como una ardua tarea. También hay que decir que a nivel internacional, tampoco se están cumpliendo los compromisos de realización de informes anuales, por lo que entendemos que si las propuestas e intenciones teóricas no se plasman en actuaciones prácticas, de nada van a servir.

El último Plan de Calidad publicado se corresponde al período (2006-2010), lo cual dista de lo deseable, pues impide realizar un verdadero seguimiento de la situación actual, y además queremos destacar que en dicho informe, (como vamos a ver a continuación), se establece que se ha realizado un informe de género cada año, y lo cierto es que el último Informe de Género del Ministerio se corresponde a los años 2007-2008, que se analizará en el epígrafe siguiente.

También se señala la creación de un Foro Mujeres, Salud y Género que se celebrará con carácter anual, cuya última reunión fue celebrando el octavo año consecutivo de celebración, el 14 de diciembre de 2011, con el título “Encuentros y alianzas”. Nos parece que debería retomarse el impulso ya no solo de estos foros, sino sobre todo de los Informes de Género, que actualmente llevan demasiados años sin realizarse y que pone de manifiesto una desidia en cuanto a poner freno a las desigualdades.

Entendemos que desde luego, la situación no responde a lo establecido ya que en la práctica no se está cumpliendo con los informes y balances exigidos normativamente, lo que impide

tener conocimiento real de la situación actual que impide a su vez, proyectar y diseñar programas de actuación que continúen trabajando sobre esta materia. Dentro del Plan de Calidad, el Objetivo cuarto en su punto primero, recoge como fin:

Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud. Las desigualdades de género en salud y en la atención prestada por los servicios sanitarios afectan tanto a hombres como a mujeres pero perjudican en mayor medida a éstas, no solo por razones sociales sino por la forma en que están organizados los servicios. La equidad de género en salud requiere que hombres y mujeres sean tratados igual cuando tienen necesidades comunes, y que sus diferencias se aborden de manera diferenciada. Esto debe tenerse en cuenta en todo el proceso de planificación y prestación de servicios, en todos los ámbitos y niveles. El conocimiento sobre el que se basan las decisiones sobre los sistemas de salud no debe tener sesgos de género y así, los profesionales de salud deben ser capaces de comprender las desigualdades de género y de aplicar las medidas necesarias para promover la equidad al interior de los sistemas de salud.

En este Plan se establecen una serie de proyectos a desarrollar, entre los cuales podemos encontrar la realización y publicación de un Informe sobre Salud y Género, que debe tener carácter anual y que comentábamos que no está teniendo dicha periodicidad, pues el último se corresponde con los años 2007-2008. Entre el resto de proyectos queremos destacar, por su relación con este trabajo aquellos sobre:

- ofrecer información accesible y de calidad sobre género y salud sobre el Sistema Nacional de Salud, en la página electrónica del Ministerio de Sanidad;
- promover la inclusión de la perspectiva de género en los sistemas de información sanitaria y en las estrategias de salud;

- identificación y difusión de buenas prácticas sobre la inclusión del enfoque de género en las políticas y servicios de salud;
- impulsar la formación de los recursos humanos en salud incluyendo las desigualdades de género en salud en los programas de formación continuada del personal de salud, en colaboración con las Comunidades Autónomas;
- desarrollar indicadores sobre la atención a la salud, los cuales si bien están centrados en salud sexual, entendemos que implicarán otras áreas puesto que, el resto de proyectos están destinados a identificar problemas específicos de salud de las mujeres.

Y, en su punto segundo, se expresa la voluntad de “Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud desde el Sistema Nacional de Salud”.

## 5.2 INFORMES DE IMPACTO POR RAZÓN DE GÉNERO

En la Guía de aplicación práctica para la elaboración de informes de impacto de género de acuerdo a la Ley 30/2003, se señala que el objetivo es identificar y valorar el resultado que tienen las diferentes normas o políticas públicas sobre las mujeres y hombres. Es decir, se quiere evitar la producción de desigualdades de género analizando los posibles efectos de las actuaciones previstas, analizando por separado su impacto en ambos.

De esta forma, lo que se comprueba es si obtienen un beneficio equivalente o si dan lugar a situaciones de desigualdad o discriminación, a partir de normas o políticas públicas. La utilidad

de estos informes, tal y como señala la propia guía será conseguir “un mejor gobierno, gracias al mayor nivel de información y detalle que ofrece el conocimiento sobre las necesidades de las personas, desde una perspectiva de género, y un tratamiento justo y equitativo para ambos sexos”.

En el Informe de Impacto de Género que se lleva a cabo en cada proyecto de Ley de los Presupuestos Generales del Estado, podemos ver la situación de mujeres y hombres en España, la estrategia para incorporar la perspectiva de género cada año y los programas de gasto que cada ministerio va a destinar, mediante la realización obligada por ley, del informe de impacto de género. La Orden HAP/988/2014, de 12 de junio, que desarrolla las normas para el establecimiento de los presupuestos para el 2015, señala que “los departamentos ministeriales remitirán a la Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos un informe analizando el impacto de género en sus programas de gasto”.

Para el año 2015, vemos que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dedica la elaboración del Programa 232B, a la Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. En él se señala el Plan Estratégico 2014-2016, aprobado por el Consejo de Ministros, para eliminar en todos los ámbitos que competan al Estado cualquier discriminación por razón de sexo, y alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres, pues vinculan este programa 232B al Plan Estratégico para dar cumplimiento a lo que en él se recoge.

El objetivo de este programa 232B es impulsar la transversalidad del principio de igualdad, así como la investigación, gestión y difusión del conocimiento para la promoción de la igualdad de trato. En el Programa se describen las actuaciones previstas para el cumplimiento del PEIO, que debemos apuntar, que al tratarse conjuntamente del Ministerio de Sanidad e Igualdad, tenemos que tener en cuenta que en sus presupuestos se citan todas las actividades que se van a realizar partiendo de la propia Secretaría de Estado

de Servicios Sociales e Igualdad, a todos los ámbitos y sectores, de entre los que buscamos y encontramos los que hacen referencia específica al ámbito sanitario.

Es como el programa formativo a profesionales sanitarios en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III y un programa formativo presencial para profesionales sanitarios de atención primaria, ambos destinados a la incorporación del tratamiento del género en salud.

Dentro de la previsión de resultados acorde a los objetivos, se señala que uno de ellos, concretamente el quinto, será el de mejorar la situación de las mujeres en ámbitos como la educación, la cultura, las nuevas tecnologías, el deporte y la salud. Concretamente, en el ámbito de la salud,

se persigue una mayor incorporación de una perspectiva biopsicosocial y de género en todas las políticas y programas, eliminando las barreras que dificultan a las mujeres el poder hacer efectivo el derecho a gozar del máximo estado de bienestar posible, bien porque no cuentan con recursos personales suficientes, bien porque sus necesidades y demandas específicas quedan invisibles o no, son priorizadas.

En el Objetivo sexto, se pretende intensificar la sensibilización y formación en diferentes sectores, con perspectiva de género, donde podríamos encuadrar la formación explícita para los profesionales de salud.

Queremos señalar, que a la vista de los estudios e informes tanto a nivel nacional como internacional, cuando se hace referencia al principio de igualdad en materia sanitaria, el enfoque se realiza hacia el exterior. Con esto nos referimos a que, las políticas de salud realizan el tratamiento de la perspectiva de género y la no discriminación por razón de sexo, en el acceso al sistema sanitario y al tratamiento de las enfermedades. Tal y como un enfoque centrado hacia el exterior,

puesto que lo que se pretende es que hombres y mujeres tengan una atención sanitaria acorde a los problemas específicos de su sexo, como podría ser el cáncer de mama, estableciendo así protocolos exclusivos del perfil biológico.

Por otra parte, también se pretende hacer hincapié en el acceso de la mujer a ese sistema sanitario, al ser considerado como un colectivo vulnerable que en muchas ocasiones queda excluido por razones de pobreza o dificultad para lograr los recursos sanitarios. Pero lo que no suelen contener los estudios que abarcan la perspectiva de género en salud, es el tratamiento de la discriminación o desigualdad, de carácter interno, es decir, en el propio sistema sanitario entre sus profesionales.

De ahí, que sea complicado su análisis debido a la falta de estudios concretos que analicen la situación en el interior del sistema de salud, poniendo el acento en cómo se implementa el principio de igualdad entre los profesionales sanitarios.

## **6 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA**

Nos resulta de interés lo que señala el informe denominado “La equidad de género merece la pena”, elaborado por GIZ (Sociedad Alemana para la Cooperación Internacional)<sup>7</sup>, en relación a los análisis de género. Se consideran de máximo interés para abordar cualquier tipo de estrategia a adoptar, ya sea en el ámbito público como en el privado, pues lo importante es formular un sistema de objetivos y un enfoque metodológico con sensibilización de género.

Tal y como se apunta, “sirven para diagnosticar las relaciones de género y para deducir las interrelaciones específicas de género con respecto a una situación claramente definida en un país/región y

<sup>7</sup> Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, marzo de 2012.

un sector (problema central)”.

En nuestro caso, analizaremos los cuatro factores dentro del sector sanitario en el SNS. Nos parece interesante porque estamos observando cómo existe una ralentización en las medidas prácticas de implantación del principio de igualdad, y sobre todo una cierta desinformación estadística, quizá en mayor medida respecto a determinadas cuestiones o sectores. Si queremos atajar las situaciones de desigualdad, debemos conocer con exactitud la realidad del momento, de ahí que los análisis de género sean fundamentales de cara a establecer estrategias, pues entendemos que si no, de poco van a servir y puede malgastarse esfuerzos.

Si ponemos énfasis en una determinada actuación pero no sabemos cuál es la realidad, quizá estemos desaprovechando esa actuación dentro de otro contexto. Por ejemplo, se pueden establecer medidas contra el acoso sexual en el trabajo, pero puede resultar que no en todos los sectores profesionales exista del mismo modo, luego las medidas que adoptemos que serán “genéricas” no nos valdrán en todos los casos. Siempre será más conveniente estudiar con independencia, dentro de lo que sea posible, cada ámbito de manera unitaria y no colectiva.

Entonces, nos encontramos con la pregunta que refleja el informe del GIZ, ¿cuándo deberíamos efectuar el análisis de género? Parece evidente que la respuesta será la de realizarlo antes del inicio de un proyecto o programa, para que según nuestro parecer, las medidas puedan diseñarse “a medida”. Partiendo de que “se puede interpretar que la sociedad y la gran mayoría de los fenómenos, de los ‘sujetos/objeto’ sociales que se abordan en cualquier proceso de investigación social, existen o se configuran –en principio– en un espacio o dominio de configuración muy abierto y multidimensional” (CONDE, 1995, p. 100-120) es por lo que, es necesario acotar al máximo el objeto de estudio que queremos realizar para ver hasta qué punto se está aplicando la equidad de género, lo que nos ha

llevado a su vez, a tratar de acotarlo en nuestro trabajo mediante las cuatro variables.

En la “Guía de aplicación práctica, para la elaboración de informes de impacto de género de las disposiciones normativas que elabore el gobierno, de acuerdo a la Ley 30/2003”, se explica que la forma de identificar las desigualdades de género será utilizando una perspectiva de género, que analice las diferencias de género y las consecuencias que tiene para hombres y mujeres. De esta forma, conoceremos la situación de manera independiente de hombres y mujeres, para poder actuar sobre las situaciones que reflejen la existencia de desigualdades. Los pasos para elaborar un análisis desde la perspectiva de género son:

- identificación de la diferente posición de partida entre mujeres y hombres ante una situación dada, desde un punto de vista cuantitativo (diferencias en las cifras de participación en un ámbito determinado, por ejemplo);
- caracterización de la posición de mujeres y hombres frente a una situación dada, desde un punto de vista cualitativo (cómo intervienen los roles y las ideas o estereotipos ante una situación determinada);
- valoración de las diferencias encontradas de cara a conocer cómo intervienen y en cuanto al aprovechamiento de un derecho o recurso social concreto (en nuestro caso será por ejemplo, el acceso a formación del personal sanitario femenino).

Queremos señalar que estos análisis de género se diferencian de los informes de impacto de género que acabamos de estudiar, en que éstos hacen referencia a los efectos de determinadas normas o políticas públicas que van a llevarse a cabo, mientras que los análisis de género hacen referencia a situaciones sociales existentes (no a la

norma en sí), y su contenido puede darse tanto en ámbitos públicos como privados; entendemos que no son políticas, sino realidades.

En relación con los datos que pueden obtenerse de estos análisis, nos parece de interés el comentario de Conde, cuando señala que “las prácticas de investigación de las Ciencias Sociales son, también, instrumentos de producción de la información, de los datos, hechos, opiniones, actitudes, etc., y no son meros recogedores de los mismos”. Nos parece interesante porque las evaluaciones y las encuestas no solo cumplen la función de recolectar datos u opiniones sino que nos están sirviendo las propias preguntas para delimitar y estudiar ámbitos determinados, así como problemas específicos, situaciones anormales, mejorables, etc. El cómo se produce la obtención de datos, el tipo de datos y el ámbito, acotan la realidad que quiere ser explorada arrojando ya con esa elección información en sí misma, pues por ejemplo, podemos estar prestando atención a un sector que previamente no se había estudiado o a situaciones que se habían pasado por alto.

## **7 CONTEXTO Y PROBLEMÁTICA EN LA INVESTIGACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO**

Para situar el contexto de nuestro estudio, lo primero que queremos mostrar es el número y porcentaje de población correspondiente a profesionales sanitarios colegiados en España. Los datos los hemos extraído a partir de información del IMIO, con la Encuesta de Profesionales Sanitarios Colegiados realizada por el Instituto de Estadística, y actualizados a julio de 2016. De esta forma, podemos delimitar el número de personas sobre las cuales realizaremos el estudio estadístico de las cuatro variables.

Tendremos que tener en cuenta que según la “Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud” (GARCÍA CALVENTE; JIMÉNEZ RODRIGO; MARTÍNEZ

MORANTE, 2013), elaborada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, de la Consejería de Sanidad, existen una serie de factores que provocan problemas a la hora de investigar en salud desde una perspectiva de género.

Uno de ellos es el androcentrismo, por el que se adopta una perspectiva masculina tanto en la práctica de la investigación como en la construcción de planteamientos teóricos. Esto provoca lo que se denomina como *ginopía*, es decir, la “invisibilización de las mujeres en la investigación, que se manifiesta en la infrarrepresentación o exclusión de las experiencias de las mujeres en temáticas, espacios, o problemas considerados tradicionalmente como masculinos”.

## 8 ACOSO SEXUAL Y ACOSO POR RAZÓN DE SEXO

### 8.1 ÁMBITO EUROPEO

La Comisión Europea ha querido participar activamente en la lucha contra el acoso sexual en el trabajo, proporcionando unas pautas prácticas para que empresarios, sindicatos y los trabajadores puedan prevenirlo y en caso de existir, resolver el problema. Es por esto, por lo que publicó el “Código práctico encaminando a combatir el acoso sexual en el trabajo, de 24 de febrero de 1992”<sup>8</sup>, relativa a la dignidad de la mujer y el hombre en trabajo.

De entre las recomendaciones queremos destacar que insta a los empresarios a tener una declaración que exponga que no será tolerado el acoso sexual y que los empleados que lo sufran tienen derecho a poner denuncia. En este sentido, nos parece obvio el derecho de los empleados a denunciar, en todo caso, sí resaltamos la petición a que se expliquen de manera clara y sencilla los procedimientos

<sup>8</sup> Recomendación de las Comunidades Europeas 92/131, de 27 de noviembre de 1991.

para llevar a cabo esas denuncias con confidencialidad y el apoyo a los empleados que lo padezcan, protegiéndoles de las posibles represalias, como recogió la LOIEMH.

La UE en este sentido, establece en la recomendación que se aconseje a los trabajadores a tratar en primer lugar el problema de manera extraoficial, exponiendo que la conducta interfiere en su trabajo y que es ofensiva, y si continuase, entonces presentar denuncia. Los empresarios deben realizar una supervisión para que estos procedimientos sean eficaces incorporando a personas independientes que sean las que realicen los trabajos de investigación sobre el suceso. También recomienda que se fijen normas de disciplina que contemplen qué actos son considerados como indebidos y sus sanciones.

En cuanto a los sindicatos, el Código europeo recoge que “el acoso sexual es una cuestión sindical” y que en caso de denuncia deben implicarse con seriedad y comprensión. Deberán sensibilizar a los trabajadores sobre dichas conductas y promueve que haya suficientes representantes femeninas para que puedan apoyar a las mujeres que sufran acoso sexual laboral, que la realidad demuestra que son las más perjudicadas.

Por parte de los trabajadores, éstos deben estar alerta de la posible existencia de estas conductas, vigilando las suyas propias, y apoyando a las víctimas informando, en su caso, al representante del personal a través de los cauces programados. Como señala Kahale Carrillo, los Códigos de Conducta surgieron en la década de los años 70 tras la crítica a determinadas actuaciones de empresas multinacionales, surgiendo por tanto como “un proyecto de autonomía normativa” exteriorizada a través de estos Códigos concebidos como “un conjunto de propuestas que se llevan a cabo por la propia ley, por agrupaciones de empresas o empresas de un sector, con el propósito de establecer unos principios y unas reglas de garantía y de cumplimiento” (KAHALE CARRILLO, 2010).

## 8.2 ÁMBITO NACIONAL

En España, el artículo 7 de la LOIEHM recoge la definición de acoso sexual como “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” y el acoso por razón de sexo como “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”.

En cuanto a las Administraciones Públicas, la normativa la debemos completar con la Resolución de 28 de julio de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se aprueba el Acuerdo de 27 de julio de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso sexual y al acoso por razón de sexo en el ámbito de la Administración General del Estado y de los Organismos Públicos vinculados a ella, en respuesta a las directrices de la LOIEMH (Disposición Final Sexta). De este texto señalaremos algunos puntos clave antes de entrar en el contenido del informe del CGPJ.

El Protocolo de actuación que se aprueba para el ámbito de las Administraciones Públicas en prevención del acoso sexual y por razón de sexo comienza estableciendo que “Toda persona tiene derecho a ser tratada con dignidad y respeto” y que el acoso sexual y por razón de sexo suponen “un atentado contra la dignidad de las personas trabajadoras”. En este sentido, deberá prevenirse cualquier conducta en esta dirección, estableciendo y poniendo a disposición medidas de prevención y de actuación en caso de que el acoso tenga lugar.

El texto recuerda que el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) lo tipifica como falta muy grave, al igual que el

RDL 5/2000, de 4 de agosto, sobre Infracciones y Sanciones del Orden Social, la Ley 14/1986 General de Sanidad en su artículo 18.9: “Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones [...]”, punto 9 “La protección, promoción y mejora de la salud laboral, con especial atención al acoso sexual y al acoso por razón de sexo”, así como en numerosas otras disposiciones normativas sobre las que no vamos a extendernos pero sí queremos señalar el Criterio Técnico de la Inspección de Trabajo NÚM/69/2009, que lo considera infracción en materia de prevención la ausencia de evaluación y de adopción de medidas preventivas de la violencia de género en el ámbito laboral. Esto es importante porque vamos a ver de qué forma en los diferentes textos de empresa o del sector público se relaciona con la salud en el trabajo y con la violencia de género.

### 8.3 ACTUACIONES DESDE DISTINTOS ORGANISMOS

Desde el IMIO se expone de manera clara y sencilla qué es el acoso sexual y el acoso por razón de género haciendo alusión a las definiciones contenidas en la LOIEHM, añadiendo el chantaje sexual como el “comportamiento realizado por empresario/a o personal directivo o por personas de superior categoría profesional que presionan condicionando directa o indirectamente alguna decisión laboral, a la aceptación de una propuesta sexual”.

Queremos resaltar que, asimismo, señala el acoso sexual ambiental concretándolo en el desarrollo de un comportamiento de naturaleza sexual de cualquier tipo que produce un contexto laboral negativo para una persona impidiendo que desarrolle su trabajo en un ambiente adecuado, entendiendo que lo que trata el IMIO es de llamar la atención sobre ya no las personas que lo padecen sino sobre aquellos que son conscientes de que existe ese acoso en un compañero/a de trabajo.

En el estudio de Lamoca Pérez y Pérez Guardo (2008), se muestra que una de las dificultades son las estadísticas puesto que en el año 2000 se hizo el primer estudio por la Secretaría Confederal de la Mujer de CCOO, y lo siguiente fue el trabajo citado que vamos a desarrollar a continuación del IMIO en 2007. Entre los resultados queremos destacar que en sectores feminizados el porcentaje de mujeres que se sienten discriminadas es del 13%, subiendo al 22% en ambientes de equilibrio de género y del 24,5% en sectores masculinizados. El informe señala tres ejes del acoso sexual: la violencia contra las mujeres, un ambiente sexista y el abuso de poder masculino.

Queremos hacer referencia a la evolución del término acoso sexual que recoge el Informe, siendo su origen en Estados Unidos en los años 70, destacando las opiniones de Farley (1978), “la función del acoso sexual en trabajos no tradicionales es mantener a las mujeres fuera: su función en el sector tradicionalmente feminizado es mantenerlas abajo” (RUIZ CARBONELL, 2009), o de MacKinnon (1979, p. 12-26), para quien “el acoso sexual perpetúa la estructura entrelazada por la que las mujeres han sido sexualmente esclavizadas a los hombres y mantenidas en la parte más baja del mercado de trabajo”.

En el Informe se recalca que el acoso sexual es una conducta “para comunicar a las mujeres su condición de intrusas en el lugar de trabajo”. Así, en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (1993) en el marco de ONU, comienza a aparecer el término de violencia de género, entendiéndose como el que ejercen los hombres sobre las mujeres para seguir manteniendo el sistema patriarcal que les proporciona beneficios en todos los ámbitos.

De hecho, como señala Torada Máñez (2008), la Secretaría de la Mujer de Comisión Obreras, realizó un estudio en el año 2000 donde se recogía que un 18% de las mujeres trabajadoras sufren algún tipo de acoso sexual de sus jefes o compañeros y el 54% estima que

el ambiente de trabajo es sexualmente hostil. Pese a ello, destaca que solo dos de cada diez mujeres lo denuncie. Para Montoya Melgar y Sánchez-Urán Azaña (2007), el acoso sexual “es una manifestación de la desigualdad social de hombres y mujeres, expresada a través del poder masculino y de la concepción patriarcal de que el cuerpo de las mujeres no le pertenece”.

Apunta Kahale Carrillo (2016), que “se inserta en una trama de relaciones en que existe un desequilibrio de poder entre los sujetos desfavorables, en la mayoría de los casos para el colectivo femenino”. En el Informe también se trabaja a partir de datos del antiguo Ministerio de Igualdad, elaborados por la Fundación Mujeres en el año 2010 de donde se extrae que el número de denuncias que se presentan es muy bajo por dos razones, bien porque se entienden como veíamos con anterioridad como conductas normalizadas entre las posiciones del hombre-mujer, bien porque les cuesta comunicarlo a la empresa pues existe la descalificación a la versión de la víctima que siente que debe justificar que no existen otras razones para interponer la denuncia. Fruto de ello fue el paso de invertir la carga de la prueba (nunca en el orden penal) para favorecer el proceso probatorio en caso de que se produjese la denuncia.

## 9 FORMACIÓN EN MATERIA DE IGUALDAD

A nuestro juicio uno de los pilares fundamentales para conseguir la igualdad efectiva solo podrá venir de dar el impulso necesario a una formación específica en esta materia que se desarrolle en todos los ámbitos tanto desde las primeras etapas de educación escolar hasta programas en el ámbito laboral, para que día a día la sensibilización pueda extenderse y conseguir hacer efecto.

En la LOIEMH el Título II, dedicado a Políticas públicas para la igualdad, dentro del Capítulo II dedicado a la Acción Administrativa para la igualdad, los artículos del 23 al 26, recogen

la formación que sobre igualdad debe hacerse en todos los sectores. Comenzando con el sistema educativo, el artículo 23 establece que deberá incluir entre sus fines “la educación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres”.

Además se añade que dentro del propio sistema educativo uno de los principios regidores debe ser la eliminación de obstáculos que dificulten el pleno desarrollo de la igualdad efectiva entre las mujeres y hombres, fomentando la igualdad de sexos.

El artículo 24 LOIEMH establece que las Administraciones educativas deberán garantizar el mismo derecho a la igualdad tanto a hombres como a mujeres mediante la integración activa que impida que los posibles estereotipos y roles asociados a género produzcan desigualdades. Y se especifican las actuaciones que deben desarrollar las Administraciones.

Para completarlo, el artículo 25 LOIEMH se encarga de establecerlo para la educación superior indicando que de la misma forma, las Administraciones públicas deben fomentar la enseñanza e investigación en igualdad promoviendo materias de estudio en este campo, postgrados específicos y proyectos de investigación que se especialicen en profundizar sobre la igualdad entre mujeres y hombres.

El artículo 60 de la LOIEMH establece las directrices sobre acciones positivas a través de actividades de formación en el ámbito público, señalando por una parte que “con el objeto de actualizar los conocimientos de los empleados y empleadas públicas, se otorgará preferencia, durante un año, en la adjudicación de plazas para participar en los cursos de formación a quienes se hayan incorporado al servicio activo procedentes del permiso de maternidad o paternidad [...]”, facilitando de esta forma la conciliación, y por otro lado, “con el fin de facilitar la promoción profesional de las empleadas públicas

y su acceso a puestos directivos en la Administración General del Estado y en los organismos públicos vinculados o dependientes de ella, en las convocatorias de los correspondientes cursos de formación se reservará al menos un 40% de las plazas para su adjudicación a aquéllas que reúnan los requisitos establecidos”, estableciendo unas cuotas mínimas para las mujeres que se encuentren en estas situaciones.

También la Disposición Adicional Séptima, establece modificaciones de la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de la radiodifusión televisiva, añadiendo un nuevo párrafo dirigido a la educación de los menores, señalando en su artículo 16 letra e) que “La publicidad o la tele venta dirigidas a menores deberá transmitir una imagen igualitaria, plural y no estereotipada de mujeres y hombres”, que entendemos fundamental para evitar que sigan perpetuándose determinados roles y estereotipos que puedan afectar al respecto de la igualdad en edad más adulta.

En el ámbito sanitario, la Disposición Adicional Octava se llevan a cabo las modificaciones en la Ley General de Sanidad que en lo que nos interesa, modifica su artículo 18 estableciendo en el punto 14 la necesidad de “mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitario, incluyendo acciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género”. Y en la Disposición Adicional Novena, se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, incluyendo un nuevo apartado en su artículo 34 estableciendo “la inclusión de la perspectiva de género en las acciones formativas”.

Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dentro del Plan Estratégico 2008-2011 de Igualdad de Oportunidades,

uno de los objetivos previstos se enfocó precisamente en “Realizar acciones de formación profesional para el empleo en materia de igualdad de oportunidades, dirigidas a mujeres y hombres, con el objeto de modificar los estereotipos de género que condicionan las desigualdades de las mujeres en el ámbito laboral”.

En el año 2009, se llevó a cabo un estudio sobre “Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género”, elaborado por el Observatorio de Salud de las Mujeres dentro del Plan de Calidad del SNS, en el que entre otros aspectos se valoraban los cursos de formación en esta materia a los que habían asistido.

Nos resulta de gran interés puesto que en el informe se recoge que a partir de los testimonios se ha constatado que la formación en igualdad y género es el recurso más apropiado para concienciar e implicar al personal (en este caso sanitario) con el fin de disminuir las desigualdades existentes y porque refleja muchas de las opiniones, sensaciones y pensamientos previos a la formación que probablemente tengan lugar en cualquier sesión formativa de este tipo.

Vamos a destacar algunas de las conclusiones a las que llega el informe, en el que por ejemplo, se expresa que el término de igualdad más allá de lo relativo al trato, a los derechos y a las oportunidades, se refiere a que los hombres y mujeres gocen de la misma jerarquía como personas, tratando de eliminar las diferencias que han creado desigualdades colocando al hombre en posición dominante en las relaciones de poder. Y nos parece muy acertado el objetivo de escuchar a voces masculinas en esta materia pues señalan que “puede resultar un cambio cualitativo en los estudios de género”, pues se conoce de sus propias experiencias las razones de la resistencia.

La muestra se hizo con personal sanitario, 60% médicos y un 40% Asistentes Técnicos Sanitarios y matronas, de media de 45

años, que han participado en formación sobre género. Dentro de los niveles de implicación, haciendo referencia a los factores que se lo han promovido, la respuesta viene o de ámbito familiar donde se ha promovido la igualdad o por el contrario, ha existido maltrato, o bien por iniciar en los primeros años de etapa adulta militancia político-social en el ámbito universitario al conocer a mujeres involucradas.

En la mayoría de los casos, la implicación vino de la mano de una mujer que ha sido quien le ha aportado la sensibilización respecto al tema y le ha animado a formarse, pero también desde las instituciones sanitarias se les ha animado al observar su preocupación en temas psicosociales.

Se destaca la mayor presencia de mujeres en estos cursos respecto a hombres, pero una de las razones es la feminización del sector sanitario sobre todo en la población joven que además es la más motivada a seguir formándose. Es curiosa la apreciación que observamos cuando se recoge en el informe que la presencia masculina en los cursos, si bien se valora en positivo pues supone una oportunidad para la sensibilización, no debe convertirse en un peligro de reproducción de los privilegios masculinos.

Esto es así, porque al haber menos hombres formados en este tema, el estudio considera que desde las propias instituciones se les considera “hombres excepcionales” a los que se les adjudica un plus de valía desde el comienzo en perjuicio de las mujeres, lo que hace nacer a su vez el problema que pretende erradicarse.

Por otro lado, en el análisis de opinión de los alumnos nos parece determinante pues reconocen que con los cursos se ha producido en ellos una “revisión personal desde la perspectiva de género”, lo que les ha llevado a intentar mejorar eliminado actitudes machistas en su entorno cercano, como en su relación de pareja.

Los hombres más reacios a esta formación, lo suelen ser porque no tienen un trabajo previo de sensibilización y ello

les produce sentirse incómodos en estos cursos pues se sienten “señalados y cuestionados”, que se agravan cuando perciben que podrían verse como maltratadores lo que les lleva a argumentar que esta formación lo que persigue es una estrategia femenina para alcanzar posiciones de poder. De ahí la importancia de comenzar las formaciones sin plantear directamente los roles de género sino llegar a ellos progresivamente.

Una de las conclusiones a las que llega el informe mediante la valoración de los cursos es que, resulta complicado entender para los alumnos el por qué se llega a situaciones extremas como es el maltrato y si hay una predisposición del hombre, aun reconociendo la existencia del maltrato por parte de la mujer.

Otra cuestión interesante es que plantean la continuidad de la formación mediante la creación de grupos de reflexión de hombres en los que poder seguir compartiendo los cambios de actitud. Respecto a la presencia de hombres y mujeres en los cursos, para algunos es una oportunidad para intercambiar opiniones planteando situaciones reales lo que les resulta enriquecedor mientras que para otros, preferirían que solo estuviesen dirigidos a hombres pues se sienten más cómodos y menos cohibidos a la hora de expresar sus opiniones reales o mostrar su actitud frente a diferentes hechos.

## **10 DATOS DESAGREGADOS POR SEXO**

Para el conocimiento de esta variable debe acudir a la IV Conferencia sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, pues la primera vez que se puso de manifiesto la necesidad de trabajar con datos desagregados por sexo e indicadores de género. En el documento que recoge dichas reuniones, el Objetivo Estratégico Tercero, está focalizado en “Preparar y difundir datos e información destinados a la planificación y la evaluación desglosados por sexo”, señala que todos los organismos a nivel regional, nacional e

internacional en coordinación con las organizaciones de investigación y documentación, deben:

- a) tratar de velar por que se recojan, compilen, analicen y presenten por sexo y edad estadísticas sobre la persona que reflejen los problemas y cuestiones relativos al hombre y la mujer en la sociedad;
- b) recoger, compilar, analizar y presentar periódicamente datos desglosados por edad, sexo, indicadores socioeconómicos y otros pertinentes, incluido el número de familiares a cargo, para utilizarlos en la planificación y aplicación de políticas y programas;
- c) asegurar la participación de las organizaciones y centros de estudio e investigación sobre la mujer en la elaboración y ensayo de indicadores y métodos de investigación adecuados para mejorar los análisis de género, así como en la vigilancia y evaluación de las medidas para alcanzar las metas de la Plataforma de Acción;
- d) designar o nombrar personal para fortalecer los programas de reunión de estadísticas con una orientación de género y asegurar su coordinación, supervisión y vinculación a todos los demás campos estadísticos, y preparar resultados en que se integren las estadísticas correspondientes a los diversos ámbitos de que se trata;
- e) mejorar la obtención de datos sobre toda la contribución de la mujer y del hombre a la economía.

Como señalan Ruiz Cantero y Papi Gálvez (2007), en su estudio sobre indicadores de género en concreto en materia de salud, los indicadores desagregados de sexo no siempre coinciden con indicadores con sensibilidad de género, pues

la información desagregada por sexo dice si existen diferencias por sexo en una dimensión específica de la salud; mientras que los indicadores con sensibilidad de género son elaborados para observar las consecuencias en la salud del género como construcción social, y así ayudar a comprender si la diferencia observada entre sexos en el estado de salud es el resultado de desigualdades o inequidades por género.

## **11 PRESENCIA EQUILIBRADA EN PUESTOS DIRECTIVOS Y DE RESPONSABILIDAD**

En atención a la LOIEHM, la presencia de mujeres en puestos directivos y de responsabilidad debe fomentarse incluyendo como medidas de acción positiva la introducción de sistemas de cuotas. Como vimos con anterioridad, estos sistemas pueden generar discusiones, pero a nuestro juicio es una de las maneras más útiles para que la mujer pueda abrirse camino en determinados sectores y en categorías profesionales. Esto se debe a que el llamado “techo de cristal” funciona como barrera para que la mujer pueda acceder con las mismas oportunidades que el hombre dentro de los puestos directivos de las empresas y dentro de la Administración Pública.

A través de diversos artículos (como el 52, 53, 54 y Disposiciones Adicionales, ya vistos), la LOIEMH insta a que desde las Administraciones se promueva el principio de presencia equilibrada para que poco a poco, la mujer tenga la presencia debida, salvo que por determinadas condiciones del puesto no pueda atenderse, cuestión eso sí, que deberá motivarse.

Podemos señalar que entre las funciones que debe desempeñar la Dirección General para la Igualdad de Oportunidades, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, está la de “La promoción profesional de las mujeres y la potenciación de su acceso a puestos de responsabilidad y dirección en los ámbitos público y privado”. Lo que cabría preguntarse es si en la práctica

se están llevando a cabo estas medidas y si existe una evolución significativa en la presencia de la mujer. En cuanto a su presencia en los Altos Cargos de la Administración y en política ya lo vimos, observando que si bien había avances, tampoco eran los suficientes para poder hablar de un rango de igualdad equilibrado.

Debemos señalar que la discriminación de la mujer en el ámbito laboral se produce de diversas formas, tal y como señala Torada Máñez (2008), ya que puede venir desde el propio acceso al empleo en el que para la mujer existen sectores y categorías prácticamente inexistentes, o en las condiciones salariales existiendo diferencias entre sexos muy notables en la realización del mismo trabajo, o en la propia promoción, dando prioridad al hombre frente a la mujer.

Como señala la autora, “La segregación vertical se produce cuando las mujeres se concentran en niveles bajos de responsabilidad que los hombres, y la segregación horizontal, es la que concentra a mujeres en sectores menos reconocidos y valorados socialmente.”. Lejos del estereotipo de liderazgo que considera como cualidades imprescindibles para el éxito las asociadas a la masculinidad: agresividad, competitividad, capacidad de decisión y fuerza. Y junto a esto, la falta de políticas de conciliación entre la vida familiar y laboral. Para Borrell y Artacoz (2007), “La segregación vertical describe la división jerárquica del poder y de la influencia entre ambos sexos. Los hombres ocupan en mayor proporción posiciones directivas y las mujeres los puestos menos cualificados, tanto en los sectores feminizados como en los masculinizados”. En el estudio sobre “que como la feminización es un fenómeno reciente, es probable que los currículum con mayor calidad sean más comunes entre la población médica masculina, producto de su antigüedad. Este fenómeno impacta de forma directa sobre los cargos de responsabilidad [...]” (PASTOR GOSÁLBEZ; ROMÁN MARTÍN; FIGUERUELO BURRIEZA; GIMÉNEZ COSTA, 2014).

A la vista de las tablas estadísticas facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística, la evolución de la mujer en todos los sectores sanitarios es evidente. Con estos datos, lo que no parece que tenga mucho sentido es que teniendo una presencia mayoritaria femenina, sin embargo la ocupación de puestos de relevancia en toma de decisiones avance de manera demasiado lenta en comparación con su presencia en la realidad.

A nuestro juicio se debe seguir persiguiendo no solo la igualdad, sino la igualdad real y efectiva. Entre los principales problemas que se detectan, como señala Pastor, es que existe un discurso hegemónico que mantiene las falsas creencias y estereotipos y que

niega la existencia de discriminaciones hacia las mujeres en el ámbito sanitario y se encubre por el mito de que dichas organizaciones se presentan a sí mismas como meritocráticas. La primera dificultad encontrada es, pues, la negación por parte de los y las propias protagonistas de nuestro objeto de estudio: la existencia de discriminaciones sexistas (PASTOR GOSÁLBEZ; BELZUNEGUI ERASO; PONTÓN MERINO, 2012).

De las páginas consultadas se echa en falta que el IMIO a través de sus estadísticas “Mujeres en cifras”, no se incluyan determinados sectores profesionales para evaluar la presencia femenina, en este caso del sector salud y poder compararlo tanto con otras profesiones junto con la evolución en el tiempo.

En el apartado *Salud* encontramos únicamente el número de profesionales sanitarias colegiadas, que ya vimos, pero en Poder y Toma de decisiones se limita al poder legislativo, ejecutivo, altos cargos en administración, poder económico, poder judicial, Reales Academias, Administración Local y Partidos Políticos, dejando al margen entre otros los sectores de educación y sanidad, pilares del Estado del Bienestar.

## 12 CONCLUSIONES

Podemos indicar que sobre la promoción, es el campo en el que más sombras se vislumbran en materia de igualdad. Si bien es cierto, que con el cambio normativo de los últimos años, este aspecto mejoró considerablemente. Existe aún, una gran diferencia de porcentajes, de mayoría masculina en puestos de responsabilidad, como pueden ser los jefes de servicio y sección, directores gerentes y de gestión. Estas modificaciones legislativas provienen de no más allá del año 2015, por lo que creemos que durante los próximos años, no menos de diez, el número de jefas y directoras, aumentarán considerablemente. Teniendo en cuenta que son ellas, las que mejores notas académicas y expedientes portan, según datos aportados en este estudio.

Pero para que se produzcan estos cambios de justicia laboral, habrá que esperar a que se produzcan las jubilaciones de los actuales mandatarios. Hasta ahora primaban méritos personales y políticos, nada equitativos y muy lejos de querer implantar una efectiva igualdad entre mujeres y hombres. El giro de 180° dado en este apartado, fortalece la voluntad real de tener en cargos de responsabilidad, a personas, mujeres u hombres, que cumplan las capacidades necesarias y óptimas del cargo.

Hablando del acceso a las acciones formativas, programadas y organizadas por los servicios regionales de salud y departamentos de formación de sus áreas de salud. Indicar que las adjudicaciones de plazas, cumplen estrictamente los protocolos vigentes. Bases establecidas por representantes de los trabajadores y de la propia administración. Y que, en ningún caso, establece el género como elemento discriminatorio, ni positiva ni negativamente.

Podemos observar como la presencia de la mujer en las Reales Academias de índole sanitario, es prácticamente nula, exceptuando Farmacia. Curioso, si ya mencionábamos que los mejores expedientes

académicos en las Universidades son para ellas. Estas instituciones aún tienen un marcado acento de machismo, con puertas cerradas a la mujer, aun existiendo mujeres de reconocido prestigio en campos como el de la medicina.

En relación al acoso laboral, la conclusión que podemos indicar; es que las cifras no han disminuido en los informes estudiados desde el año 2006, y que de los datos obtenidos, consideramos que se echa en falta estadísticas con una mayor periodicidad y con sectores profesionales desagregados.

Del mismo modo, tenemos que ir planteando una revisión de la legislación sobre Igualdad de Género en nuestro país. Una revisión encaminada a potenciar la coeducación para introducir la perspectiva de género en el diseño y desarrollo curricular de todas las etapas de la enseñanza, empezando por infantil y terminando en la Universidad. Fomentar los planes de actuación de inspección de trabajo para combatir la discriminación laboral, dotándoles de más herramientas jurídicas y medios humanos y materiales para su consecución. Obligar en las nuevas ordenanzas de Colegios Profesionales, Colegios Oficiales, etc., alcanzar una composición equilibrada entre mujeres y hombres. Y conceder a las administraciones autonómicas, la capacidad sancionadora por comportamientos sexistas o discriminatorios por razón de sexo. Estas, entre otras muchas ideas y necesidades que se plantean después de la innovadora LOIEMH de hace once años.

## REFERENCIAS

BORRELL, Carme; ARTAZCOZ; Artazcoz. **Investigación sobre género y salud**. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 2007.

CONDE, Fernando. Procesos e instancias de reducción/formación de la multidimensionalidad de lo real. En: DELGADO, José

Manuel; GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, Juan (Coord.). **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Síntesis, 1995. p. 100-120.

ESPAÑA. Constitución (1978). La Constitución Española. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Agencia Estatal. **Boletín Oficial del Estado n.º 311**, Madrid, p. 29.313-29.424, 29 de diciembre de 1978. Disponible en: <[<https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)>](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1))>.

ESPAÑA. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Agencia Estatal. **Boletín Oficial del Estado n.º 71**, Madrid, 22 de marzo de 2007.

ESPAÑA. Ley 14/1986, de 25 de abril. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Agencia Estatal. **Boletín Oficial del Estado n.º 102**, Madrid, 29 de abril de 1986.

ESPAÑA. Ley 25/1994, de 12 de julio. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Agencia Estatal. **Boletín Oficial del Estado n.º 166**, Madrid, 13 de julio de 1994.

ESPAÑA. Ley 16/2003, de 29 de mayo. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Agencia Estatal. **Boletín Oficial del Estado n.º 128**, Madrid, 29 de mayo de 2003.

ESPAÑA. Ley 30/2003, de 14 de octubre. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Agencia Estatal. **Boletín Oficial del Estado n.º 246**, Madrid, 14 de octubre de 2003.

ESPAÑA. Ley 55/2003, de 16 de diciembre. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática.

Agencia Estatal. **Boletín Oficial del Estado n.º 301**, Madrid, 17 de diciembre de 2003.

ESPAÑA. Orden HAP/988/2014, de 12 de junio. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Agencia Estatal. **Boletín Oficial del Estado n.º 144**, Madrid, 14 de junio 2014.

ESPAÑA. Secretaría de Estado para la Función Pública. Resolución de 28 de julio de 2011. **Boletín Oficial del Estado n.º 189**, Madrid, 8 de agosto 2011.

GARCÍA CALVENTE, María del Mar; JIMÉNEZ RODRIGO, María Luisa; MARTÍNEZ MORANTE, Emilia. **Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), 2013.

GONZÁLEZ DÍAZ, Francisco Antonio. Tratamiento de las políticas de salud en la ley orgánica de igualdad. En: **Anales de Derecho**, Murcia, Ed. Servicio de Comunicaciones, Universidad de Murcia, n.º 26, p. 141-181, 2008.

GONZÁLEZ DÍAZ, Francisco Antonio. Evolución del proceso de igualdad de la mujer en las relaciones laborales: igualdad de trato y familia. En: **La igualdad ante la ley y la no discriminación en las relaciones laborales**: XV Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, celebrado en Lleida, 28 y 29 de mayo de 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones, 2005.

KAHALE CARRILLO, Djamil Tony. **El código de conducta ante situaciones de acoso laboral en la administración pública**. Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública, 2010.

KAHALE CARRILLO, Djamil Tony. Notas a la estructura del salario. En: **Revista General de Derecho del Trabajo y**

**Seguridad Social**, Madrid, Ed. Iustel, n.º 44, 2016.

KAHALE CARRILLO, Djamil Tony. El acoso (laboral, sexual y por razón de sexo). En: SÁNCHEZ TRIGUEROS, Carmen (Dir.); KAHALE CARRILLO, Djamil Tony; VELASCO PORTERO, María Teresa (Coord.). **El principio de igualdad en la negociación colectiva**. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016. p. 391-422. (Colección Informes y Estudios Serie relaciones laborales, 111).

LAMOCA PÉREZ, Miguel; PÉREZ GUARDO, Rocío. El acoso sexual en la empresa. En: **Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo**, Valladolid, Ed. Universidad de Valladolid, n.º 9, p. 179-194, 2008.

LEÓN ALONSO, Marta. Género y salud. En: CANCIO ÁLVAREZ; María Dolores; ÁLVAREZ CONDE, Enrique; FIGUERUELO BURRIEZA, Ángela; NUÑO GÓMEZ, Laura (Coord.). **Estudios interdisciplinarios sobre igualdad**. Madrid: Iustel, 2009. p. 227-238.

MACKINNON, Catharine A. Hacia una teoría feminista del estado. En: **Revista Feminismos**, n.º 4, 1979.

MARTÍNEZ-LAGE SOBREDO, Santiago. La sanidad pública: lecciones fundamentales de derecho administrativo. En: BUENO SÁNCHEZ, José Miguel; GAVELA LLOPIS, Andrea; HOCES IÑIGUEZ, José Ramón de; GARCÍA GONZÁLEZ, Alberto; SANTA-MARÍA PÉREZ, Luis Florencio; SÁNCHEZ-ANDRADE FERNÁNDEZ, María José; VILACHÁ DOMÍNGUEZ, Lara (Coord.). **Lecciones fundamentales de derecho administrativo: parte general y parte especial**. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi, 2015.

MONTOYA MELGAR, Alfredo (Dir.); SÁNCHEZ-URÁN AZAÑA, Yolanda (Coord.). **Igualdad de mujeres y hombres**. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi, 2007.

PALOMAR OLMEDA, Alberto. El modelo de sanidad pública: algunas consideraciones de carácter introductorio y generales sobre la conformación de un servicio público esencial. En: LARIOS RISCO, David; GONZÁLEZ GARCÍA, Lola; MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico de (Coord.). **Tratado de derecho sanitario**. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi, 2013. p. 67-102.

PASTOR GOSÁLBEZ, María Imaculada; ROMÁN MARTÍN, Laura; FIGUERUELO BURRIEZA, Ángela; GIMÉNEZ COSTA, Ana. (Coord.). **Integración europea y género**. Madrid: Tecnos, 2014.

PASTOR GOSÁLBEZ, María Immaculada. **Mujeres en sanidad: trayectorias profesionales y acceso a cargos de responsabilidad**. Madrid: Instituto de la Mujer, 2009.

PASTOR GOSÁLBEZ, María Immaculada; BELZUNEGUI ERASO, Ángel; PONTÓN MERINO, Paloma. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. En: **Cuadernos de Relaciones Laborales**, Madrid, Ed. Universidad Complutense de Madrid, v. 30. n.º 2, 2012. p. 497-518.

RUIZ CANTERO, María Teresa.; PAPI GÁLVEZ, Natalia. **Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones**. Alicante: Ed. Universidad de Alicante, 2007.

RUIZ CARBONELL, Ricardo. El principio de Igualdad entre hombres y mujeres (Tesis doctoral). Murcia, Universidad de Murcia, 2009.

TORADA MÁÑEZ, Rebeca. **Salud y género: el libro de la delegada sindical: curso para delegadas y delegados de prevención**. Salud y género. Madrid: Secretaría Confederal de Organización y Formación Sindical de CC.OO. Alzira (Valencia): Germania, 2008.

VÁZQUEZ GARRANZO, Javier. Régimen disciplinario en el ámbito del sistema nacional de salud. En: LARIOS RISCO, David; GONZÁLEZ GARCÍA, Lola; MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico de. (Coord.). **Tratado de derecho sanitario**. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi, 2013. p. 1.333-1.380.

*Recebido em: 11-11-2020*

*Aprovado em: 20-7-2021*