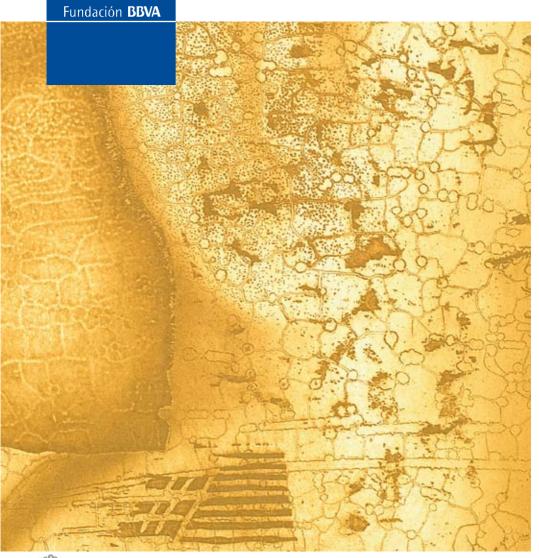
LA FEMINIZACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Pablo Vázquez Vega (Ed.)





LA FEMINIZACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

La feminización de las profesiones sanitarias

Edición a cargo de Pablo Vázquez Vega

Rocío Albert López-Ibor José Luis C. Bosch Francisco Cabrillo Rodríguez Pilar Chorén Rodríguez Juan José Dolado Lobregad Florentino Felgueroso Fernández Belén Gill de Albornoz Noguer Marcelo Perera Morlán Anna Ramon Aribau José A. Rodríguez Díaz



Fundación BBVA

La decisión de la Fundación BBVA de publicar el presente libro no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro de esta obra, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.

No se permite la reproducción total o parcial de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión por cualquier forma o medio, sea electrónico, mecánico, reprográfico, fotoquímico, óptico o de grabación sin permiso previo y por escrito del titular del copyright.

DATOS INTERNACIONALES DE CATALOGACIÓN

La feminización de las profesiones sanitarias / Rocío Albert López-Ibor... [et al.] ; edición a cargo de Pablo Vázquez Vega. — 1.ª ed. — Bilbao : Fundación BBVA, 2010. 289 p. : 24 cm

ISBN: 978-84-96515-88-8

- 1. Personal sanitario. 2. Condición de la mujer. 3. España
- I. Albert López-Ibor, Rocío. II. Vázquez Vega, Pablo. III. Fundación BBVA, ed.

614.2 (460)

Primera edición, enero de 2010

- © los autores, 2010
- © Universidad Complutense de Madrid, 2010
- © Fundación BBVA, 2010

Plaza de San Nicolás, 4. 48005 Bilbao

imagen de cubierta: © Dolores Montijano, 2010

El hombre sobre la ciudad, 1998

Aguafuerte y aguatinta, 328 x 575 mm

Colección de Arte Gráfico Contemporáneo

Fundación BBVA – Calcografía Nacional

ISBN: 978-84-96515-88-8 DEPÓSITO LEGAL: M-1885-2010

EDICIÓN Y PRODUCCIÓN: Ibersaf Editores COMPOSICIÓN Y MAQUETACIÓN: Ibersaf Industrial, S.L. IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN: Ibersaf Industrial, S.L.

Impreso en España - Printed in Spain

Los libros editados por la Fundación BBVA están elaborados sobre papel con un 100% de fibras recicladas, según las más exigentes normas ambientales europeas.

ÍNDICE

El	alcance de la feminización de las profesiones sanitarias
en	España
1.1.	Introducción
1.2.	Trayectoria de la feminización de las profesiones sanitarias
	1.2.1. Situación actual y evolución reciente de las profesiones sanitarias
	1.2.2. Características demográficas de los profesionales
	sanitarios por sexo
	1.2.2.1. Estructura por edades
	1.2.2.2. Nivel de estudios completados
	1.2.2.3. Situación profesional
1.3.	Mercado de trabajo y feminización
	1.3.1. Población activa, parada y tasa de paro en el sector
	sanitario
	1.3.1.1. Tasa de paro
	1.3.1.2. Población parada por sexo y grupos de edad
	1.3.1.3. Población parada por sexo y nivel de estudios
	1.3.2. Horas medias trabajadas en el sector sanitario por sexo
	1.3.3. Ingresos de las profesiones sanitarias por sexo
1.4.	Feminización de la sanidad: sector público versus
	sector privado
1.5.	La feminización de los estudios de Ciencias de la Salud
	1.5.1. Evolución de los alumnos universitarios por sexo,
	ramas y ciclos formativos

2.	
	2.1. Introducción
	2.2. El modelo empírico y algunos aspectos econométricos
	2.3. Los datos y una primera evaluación.
	2.3.1. Las notas de corte
	2.3.2. Tasa de desempleo
	2.3.3. Horas trabajadas
	2.4. Resultados
	2.5. Comentarios finales
	Bibliografía
3.	0 / 1
	el caso de los profesionales superiores en el sector
	sanitario en España
	3.1. Introducción
	3.2. Feminización de los sectores público y privado: salarios
	y temporalidad en España
	3.2.1. La feminización de la oferta de trabajo
	3.2.2. Feminización del empleo: sector público
	versus sector privado
	3.2.3. La temporalidad y las bajas no voluntarias
	3.2.4. Los sistemas de determinación de salarios
	y las diferencias salariales por sexos
	3.3. Diferencias de género en las bajas laborales no voluntarias
	3.3.1. Porcentaje de tiempo trabajado en la sanidad
	en la vida laboral
	3.4. Conclusiones
	Bibliografía
4.	¿Por qué se feminizan las profesiones sanitarias?
	El caso de los veterinarios
	4.1. Introducción
	4.2. Posibles causas de la feminización de las profesiones sanitarias.
	4.2.1. El abandono de las profesiones sanitarias por parte
	de los hombres
	4.2.2. ¿Productos diferenciados?
	4.2.3. Las profesiones sanitarias permiten trabajar de forma
	mayoritaria en el sector público

		4.2.4. La tendencia de las mujeres a trabajar en sectores	
		donde las mujeres son mayoría	150
		4.2.5. Otras posibles explicaciones de la feminización	153
	4.3.	Un caso de estudio: la profesión veterinaria	156
		4.3.1. Posibles causas de la feminización: abandono gradual	
		de los hombres de la profesión veterinaria	158
		4.3.2. Cambio en el contenido de la profesión	158
		4.3.3. La existencia de númerus clausus	161
		4.3.4. Sector público y clínicas privadas	162
		4.3.5. La reducida tasa de paro de la profesión veterinaria	166
	4.4.	Conclusiones e implicaciones	167
	Bibl	iografía	169
5.	Fen	ninización de las profesiones sanitarias:	
	una	n mirada sociológica	
	5.1.	Motores de feminización	172
	5.2.	La importancia del género en la Medicina y la Enfermería	
		del siglo xxI	176
	5.3.	A modo de conclusión	190
		5.3.1. ¿Qué supone la entrada de mujeres en las profesiones?	193
		5.3.2. ¿Ocupan las mujeres espacios diferenciados?	194
		5.3.3. ¿Qué efectos puede tener todo ello en el futuro?	195
	Bibl	iografía	198
6.	Aju	ste ocupacional y pluriempleo de los médicos:	
	im	portan las parejas?	
	6.1.	Introducción	199
	6.2.	El análisis económico de la movilidad, el desajuste educativo	
		y el pluriempleo: revisión de la literatura	203
		6.2.1. Monopsonio y mercados de trabajo de los profesionales	
		de la sanidad	203
		6.2.2. Desajuste, movilidad y parejas	206
		6.2.3. El análisis económico del pluriempleo	209
	6.3.	Situación familiar, movilidad, desajuste y pluriempleo: hechos	
		estilizados para los titulados superiores en Ciencias de la Salud	
		en España	211
		6.3.1. Situación familiar	211
		6.3.2. Movilidad geográfica	215

6.3.3. Ajuste temporal, desajuste educativo y no empleo	219
6.3.4. Pluriempleo	220
6.4. Diferencias de género en el ajuste ocupacional	226
6.5. Diferencias de género en el pluriempleo	239
6.6. Conclusiones	248
Bibliografía	251
7. Conclusiones	
7.1. Introducción	253
7.2. El factor de género en la sanidad	254
7.3. Mujer y condiciones laborales en la sanidad	260
7.3.1. Seguridad en el empleo, flexibilidad laboral y conciliación	
con la vida familiar	261
7.3.2. Diversidad, no discriminación e igualdad	265
7.3.3. Factores institucionales	267
7.4. Recomendaciones y medidas	269
Bibliografía	270
Índice de cuadros	273
Índice de gráficos	277
Índice alfabético	281
Nota sobre los autores	287

Introducción

LA feminización de las profesiones sanitarias en España en las últimas dos décadas es el hecho más significativo que ha tenido lugar en este sector, y esta circunstancia conlleva una serie de consecuencias relevantes para el conjunto de la sociedad. Conocer su alcance, las causas que lo han motivado y sus implicaciones para el futuro es el objeto de esta monografía.

La novedad del trabajo

La obra que ahora se presenta resulta novedosa en un doble sentido: por un lado, existen pocos estudios en nuestro país que aborden la cuestión de la feminización de las profesiones sanitarias con el instrumental del análisis económico.¹ Son más habituales las aproximaciones descriptivas, normalmente por parte de profesionales sanitarios, que resultan sin embargo muy útiles.² En este libro, por contraste, el peso fundamental se sitúa en los aspectos causales, es decir, se trata de incidir en los motivos que han llevado al proceso de feminización.

En segundo lugar, y ésta es una novedad fundamental, las fuentes de información que se utilizan difieren de las que habitualmente han servido para estudiar este sector. En los trabajos realizados hasta ahora, incluso en los más recientes, la principal fuente de información son los registros de los colegios profesionales, que ofrecen una fotografía adecuada del número y género de los profesionales sanitarios, pero que se encuentra más limitada a la hora de analizar otras dimensiones. Para resolver este problema, con frecuencia se ha completado esta información con

La referencia principal en esta materia en nuestro país es sin duda González López-Valcárcel. Veasé, por ejemplo, González López-Valcárcel (2007).

² Véase, por ejemplo, el trabajo de Amaya y García Pérez (2005).

la que proporcionan los exámenes MIR, que permiten conocer las especialidades elegidas. En nuestro caso, hemos optado por utilizar las fuentes de información que con mayor frecuencia se utilizan para hacer análisis del mercado de trabajo: la Encuesta de Población Activa, las Encuestas de Estructura Salarial, el Censo de Población a 2001, la Encuesta de Servicios Personales, los registros del Consejo de Coordinación Universitaria y la Muestra Continua de Vidas Laborales. Este conjunto de fuentes permite, en primer lugar, que las conclusiones que obtenemos sean comparables y homologables con las que se obtienen en otros sectores no sanitarios. Además facilita poder realizar un análisis dinámico con un conjunto de variables mucho más amplio, donde aspectos tan importantes de la vida laboral como los salarios o la existencia de varios empleos puedan ser tenidos en cuenta. El uso de la Muestra Continua de Vidas Laborales, un enorme panel que —a través de los registros de la Seguridad Social— permite seguir la vida laboral de un número muy elevado de personas, es un elemento que sin duda aporta gran valor a las conclusiones obtenidas.

Alcance de la feminización

A lo largo de esta obra, a la hora de analizar la feminización no nos referimos únicamente al rápido y sustancial incremento de la proporción de mujeres profesionales en la sanidad. La feminización, entendemos, es algo más: evidencia un cambio de orientación experimentado por la profesión, consecuencia de esta incorporación tan significativa. La mujer en sanidad no repite los roles masculinos sino que aporta su singularidad. Este doble juego de la feminización ha motivado que este estudio se aborde desde dos perspectivas: la propia del análisis económico, que es la presente en la mayoría de los capítulos; y la perspectiva sociológica, que mira al papel de la mujer en una profesión donde antes era minoritaria y que será objeto del último capítulo.

La presencia de la mujer en las profesiones sanitarias no es algo que vaya a ocurrir en el futuro. La feminización de las profesiones sanitarias es ya una realidad. Casi el 75% de los trabajadores sanitarios son mujeres, mientras que para el total de ocupados este porcentaje no alcanza el 40%.

Para estudiar la feminización es preciso cuantificar previamente el fenómeno. Con este fin, a lo largo del primer capítulo de esta monografía, se realiza un análisis descriptivo de la evolución y situación actual de la mujer en la sanidad española. El objetivo de este análisis preliminar es cuantificar el alcance de la feminización. La evidencia proporcionada pretende servir de base para el planteamiento de las hipótesis que se contrastan en los capítulos posteriores.

Belén Gill de Albornoz y Pilar Chorén señalan en el capítulo 1 que, si bien el peso relativo de la mujer en el sector sanitario es efectivamente muy superior a la media observada en el total de ocupados, el detalle de los resultados por profesiones permite matizar esta conclusión. En general, la presencia de la mujer es menor en las profesiones asociadas a titulaciones superiores, con excepción de la de farmacéutico, y en las de carácter más técnico. Este patrón de concentración de la mujer en profesiones menos cualificadas y de menor formación técnica no es, por cierto, exclusivo del sector sanitario sino que también se observa en las ocupaciones del sector educativo, en las que el grado de feminización es similar al de la sanidad.

Por otro lado, el peso relativo de la mujer ha aumentado considerablemente en todas las ocupaciones de la rama sanitaria durante las últimas dos décadas. Dado que partían de niveles de feminización más bajos, las tasas de crecimiento han sido mayores en las profesiones que requieren de formación universitaria superior como Medicina, Odontología o Veterinaria. Además, los datos sobre el crecimiento del número de estudiantes por sexo en las titulaciones de la rama de Ciencias de la Salud sugieren que el proceso de feminización no ha acabado y que dentro de unos años el peso relativo de la mujer en todas las ocupaciones sanitarias asociadas a una titulación universitaria será mayor que el observado actualmente. Los mayores incrementos pueden esperarse en las titulaciones de ciclo largo, en las que el número de hombres está, incluso, disminuyendo. Pero también en carreras altamente feminizadas, como es el caso de la Enfermería, la entrada de mujeres en los últimos años ha superado a la de hombres, por lo que no es previsible que el peso relativo de las féminas alcanzado en esta profesión se reduzca a medio plazo.

Causas de la feminización

Al observar el elevado grado de feminización del sector sanitario español surgen numerosos interrogantes en relación con los factores que han causado este fenómeno. De forma unánime los autores coinciden en señalar que la feminización no es el resultado de una única causa, sino que existen diferentes factores que inciden de forma significativa en este resultado.

Una de las primeras causas de la feminización de las profesiones sanitarias que pueden apuntarse a tenor de la evidencia suministrada en varios capítulos de esta monografía es el espectacular incremento, durante las dos últimas décadas, del número de mujeres que cursan estudios relacionados con las Ciencias de la Salud. En todas las titulaciones de esta rama la entrada de mujeres ha sido superior a la de hombres, cuyo número se ha visto reducido considerablemente en las carreras tradicionales de ciclo largo (Medicina, Veterinaria y Farmacia). Como señalan Marcelo Perera y Pablo Vázquez en el capítulo 2, en veinte años (1982-2002), un 70% de los hombres ha «abandonado» la carrera de Medicina; un 50%, la de Farmacia (que siempre ha estado feminizada), y un 22%, la de Veterinaria. De hecho, por ejemplo, entre los médicos el abandono de los hombres parece haber sido la clave de la feminización, dado que el número de mujeres estudiantes de Medicina también ha caído en los últimos años. La doble pregunta que se plantea en este sentido es cuál es la causa de la preferencia de las mujeres por estos estudios y por qué tienen éxito al acceder a los mismos, pese a los elevados requisitos académicos exigidos en la mayoría de ellos.

Estas nuevas cuestiones nos conducen necesariamente al análisis de las características específicas de las ocupaciones sanitarias que se presentan como más atractivas para las mujeres. Algunos de los resultados obtenidos sugieren que el grado de feminización de una profesión está, *ceteris paribus*, positivamente relacio-

nado con la probabilidad de ser asalariado (frente a trabajador por cuenta propia) y de trabajar en el sector público (frente al privado) y negativamente asociado a la duración de la jornada laboral. En cuanto a estos tres factores, en general las características de las profesiones sanitarias facilitarían el proceso de feminización. De hecho, la proporción de asalariados entre los profesionales sanitarios es mayor que en el total de ocupados, el peso relativo del sector público es muy superior en sanidad que en el total de ocupados y el número medio de horas trabajadas a la semana por los profesionales sanitarios es menor que el de sectores con un grado de feminización inferior, como es el caso de los profesionales del Derecho. Además, en el propio sector sanitario:

- 1. Las mujeres están infrarrepresentadas en la categoría de *no asalariados* frente a la de *asalariados*, de manera que las profesiones con menores tasas de feminización son las que mayores proporciones de trabajadores por cuenta propia presentan.
- 2. Las mujeres se ocupan en mayor medida que los hombres en el sector público.
- 3. Dentro la misma ocupación, las mujeres trabajan, de media, menor número de horas que los hombres, y se observa incluso un incremento de las diferencias por sexo durante los últimos años.

En conjunto, esta evidencia es consistente con la hipótesis de que las mujeres se decantan por las ocupaciones sanitarias porque, en términos medios, son más flexibles y menos arriesgadas en comparación con otros sectores.

El peso del sector público en la sanidad parece estar jugando un papel determinante a la hora de explicar la feminización de estas profesiones. El desarrollo de la seguridad social en el último medio siglo ha tenido como uno de sus efectos que la mayor parte de los profesionales que trabajan en el sector se hayan convertido en funcionarios públicos. De esta forma, la feminización de las profesiones sanitarias no sería sino un aspecto de un proceso más general de feminización de la Administración Pública que se ha desarrollado —y se sigue desarrollando— con gran celeridad en España. Así, de acuerdo con los datos presentados en el primer capítulo, mientras en el conjunto del mercado laboral la feminización se ha intensificado tanto en el sector público como en el privado, en las profesiones sanitarias sólo ha avanzado en el sector público.

Rocío Albert, Francisco Cabrillo y Pablo Vázquez estudian en el capítulo 4 que el análisis coste-beneficio que realizan quienes se plantean convertirse en funcionarios en España. Para un profesional de alta cualificación —como es el caso de los médicos—trabajar para la Administración Pública significa renunciar a los ingresos más elevados que pueden obtenerse en el sector privado. Pero las ventajas son considerables en términos de mayor seguridad en el trabajo, mayor comodidad en la realización de la actividad correspondiente, y jornadas laborales más reducidas. En el caso de las mujeres, esto supone una mayor facilidad para compaginar la vida profesional con la maternidad y la vida familiar. Es cierto que este último factor es de aplicación también a los hombres. Pero la evidencia empírica muestra de forma concluyente que los hombres valoran estos aspectos en un grado significativamente menor que las mujeres.

El hecho de que la mayor parte de los profesionales sanitarios trabajen hoy en España para el sector público debe matizarse en un doble sentido. En primer lugar, porque la oferta pública ha reducido la demanda de servicios en el sector privado, lo que obliga a trabajar para el sector público a muchos profesionales que, en un mercado con un sector privado más desarrollado, habrían preferido el ejercicio privado de la profesión. Y, en segundo lugar, porque el desempeño de un puesto en la sanidad pública ha sido acompañado, con gran frecuencia, por el ejercicio de actividad privada. Si la hipótesis de la preferencia de las mujeres por el sector público es válida, los datos deberían mostrar que la proporción de hombres que compatibilizan el puesto público con el ejercicio privado debería ser significativamente mayor que el porcentaje de las mujeres que hace lo mismo. Como se recoge en el capítulo 3 de Dolado y Felgueroso, un 20% de los médicos varones declaran en la EPA tener varios empleos. En este mismo sentido, una encuesta llevada a cabo por el Colegio de Médicos de la Comunidad de Madrid en el año 2003, señalaba que el 73% de las mujeres médicos afirmaron que ejercían exclusivamente en el sector público, mientras que sólo el 52% de sus colegas masculinos trabaja exclusivamente en el sector público, de modo que el 48% de los médicos masculinos compaginaban esta actividad con el ejercicio en centros privados.

Otra posible causa de la feminización tendría su origen en el hecho de que los hombres y las mujeres ofrezcan servicios diferentes. La cuestión es importante porque si se trata de productos que son considerados distintos por los usuarios, la feminización puede explicarse en buena medida por la propia demanda de los consumidores. Es razonable pensar que los resultados varíen de forma sustancial, por ejemplo, en las diversas especialidades que tienen los médicos. El producto sería muy homogéneo en el caso de un oftalmólogo, pero resultaría, en cambio, bastante diferente para servicios como los ofrecidos por los ginecólogos o urólogos. Y esto explica que en estas especialidades hubiera diferencias significativas por motivos de sexo. Si observamos los datos que nos ofrecen las series de médicos que cursaron el MIR a lo largo del período 2003-2005 en España, vemos que algunas de las diferencias más significativas en lo que a la distribución por sexos se refiere pueden ser explicadas de esta forma.

La disparidad en la aversión al riesgo entre hombres y mujeres ayuda a explicar algunas dimensiones de la feminización de las profesiones sanitarias. El argumento se basa en un principio de validez general, de acuerdo con el cual toda persona se ve condicionada en la elección de su profesión por su aversión al riesgo. Y es evidente que el riesgo es distinto en las diversas profesiones y en las diferentes especialidades médicas. Por ejemplo, aunque las tasas de mortalidad en operaciones de cerebro se hayan reducido sustancialmente en los últimos años, el riesgo de que un neurocirujano vea morir a un paciente en el momento de prestarle sus servicios es mucho más alto que el que pueda tener un pediatra o un médico de familia. Si suponemos que las mujeres presentan una mayor aversión al riesgo que los hombres, parece razonable que elijan algunas especialidades con menos riesgo.

Salarios y otras condiciones salariales

Uno de los factores más importantes que explica la intensa feminización experimentada por las profesiones sanitarias durante los últimos años está relacionado con los ingresos que generan estas ocupaciones. Si tenemos en cuenta las diferencias por sexo en cuanto a las condiciones laborales de las distintas profesiones analizadas, se identifican posibles causas por las que el salario medio de la mujer es inferior al del hombre, más allá del factor discriminación de género. En primer lugar, las mujeres se ocupan en profesiones de menor categoría. Y, en segundo lugar, incluso dentro de la misma ocupación, las mujeres son más jóvenes, trabajan menos horas y se ocupan por cuenta propia en menor proporción que los hombres.

Pero independientemente de lo anterior, Belén Gill de Albornoz y Pilar Chorén señalan que la evidencia obtenida sobre los ingresos medios de los sectores sanitario, educativo y de justicia, conduce a plantear al menos dos posibles explicaciones del proceso de feminización de las profesiones sanitarias relacionadas con el factor salario. En primer lugar, se ha observado que el sector sanitario proporciona ganancias menores que otros sectores menos feminizados, como es el caso del sector de la justicia, donde se produce además la circunstancia de que las diferencias salariales entre estos dos sectores son mayores para los hombres que para las mujeres. De acuerdo con esto, la feminización podría estar asociada al hecho de que estas profesiones hayan dejado de ser atractivas para el hombre, que se decantaría por otras ocupaciones mejor remuneradas. Por otra parte, observando las diferencias salariales entre hombres y mujeres que presentan las distintas ocupaciones, cabe pensar que las mujeres preferirán aquellas ocupaciones en las que, ante iguales condiciones laborales y categoría profesional, las diferencias por sexo sean menores. Aunque el análisis llevado a cabo no permite comparar el salario medio de hombres y mujeres controlando a su vez por las características laborales correlacionadas con esta variable (horas trabajadas, tipo de empleador, situación laboral, etc.), se observa que las diferencias salariales por sexo en los sectores más feminizados, el sanitario y el educativo, son bastante menores que en el total de ocupados.

Otra forma de aproximarse a la importancia del salario a la hora de explicar la feminización es mirar la tasa de desempleo, dado que allí donde el trabajo sea más escaso (y, por tanto, exista menos paro) más elevados deberán ser los salarios. La evidencia que se ofrece en el capítulo 3, donde se utilizan diferentes técnicas econométricas, permite mostrar que, a mayor riesgo de desempleo en una profesión, mayor es la proporción de mujeres en las titulaciones correspondientes. Este resultado está en línea con la hipótesis de que los hombres toman en cuenta el riesgo de desempleo a la hora de decidir una carrera universitaria.

Una última dimensión del salario como variable explicativa de la feminización es analizar la variable de ajuste cuando los salarios resultan escasamente flexibles: las horas de trabajo. Como se indicaba en el apartado anterior, las mujeres dedican menos horas que los hombres a estas ocupaciones. Las estimaciones realizadas en el capítulo 3, controladas por otros factores, permiten demostrar una mayor propensión de las mujeres a matricularse en aquellas profesiones en las que el promedio de horas trabajadas es menor.

La profesión veterinaria

El caso de la profesión veterinaria tiene especial interés en un estudio sobre la feminización de las profesiones por varias razones. En primer lugar, porque constituye el caso de más rápida feminización entre todas las profesiones del sector y es escasamente conocido. Pero también porque la entrada de la mujer en la profesión se ha debido a una serie de fenómenos interesantes que hacen que pueda servir de campo de estudio para determinar por qué los procesos de feminización tienen características diferentes en diversas profesiones.

Es relevante señalar que la profesión veterinaria es, de entre las profesiones sanitarias, la que seguramente ha modificado con mayor claridad sus actividades. La feminización en veterinaria está ligada no sólo a un crecimiento en el número de mujeres que desempeñan esta ocupación, sino también a una modificación significativa de las tareas que ahora se realizan. Hoy la actividad

principal de un veterinario, dejando a un lado a los que trabajan en la Administración Pública, se realiza en clínicas de atención a pequeños animales, en las que trabaja un gran número de veterinarios, especialmente en el caso de las cohortes más jóvenes.

Parece claro que una primera causa relevante de la mayor feminización de la profesión de veterinaria es el abandono por parte del hombre de esta actividad, al igual que ocurría con otras profesiones como la Medicina o la Estomatología. La profesión ha incrementado sustancialmente el número de efectivos, casi duplicándose (45,3%) en una década, al mismo tiempo que se feminizaba. Si en 1996 los hombres suponían el 80,17% de la profesión, en 2005 esta cifra se ha reducido en más de 20 puntos porcentuales, donde los hombres pasan a representar el 58,97% del total de los veterinarios.

En segundo lugar, la feminización de la profesión veterinaria se ha visto acompañada por un cambio en las tareas de esta profesión. Esta modificación del contenido de la profesión se refleja en las especialidades elegidas por los estudiantes durante la carrera. Tradicionalmente la especialidad más elegida era la de «producción animal», orientada a atender las necesidades de una producción intensiva. Conforme la sociedad generó nuevas demandas, se produjo un cambio hacia la especialidad de «medicina y sanidad», un ámbito que resulta al mismo tiempo más atractivo para la mujer. Estas diferencias también se muestran a la hora de ejercer la profesión.

Los datos confirman la hipótesis de que las mujeres que ejercen como veterinarios lo hacen o bien como funcionarios o bien como autónomos, no como asalariados en el sector privado. Es relevante en este sentido señalar que del 40% de profesionales que trabajan en el sector privado, un 68,1% sean hombres.

La perspectiva sociológica

El capítulo 5 de esta monografía ofrece una visión sociológica de las causas e implicaciones de la feminización. Se trata de un eficaz complemento de la visión económica ya que señala algunos aspectos no abordados desde esta perspectiva.

Además de los factores económicos, Josep Rodríguez, José Bosch y Anna Ramon entienden que la configuración de sistemas sanitarios más humanísticos y holísticos como consecuencia del intento de frenar el crecimiento en los costes tecnológicos crecientes en una escalada simétrica por la competición contra la enfermedad, el desarrollo de aproximaciones terapéuticas que incluyen aspectos espirituales y mentales de la salud, así como la multiplicación de *role models* de mujer en la sanidad acrecientan el atractivo de este mercado para las mujeres.

También inciden en la relevancia de los tiempos. A diferencia de la mayoría de los países de nuestro entorno socioeconómico, donde la entrada de la mujer en las profesiones sanitarias se inició antes y ha sido progresiva, en España el proceso de feminización adquiere niveles de «dramatismo» debido a la envergadura y velocidad del cambio en un espacio de tiempo muy pequeño. Ello es más notable en las profesiones históricamente masculinas (Medicina, Veterinaria, Odontología), que han visto cómo su composición de género cambia radicalmente en pocos años. Parte de las reacciones, tensiones y problemas que se plantean al hablar de feminización tienen su origen en este cambio rápido y radical, y no necesariamente en la feminización en sí misma.

¿Qué supone la entrada de mujeres en estas profesiones? Evidencia la expansión del sistema sanitario y de sus mercados laborales. De hecho, ha garantizado su supervivencia al asegurar su oferta de servicios. Sin la entrada masiva y reciente de mujeres en las profesiones sanitarias, éstas (y el sistema y mercados sanitarios) no hubiesen podido hacer frente a la creciente demanda de servicios tanto en los espacios tradicionales como en los nuevos espacios de cuidados y calidad de vida.

¿Ocupan las mujeres espacios diferenciados? ¿Se está produciendo una división del mercado laboral y los servicios de las profesiones sanitarias con arreglo a líneas de género? La envergadura, la complejidad y el acelerado proceso de feminización se traducen a su vez en una imagen compleja de las posiciones de varones y mujeres en la profesión médica. En términos globales hay una mayor tendencia de las profesionales (algo más de la mitad de las mismas) a situarse en el espacio de Medicina general y fuera del hospital, y una mayor tendencia de los profesionales varones (un poco más de

la mitad de los mismos) a ejercer en otras especialidades (fundamentalmente médicas y quirúrgicas) y en el ámbito hospitalario.

Donde existe una clara diferenciación de género es en la dedicación a la profesión. Más de la mitad de los varones tiene varias ocupaciones (combinando formas y espacios organizativos) mientras que sólo alrededor de una cuarta parte de las mujeres está pluriempleada. En las mujeres domina una monodedicación a la profesión (en un solo trabajo y, de hecho, fundamentalmente como empleo en el sector público). En cambio, en los varones es muy frecuente el desempeño de varios cargos (combinando el trabajo como empleados con el ejercicio liberal, y asistencia hospitalaria con no-hospitalaria).

Implicaciones de la feminización

Tan interesante como identificar los factores causantes de la feminización de las profesiones sanitarias es prever las implicaciones que este proceso tendrá en el futuro para nuestro sistema sanitario. Sin duda, la mujer debe adaptarse a las exigencias y necesidades de la profesión que elija, pero también es cierto que las características de los profesionales determinan en cierto modo la propia profesión. En este sentido, se producen dos tipos de efectos de la feminización de las profesiones sanitarias: los relacionados con la estructura organizativa de las profesiones y los asociados a la forma de ejercer y entender la profesión.

En cuanto a los posibles cambios de tipo organizativo, dada la necesaria conciliación de la vida familiar —y, en particular, de la maternidad— con la vida laboral, la feminización de las profesiones sanitarias traerá consigo seguramente cambios tendentes a reducir la jornada laboral media. De hecho, el número medio de horas trabajadas por los profesionales sanitarios se ha reducido en los últimos diez años, coincidiendo con el avance de la feminización.

Por lo que se refiere a los posibles cambios relacionados con la forma de ejercer y entender la profesión, algunos expertos han señalado que la mujer tiende, en mayor medida, hacia una sanidad enfocada en la prevención y los cuidados mientras que el perfil masculino se identifica mejor con la sanidad centrada en la curación. Hay un aspecto relacionado con los posibles cambios sobre el que el estudio realizado permite hacer una reflexión. Se trata de si la feminización observada va a significar un giro sustancial en la distribución por sexo de los puestos de responsabilidad en nuestra sanidad. En principio, la elevada presencia de la mujer en el sector conduciría a pensar que también en los puestos de responsabilidad el peso relativo de la mujer es muy importante. Sin embargo, algunos de los resultados sugieren que el grado de feminización de los puestos de responsabilidad debe ser inferior al observado en el conjunto de los profesionales sanitarios. De hecho, a pesar de su presencia mayoritaria en el sector, la mujer está ocupada en profesiones de menor categoría e, incluso, dentro de la misma categoría tiene de media menor nivel formativo que el hombre. Estas dos circunstancias deben constituir de momento una barrera de entrada de la mujer a los puestos de dirección y gestión o, al menos, de su acceso masivo a los mismos.

En el capítulo 6 de esta monografía se analiza la segregación y la discriminación por género aislando los efectos derivados de las distintas características medias de capital humano de los hombres y de las mujeres. En el caso de los profesionales superiores de la sanidad, este efecto composición es más relevante que en otras profesiones, debido a una mayor concentración de mujeres, entre los profesionales más jóvenes, y de los varones, entre los profesionales de más edad.

Las estimaciones de las diferencias salariales entre hombres y mujeres profesionales de nivel superior de la sanidad se explican en gran parte por el efecto composición de edad. Sin embargo, una vez controlado este efecto composición, las diferencias salariales de género aumentan considerablemente cuando se trata de retribuciones que incorporan complementos salariales y se amplia el período de percepción. Por ejemplo, si se comparan los salarios base por hora, no existen prácticamente diferencias de género. Sin embargo, cuando se toman como referencia los salarios anuales, las diferencias salariales se triplican. Una posible explicación de estas considerables diferencias es la mayor tasa de temporalidad femenina y, concretamente, la sucesión de contratos temporales que afectan al salario de las mujeres debido a un mayor número de días sin trabajar.

Finalmente, el último capítulo de esta monografía está dedicado a analizar las importantes diferencias de género en las situaciones laborales de los titulados superiores del sector sanitario: las mujeres ejercen su profesión en menor medida que los hombres y, cuando lo hacen, su tasa de temporalidad es más elevada. Los varones, por contra, también complementan el ejercicio de su profesión con un segundo empleo en mayor medida que las mujeres. El objetivo de ese capítulo es investigar si estas diferencias pueden estar relacionadas con características monopsonísticas imperantes en el mercado de trabajo de los titulados superiores de la sanidad. Además de poder ejercer su profesión en un escaso número de establecimientos en el ámbito local, los oferentes tienen unas características personales que podrían reducir su movilidad geográfica en búsqueda de un ajuste ocupacional óptimo: entre todos los titulados universitarios, los de Ciencias de la Salud son los que más están emparejados con personas del mismo nivel educativo y/o del mismo tipo de estudios. En consecuencia, el ajuste ocupacional óptimo de los miembros de la pareja puede resultar aún más complejo. Esta situación permite aportar evidencias sobre un nuevo tipo de discriminación de género, denominado discriminación intra-pareja, que surge cuando la movilidad geográfica de la pareja favorece a los varones, de manera que logran un mejor ajuste que las mujeres, pese a disponer del mismo capital humano. Por último, también se analiza si el pluriempleo puede interpretarse como una forma de evitar los efectos monopsonistas del mercado laboral, al aumentar la elasticidad de la oferta de trabajo.

La feminización de las profesiones sanitarias no debe concebirse como un problema sino más bien lo contrario. Ha permitido la expansión y supervivencia de un sistema mayoritariamente público y de gran calidad. El dilema central, planteado por el aumento del número y peso de las mujeres en la sanidad, es el enfoque futuro de este sector: en qué medida será capaz de satisfacer la demanda creciente tanto de cuidados y servicios asociados a la calidad de vida como de servicios curativos.

PABLO VÁZQUEZ VEGA Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)

Universidad Complutense de Madrid

Bibliografía

- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2007. Disponible en internet en www.msc.es.
- AMAYA, C., y M. A. GARCÍA PÉREZ. Demografía médica. Madrid: Fundación CESM, 2005.

1. El alcance de la feminización de las profesiones sanitarias en España

Belén Gill de Albornoz
Universidad Jaume I
Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie)
Pilar Chorén Rodríguez
Universidad de Valencia
Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie)

1.1. Introducción

La presencia cada vez mayor de la mujer en el mundo laboral es una realidad innegable que viene observándose desde hace varias décadas en prácticamente todos los países del mundo occidental. En España, en 2005, casi el 73% de los trabajadores sanitarios eran mujeres mientras que, para el total de ocupados, este porcentaje no alcanzaba el 40% (cuadro 1.1). Además, de cada 100 trabajadoras españolas 7,7 estaban ocupadas en profesiones relacionadas con la sanidad mientras que en el caso de los hombres sólo 1,9 de cada 100 empleados se ocupaban en el sector sanitario. Por otro lado, la atención sanitaria representa un elevado porcentaje del gasto público en nuestro país, cuya contención es objetivo preferente de las distintas Administraciones Públicas. En este contexto, el análisis de las posibles consecuencias socioeconómicas del proceso de feminización de la sanidad española despierta un gran interés.

Deseamos agradecer a Francisco Pérez las precisiones y excelentes comentarios aportados que han permitido mejorar, sin duda, la calidad del capítulo. Además, se agradece el trabajo técnico prestado por Jimena Salamanca. En la explotación de los datos de la EPA agradecemos la participación de Ángel Soler.

CUADRO 1.1: Ocupados en sanidad respecto al total de ocupados por sexo, 2005

	Total	Mujeres	Hombres	% M	% H
Ocupados en profesiones sanitarias	800.451	582.449	218.002	72,77	27,23
Total ocupados	18.973.224	7.584.429	11.388.795	39,97	60,03
% profesionales sanitarios sobre total ocupados	4,22	7,68	8 1,91		

Fuente: Encuesta de Población Activa, INE.

La feminización de la sanidad puede ser estudiada desde dos perspectivas (Bawin y Bawin 1999). Desde una perspectiva meramente cuantitativa o descriptiva, la feminización se refiere al rápido y sustancial incremento de la proporción de mujeres profesionales que se viene observando a lo largo de las últimas décadas. Pero desde una perspectiva cualitativa la feminización es algo más. El concepto se refiere en este caso al cambio de orientación experimentado por la profesión, consecuencia de la incorporación masiva a la misma de la mujer, y derivado de las características diferenciales de ésta con respecto a los profesionales varones.

Para estudiar la feminización desde la segunda perspectiva mencionada es preciso cuantificar previamente el fenómeno, esto es, abordarlo desde la primera perspectiva. Por ello, a lo largo de este primer capítulo se realiza un análisis descriptivo de la evolución y situación actual de la mujer en la sanidad española. El objetivo de este análisis preliminar es cuantificar el alcance de la feminización. La evidencia proporcionada pretende servir de base para el planteamiento de las hipótesis que se contrastan en estudios posteriores y que permitirán obtener conclusiones tanto sobre las causas de la feminización de las profesiones sanitarias en España como sobre sus posibles consecuencias en el desarrollo futuro de nuestro sistema sanitario.

Para llevar a cabo el análisis propuesto se ha recopilado, sintetizado y analizado información de diversas fuentes estadísticas. La principal fuente de información utilizada es la Encuesta de Población Activa (EPA), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponemos de dos series de datos de la EPA distintas: 1) desde 1987¹ hasta 1993, la información disponible está basada en la clasificación nacional de ocupaciones de 1979 (CNO-79) con 2 dígitos; 2) desde 1994 a 2005, la información de la EPA se basa en la clasificación de ocupaciones de 1994 (CNO-94). Para los dos primeros años de esta serie la clasificación de ocupaciones está disponible con 2 dígitos, si bien para la última década (1996-2005) disponemos de información con hasta 3 dígitos. En el análisis principal se han usado los datos de la última serie, la EPA de 3 dígitos para el período 1996-2005, si bien en algunos casos se ha incluido información referente al período anterior. Para completar la información proporcionada por la EPA, se ha utilizado la Encuesta de Estructura Salarial y los datos de titulaciones elaborados por el Consejo de Coordinación Universitaria.

Este capítulo se ha estructurado en seis apartados. En el apartado siguiente se ofrece, en primer lugar, una visión general de la situación actual de los profesionales sanitarios en España así como de la trayectoria del fenómeno de feminización experimentado en este sector durante el período 1987-2005. Asimismo, se analizan por sexo varias características demográficas de los profesionales sanitarios, como la edad, el nivel de estudios y la situación profesional. El tercer apartado muestra la evolución de algunas variables relativas a las características del mercado de trabajo, comparando el sector sanitario con el total de ocupados. En particular, se examinan la tasa de paro, las horas medias trabajadas y los ingresos medios per cápita, haciendo hincapié en la diferenciación por sexo de los profesionales. Seguidamente, el apartado cuarto describe la evolución durante la década 1996-2005 de los hombres y mujeres ocupados en el sector público y privado, tanto en sanidad como en el conjunto de trabajadores españoles. Utilizando información proporcionada por el Consejo de Coordinación Universitaria, el quinto apartado describe y cuantifica la feminización de las titulaciones de la rama de Ciencias de la Salud, en relación

¹ Es posible disponer de una serie anterior, 1977-1986, pero con un desglose de información inferior.

con el conjunto de titulaciones de nuestras universidades, distinguiendo por ciclos formativos. Finalmente, en el sexto y último apartado se sintetizan los principales resultados del estudio y se extraen algunas conclusiones encaminadas, fundamentalmente, a plantear hipótesis sobre las causas del proceso de feminización descrito, así como sobre sus posibles consecuencias futuras para el desarrollo del sistema sanitario español. Para contrastar hipótesis en este sentido, y dado que el análisis empírico que se plantea en este capítulo es meramente descriptivo, son necesarios estudios más rigurosos.

1.2. Trayectoria de la feminización de las profesiones sanitarias

1.2.1. Situación actual y evolución reciente de las profesiones sanitarias

Como indican los datos de la Encuesta de Población Activa presentados en el cuadro 1.2, en 2005 la cifra de profesionales sanitarios en España se situaba en torno a las 800.000 personas, de las que más de 580.000 (cerca del 73%) eran mujeres. No obstante, el grado de feminización de las distintas ocupaciones sanitarias es bastante dispar. Las mujeres se concentran en mayor proporción en las ocupaciones que requieren menos formación. El 35,8% de las profesionales del sector sanitario se ocupan en puestos de auxiliares de enfermería y asimilados mientras que sólo el 20,2% lo hace en profesiones asociadas a una titulación universitaria de segundo o tercer ciclo. Por el contrario, casi el 58% de los hombres que trabajan en sanidad se ocupan en profesiones que requieren titulación universitaria de segundo o tercer ciclo mientras que apenas el 9% de ellos son auxiliares de enfermería y asimilados. El peso relativo de la mujer varía también entre ocupaciones que requieren el mismo nivel de estudios. Por ejemplo, considerando las ocupaciones asociadas a titulaciones de ciclo universitario largo, en 2005 las mujeres eran minoría entre los médicos y odontólogos y los veterinarios, al representar respectivamente el 43% y el 38,5% del total de estos profesionales. Sin embargo, los farmacéuticos eran mayoritariamente mujeres (el 75%).

CUADRO 1.2: Ocupados en el sector sanitario mayores de 16 años por ocupación¹ y sexo, 2005

	A. Total personas ocupadas		B. Distribución por ocupación			C. Distribución por sexo		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
21. Profesiones asociadas a titulaciones de 2.º y 3.º ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad	243.195	117.682	125.512	30,38	20,20	57,57	48,39	51,61
212. Médicos y odontólogos	174.058	74.856	99.201	21,74	12,85	45,50	43,01	56,99
213. Veterinarios	23.483	9.036	14.448	2,93	1,55	6,63	38,48	61,53
214. Farmacéuticos	40.700	30.589	10.110	5,08	,		,	,
219. Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	4.954		1.753	0,62			,	
27. Profesiones asociadas a una titulación de 1.ºº ciclo universitario en Ciencias Naturales y de la Sanidad²	198.681	165.756	32.925	24,82	28,46	15,10	83,43	3 16,57
31. Técnicos de las Ciencias Naturales y de la Sanidad	130.436	90.461	39.976	16,30	15,53	18,34	69,35	30,65
312. Técnicos de sanidad	78.607	57.161	21.447	9,82	9.81	9,84	72,72	27,28
313. Diversos técnicos de sanidad	51.829	33.300	18.529	6,47	5,72	8,50	64,25	35,75
51. Trabajadores de los servicios personales³	228.139	208.550	19.589	28,50	35,81	8,99	91,41	8,59
Total ocupados en profesiones relacionadas con la sanidad	800.451	582.449	218.002	100,00	100,00	100,00	72,77	7 27,23

¹ Clasificación CNO-94 (3 dígitos).

Fuente: Encuesta de Población Activa, INE.

El gráfico 1.1 presenta la evolución por sexo del número de profesionales en el período 1987-2005. Puesto que están basadas en clasificaciones de ocupaciones distintas, las series 1987-1995 y 1996-2005 se han representado por separado. Durante los primeros nueve años, el número de trabajadores en la sanidad española se multiplicó por 1,45, mientras que en el período 1996-2005 lo hizo por 1,56. Por otro lado, poniendo de manifiesto la existencia de un proceso de feminización en estas profesiones durante estos casi veinte años, se observa que la evolución en el crecimiento del número de hombres y mujeres es desigual.

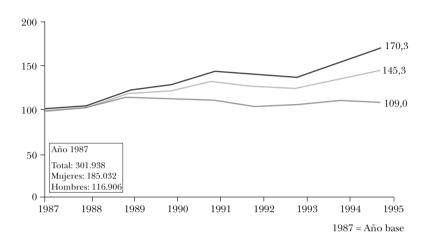
² Incluye únicamente la ocupación de enfermería (código 272 CNO-94).

³ Incluye únicamente la ocupación de auxiliar de enfermería y asimilados (código 511 CNO-94).

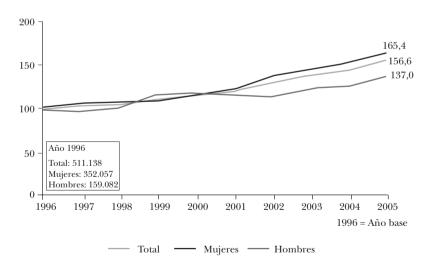
GRÁFICO 1.1: Evolución de la población total ocupada en sanidad por sexo

(números índice)

a) Total sanidad. 1987-19951



b) Total sanidad. 1996-20052



¹ Clasificación CNO-79.

Fuente: INE y elaboración propia.

² Clasificación CNO-94.

De hecho, entre 1987 y 1995, el crecimiento del número total de profesionales se debe fundamentalmente al incremento de las mujeres, cuyo número se multiplicó por 1,7, dado que el número de hombres se mantuvo prácticamente constante. En la última década las diferencias en el crecimiento del número de hombres y mujeres son algo menores, si bien siguen siendo sustanciales. En estos años, el número de mujeres creció un 65% mientras que el de hombres lo hizo sólo un 37%.

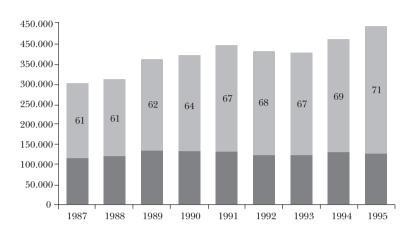
El desigual crecimiento del número de mujeres y hombres durante las tres últimas décadas ha supuesto un cambio sustancial en la distribución por sexo de estos profesionales, como se desprende del gráfico 1.2. En 1987, las mujeres representaban el 61% de los profesionales sanitarios. El peso relativo de la mujer ha ido aumentando progresivamente; alcanzó el nivel más alto en 2002, un 73%, y se ha mantenido desde entonces en torno a este porcentaje.

Considerando la evolución por sexo del número de profesionales en las distintas ocupaciones sanitarias, la feminización se aprecia en todas ellas, pero en unas el fenómeno se ha producido más intensamente que en otras. Esta evolución por ocupaciones aparece representada en los gráficos 1.3 y 1.4 para las profesiones disponibles en los períodos 1987-1995 y 1996-2005 respectivamente. Un primer resultado que hay que destacar de estos gráficos es que, aunque el número de profesionales ha aumentado más en las ocupaciones que requieren menos formación, la feminización ha sido en general mayor en las ocupaciones que precisan de formación universitaria superior. Entre 1987 y 1995 (gráfico 1.3), el número de mujeres en las ocupaciones de médico, veterinario, farmacéutico y similares creció un 64%, mientras que el de hombres lo hizo sólo un 19%. La diferencia en la tasa de crecimiento de hombres y mujeres en el caso de los ayudantes técnicos sanitarios y auxiliares de enfermería en ese mismo período fue prácticamente nula (los hombres crecieron un 71% y las mujeres un 74%). Estas diferencias vuelven a observarse en la década 1996-2005 (gráfico 1.4), en la que el número de mujeres en las ocupaciones de médico, veterinario, farmacéutico y otros profesionales de nivel superior creció conjuntamente en torno al 87% mientras que el número de hombres lo hizo sólo un 25%. Sin embargo, para el resto de ocupaciones las tasas de crecimiento de hombres y mujeres en esa década se situaron en niveles similares.

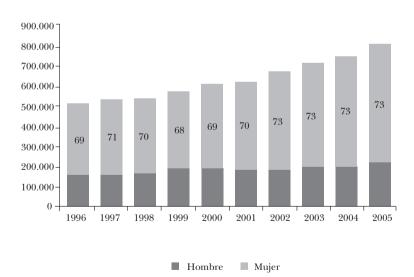
GRÁFICO 1.2: Población ocupada en sanidad por sexo, 1987-2005

(número de profesionales y porcentaje de mujeres)

a) Total sanidad. 1987-1995



b) Total sanidad. 1996-2005



¹ Clasificación CNO-79.

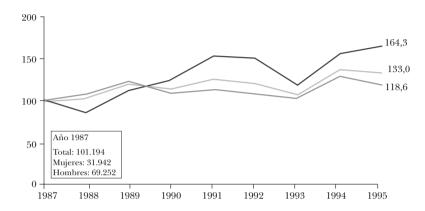
Fuente: INE y elaboración propia.

² Clasificación CNO-94.

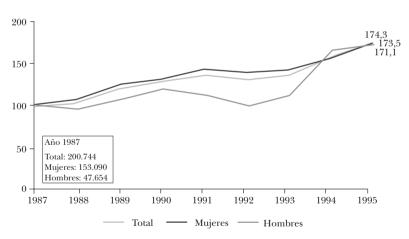
GRÁFICO 1.3: Evolución de la población ocupada en sanidad¹ por ocupación y sexo, 1987-1995

(números índice)

a) Médicos, veterinarios, farmacéuticos y similares



b) Ayudantes técnicos sanitarios y auxiliares en Medicina, Veterinaria y Farmacia



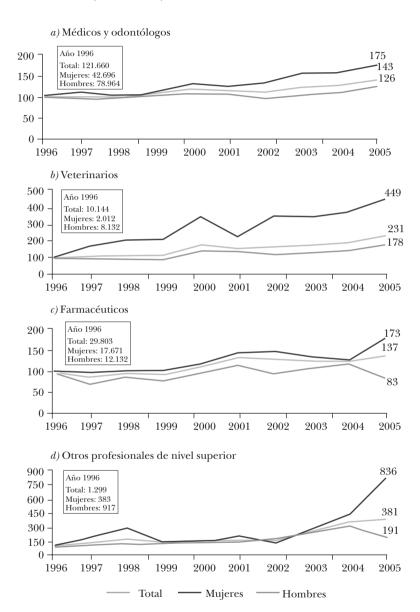
1987 = Año base

¹Clasificación CNO-79.

Fuente: INE y elaboración propia.

GRÁFICO 1.4: Evolución de la población ocupada en sanidad¹ por ocupación y sexo, 1996-2005

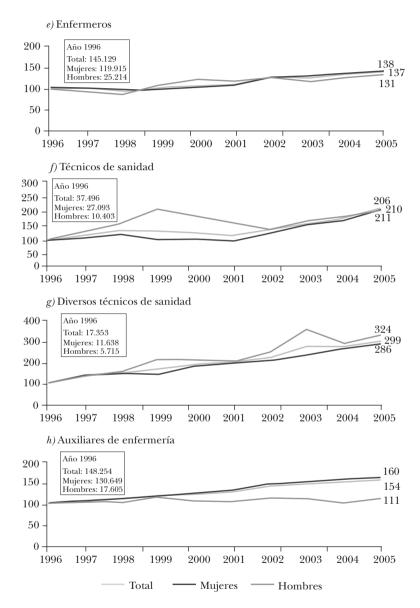
(números índice)



¹Clasificación CNO-94 (3 dígitos).

GRÁFICO 1.4 (cont.): Evolución de la población ocupada en sanidad1 por ocupación y sexo, 1996-2005

(números índice)



¹Clasificación CNO-94 (3 dígitos).

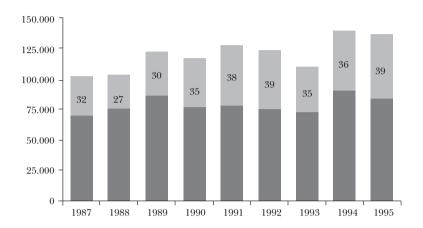
La ocupación que mayores diferencias presenta es la de *auxiliar* de enfermería y asimilados, en la que el número de hombres se incrementó un 11% mientras que el de mujeres lo hizo en un 60%; los hombres y mujeres enfermeros aumentaron un 31% y un 38% respectivamente; el número de técnicos de sanidad se dobló, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres; e incluso, en el caso de los técnicos diversos de sanidad el número de hombres, que se multiplicó por 3,24, creció más que el de mujeres, que se multiplicó por 2,86.

Los resultados anteriores están, sin duda, relacionados con el hecho de que las profesiones que requieren nivel de formación alto partían de niveles de feminización más bajos que las demás. De hecho, como muestra el gráfico 1.5, en las profesiones que menor nivel formativo requieren, el peso relativo de la mujer era ya muy alto en 1987 (un 76%), mientras que en ese mismo año las mujeres representaban sólo el 32% de los profesionales con formación universitaria superior (médicos, veterinarios, farmacéuticos y similares). Esta circunstancia se observa también en la década 1996-2005 (gráfico 1.6). La única profesión asociada a una titulación universitaria superior en la que la proporción de mujeres superaba a la de hombres en 1996 era la de farmacéutico, que, entre estas ocupaciones, es la más feminizada tradicionalmente. Por el contrario, en todas las profesiones en las que el grado de formación requerido es menor, el peso relativo de la mujer en 1996 era mayor del 65%, y superaba incluso el 80% entre los enfermeros y los auxiliares de enfermería y asimilados. En todo caso, destaca el hecho de que, independientemente del grado de feminización de partida, en la última década la mujer sólo ha perdido peso relativo en una de las seis ocupaciones consideradas, diversos técnicos de sanidad, donde retrocedió en 2005 cerca de tres puntos porcentuales respecto a 1996. En el resto de ocupaciones, la proporción de mujeres en 2005 era mayor que en 1996: 7,91 puntos porcentuales entre los médicos y odontólogos; 18,64 puntos entre los veterinarios; 15,86 puntos entre los farmacéuticos; 35,13 puntos entre el resto de profesionales de nivel superior; 0,80 puntos entre los enfermeros; 0,46 puntos entre los técnicos de sanidad; y 3,29 puntos porcentuales entre los auxiliares de enfermería y asimilados.

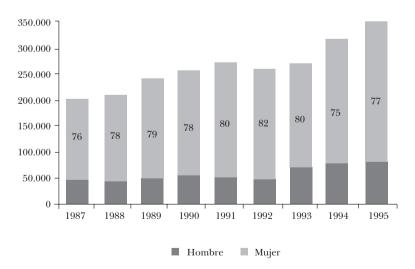
GRÁFICO 1.5: Evolución de la distribución por sexo de la población ocupada en sanidad por ocupación, 1987-1995

(número de profesionales y porcentaje de mujeres)

a) Médicos, veterinarios, farmacéuticos y similares



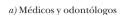
b) Ayudantes técnicos sanitarios y auxiliares en Medicina, Veterinaria y Farmacia

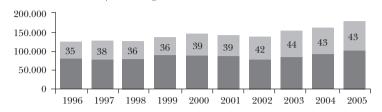


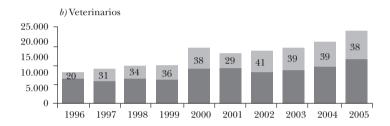
¹ Clasificación CNO-79.

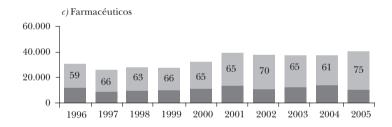
GRÁFICO 1.6: Evolución de la distribución por sexo de la población ocupada en sanidad por ocupación, 1996-2005

(número de profesionales y porcentaje de mujeres)

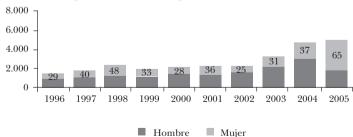








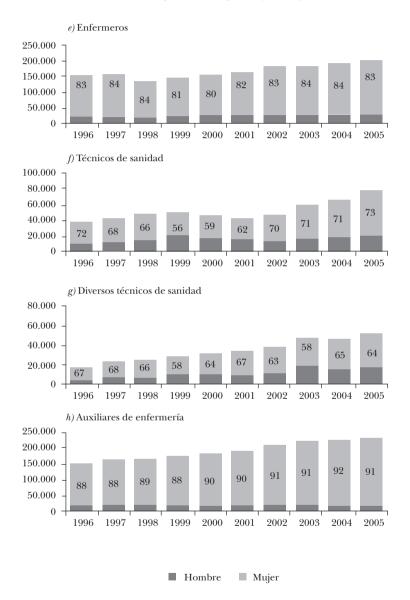




¹Clasificación CNO-94 (3 dígitos).

GRÁFICO 1.6 (cont.): Evolución de la distribución por sexo de la población ocupada en sanidad por ocupación, 1996-2005

(número de profesionales y porcentaje de mujeres)



¹Clasificación CNO-94 (3 dígitos).

1.2.2. Características demográficas de los profesionales sanitarios por sexo

En este epígrafe se analizan por sexo tres características demográficas de los profesionales sanitarios: la edad, la situación profesional y el nivel de estudios terminados. Para ello, se han sintetizado los datos disponibles de la EPA (3 dígitos) para los años 1996 y 2005, prescindiendo en este caso de las ocupaciones residuales: otros profesionales de nivel superior y técnicos diversos no clasificados en otras ocupaciones.

1.2.2.1. Estructura por edades

La información relativa a la distribución del total de ocupados y de los ocupados en el sector sanitario por grupos de edad para los años 1996 y 2005 aparece en el cuadro 1.3. De nuevo, la evidencia suministrada pone de manifiesto el alto nivel de feminización de las profesiones sanitarias en España. En 2005 el peso relativo de la mujer en el total de ocupados no alcanzaba el 45% en ninguno de los tres grupos de edad considerados, mientras que entre los profesionales sanitarios superaba el 50% en los tres.

Ya en 1996 era en el grupo de los más jóvenes (entre 16 y 29 años) donde se observaba el mayor peso relativo de la mujer entre los profesionales sanitarios (un 79,7%), que disminuía hasta el 54,5% en el grupo de mayores de 50 años. Esta evidencia es el reflejo de la incorporación masiva de la mujer a las profesiones sanitarias durante la segunda mitad de la década de los ochenta. Estos porcentajes para el año 2005 revelan lo siguiente: 1) la mujer sigue incorporándose en mayor medida que el hombre a estas ocupaciones, manteniendo un peso relativo cercano al 79% entre los trabajadores más jóvenes; y 2) la incorporación masiva de la mujer en años anteriores tiene como consecuencia que ésta haya ido ganando peso relativo entre los más mayores, con un incremento superior a los diez puntos porcentuales observado en el grupo de ocupados mayores de 50 años.

De forma consistente con lo anterior, los datos de edad media que ofrece el cuadro 1.3 muestran que las profesionales sanitarias son en general más jóvenes que sus compañeros varones. La edad media de los profesionales hombres se situaba en 2005 en torno a los 40,4 años, mientras que la de las mujeres es 3,5 años menos de media.

CUADRO 1.3: Población ocupada¹ en sanidad por edad y sexo. Evolución 1996-2005

	Total o	Total ocupados	Total	Total profesiones	212. Médicos y odontólogos	dicos	213. Veterinarios	inarios	214. Farmacéuticos	céuticos	272. Enfermeros	rmeros	312. Técnicos de sanidad	nicos	511. Auxiliares de enfermería	liares mería
	1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2005
a) Número	a) Número de profesionales	ales y peso rela	tivo de las	nujeres por	y peso relativo de las mujeres por grupos de edad	dad										
Total	12.871.512	18.973.222	511.139	800.450	121.661	174.058	10.144	23.484	29.803	40.699	145.129	189.881	37.496	78.607	148.254	228.138
16-29	3.366.735	4.780.425	102.578	162.473	11.756	18.601	3.556	3.775	7.127	10.012	29.186	45.243	11.617	16.291	32.277	45.413
30-49		10.389.012	340.630	455.522	89.865	110.446	5.727	18.128	16.526	23.339	103.207	110.462	22.651	42.301	93.005	125.224
50 o más	50 o más 2.609.032	3.803.785	67.931	182.455	20.040	45.011	861	1.581	6.150	7.348	12.736	42.976	3.228	20.015	22.972	57.501
% Mujeres	34,7	40,0	6,89	72,8	35,1	43,0	19,8	38,5	59,3	75,2	82,6	83,4	72,3	72,7	88,1	91,4
16-29	40,4	43,2	7,67	78,9	62,0	9,69	27,1	47,3	82,9	80,7	89,5	83,4	72,3	72,7	88,1	91,4
30-49	34,3	40,5	68,5	73,4	37,5	49,9	16,9	38,7	52,7	75,9	81,8	84,4	70,3	73,4	89,7	92,1
50 o más	28,2	34,5	54,5	65,7	8,4	17,5	6,6	15,4	49,6	65,3	74,1	90'8	72,5	66,4	96,9	93,1
b) Edad media2	dia²															
Total	38,6	38,7	38,6	40,4	41,2	43,3	34,7	37,7	39,8	38,6	37,9	39,8	35,4	38,8	38,3	40,7
Mujeres	37,2	37,9	37,4	39,4	36,9	38,9	30,8	35,6	38,0	36,5	37,5	39,7	34,8	37,7	38,5	41,0
Hombres	39,3	39,3	41,4	42,9	43,5	46,6	35,6	39,1	42,4	44,4	40,5	39,9	36,9	41,8	37,2	38,5
c) Estructur	c) Estructura vertical por sex	r sexo y grupo de	de edad (po	edad (porcentaje)												
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
16-29	26,2	25,2	20,1	20,3	9,7	10,7	35,1	16,1	23,9	24,6	20,1	22,8	31,0	20,7	21,8	19,9
30-49	53,6	54,8	9,99	56,9	73,9	63,5	56,5	77,2	55,5	57,3	71,1	55,6	60,4	53,8	62,7	54,9
50 o más	20,3	20,0	13,3	22,8	16,5	25,9	8,5	6,7	20,6	18,1	8,8	21,6	8,6	25,5	15,5	25,2
Mujeres	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
16-29	30,5	27,2	23,2	22,0	17,1	15,8	47,9	19,8	33,4	26,4	21,8	22,9	32,6	22,4	20,9	19,0
30-49	53,0	55,5	66,3	57,4	79,0	73,7	48,2	77,5	49,3	57,9	70,4	56,5	58,8	54,4	63,8	55,3
50 o más	16,5	17,3	10,5	20,6	3,9	10,5	4,0	2,7	17,3	15,7	7,9	20,9	8,6	23,3	15,2	25,7
Hombres	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
16-29	23,9	23,8	13,1	15,7	5,66	8,9	31,89	13,8	10,03	19,1	12,20	22,3	26,88	16,3	27,9	29,4
30-49	53,9	54,3	67,5	55,6	71,10	55,7	58,51	77,0	64,45	55,7	74,70	52,4	64,59	52,4	54,6	50,3
50 o más	22,3	21,9	19,4	28,7	23,25	37,4	09,6	6,6	25,55	25,2	13,10	25,3	8,54	31,4	17,4	20,3

¹ Clasificación CNO-94 (3 dígitos).

Fuente: EPA.

² Para calcular edades medias se han utilizado los microdatos de la Encuesta de Población Activa.

Analizando la información disponible por ocupaciones, se constata que la feminización de las distintas profesiones no se ha producido simultáneamente en todas ellas sino que en unas el proceso comenzó antes. Las ocupaciones que requieren nivel de formación medio y bajo ya estaban en el año 1996 claramente dominadas por la mujer en todos los grupos de edad, y seguían estándolo en 2005. Por su parte, entre las ocupaciones que requieren titulación universitaria superior, los datos sugieren que el proceso de feminización comenzó, por este orden, en las ocupaciones de farmacéutico, médico y odontólogo y, por último, en la de veterinario. De hecho, en esta última, a pesar del proceso de feminización observado desde 1996, la mujer estaba todavía en minoría en 2005, incluso en el grupo de edad de 16 a 29 años.

Los datos relativos a la edad media de las distintas ocupaciones son consistentes con los resultados que se acaban de exponer. En 2005, entre las profesiones que requieren estudios universitarios superiores, los más jóvenes son los *veterinarios*, con una edad media de 37,7 años,² y los mayores, los *médicos y odontólogos*, que tienen de media 43,3 años. Por su parte, la media de edad de los *enfermeros* ronda los 39,8 años, si bien son algo mayores los *auxiliares de enfermería y asimilados* (40,7 años), y más jóvenes los ocupados en profesiones técnicas (38,8 años), que son de creación más reciente. Por otro lado, las mayores diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a edad media se observan en las profesiones que requieren formación universitaria superior, especialmente los *médicos y odontólogos* y los *farmacéuticos*, lo que posiblemente se deba a la mayor antigüedad de estas profesiones con respecto, por ejemplo, a los *veterinarios*.

1.2.2.2. Nivel de estudios completados

Los datos que ofrece el cuadro 1.4 ponen de manifiesto que en general el nivel medio de formación de los profesionales sanitarios es muy superior al del total de ocupados. En 2005 casi el 65% de los profesionales sanitarios eran diplomados o licenciados mientras que, en el conjunto de ocupados, este porcentaje era sólo el 22,8%.

² Ruiz et al. (2001) señalan que uno de los factores que explican el predominio de los efectivos más jóvenes entre los veterinarios españoles es el hecho de que hasta finales de los años setenta sólo existían en España cuatro facultades de Veterinaria (Madrid, León, Zaragoza y Córdoba).

CUADRO 1.4: Población ocupada¹ en sanidad según nivel de estudios y sexo. Evolución 1996-2005

		•	_		0			•								
	Total o	Total ocupados	T profe sani	Total profesiones sanitarias	212. Médicos y odontólogos	édicos tólogos	213. Veterinarios	rinarios	214. Farmacéuticos	céuticos	272. Enfermeros	rmeros	312. Técnicos de sanidad	cnicos idad	511. Auxiliares de enfermería y asimilados	iliares mería lados
	1996	2002	1996	2005	1996	2002	1996	2002	1996	2005	1996	2005	1996	2002	1996	2005
a) Número de profesionales y peso relativo de las mujeres según nivel de estudios	ofesionales y p	eso relativo d	e las muje	res según niv	vel de estuc	dios										
Total	12.871.511	18.973.223	511.139	800.450	121.660	174.057	10.145	23.483	29.804	40.699	145.130	198.680	37.495	78.607	148.253	228.140
Licenciados	1.137.013	2.466.934	166.823	265.625	118.723	173.018	9.158	22.885	29.199	40.152	3.297	0.06.9	2.292	8.664	1.868	4.989
Diplomados	1.032.978	1.864.549	165.086	251.331	461	1.039	343	298	27	547	138.738	189.604	6.702	13.456	7.518	10.655
No universitarios	10.701.520	14.641.740	179.230	283.493	2.476	0	644	0	578	0	3.095	2.176	28.501	56.487	138.867	212.496
% Mujeres	34,7	40,0	689	72,8	35,1	43,0	19,8	38,5	59,3	75,2	82,6	83,4	72,3	72,7	88,1	91,4
Licenciados	40,0	47,1	40,7	49,0	35,1	42,8	20,3	36,9	60,5	75,1	77,8	71,9	81,3	44,3	69,5	74,1
Diplomados	53,8	55,9	81,7	9,08	46,4	73,1	0,0	100,0	100,0	81,4	85,8	83,7	78,4	64,5	87,4	96,5
No universitarios	32,2	36,8	83,3	88,1	31,4	I	24,5	I	13,1	I	80,5	94,3	70,1	79,0	88,4	91,6
b) Estructura vertical por sexo según nivel de estudios (porcentaje)	tical por sexo	según nivel de	estudios (porcentaje)												
Total	100,0	100,0	0,001	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Licenciados		13,0	32,6	33,2	9,76	99,4	90,3	97,5	0,86	7,86	2,3	3,5	6,1	11,0	1,3	2,2
Diplomados	8,0	8,6	32,3	31,4	0,4	9,0	3,4	2,5	0,1	1,3	92,6	95,4	17,9	17,1	5,1	4,7
No universitatios	83,1	77,2	35,1	35,4	2,0	0,0	6,3	0,0	1,9	0,0	2,1	1,1	76,0	71,9	93,7	93,1
Mujeres	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Licenciados	10,2	15,3	3 19,3	22,4	97,7	0,66	92,2	93,4	99,4	98,5	2,1	3,0	6,9	6,7	1,0	1,8
Diplomados	12,5	13,7	7 38,3	34,8	0,5	1,0	0,0	9,9	0,2	1,5	95,8	95,8	19,4	15,2	5,0	4,9
No universitarios	77,3	70,9	42,4	42,9	1,8	0,0	7,8	0,0	0,4	0,0	2,1	1,2	73,7	78,1	94,0	93,3
Hombres	100,0	100,0	689	72,8	35,1	43,0	19,8	38,5	59,3	75,2	82,6	83,4	72,3	72,7	88,1	91,4
Licenciados	8,1	11,5	62,2	62,1	97,5	2,66	868	100,0	95,9	0,66	2,9	5,9	4,1	22,5	3,3	9,9
Diplomados	5,7	7,2	9,0	22,4	0,3	0,3	4,2	0,0	0,0	1,0	94,7	93,7	13,9	22,3	5,4	2,1
No universitarios	86,2	81,3	18,8	15,5	2,5	0,0	6,0	0,0	4,1	0,0	2,4	0,4	82,0	55,2	91,4	91,3

¹ Clasificación CNO-94 (3 dígitos).

Fuente: EPA.

En el conjunto de ocupados, el nivel de formación de la mujer es algo mayor al del hombre —la proporción de mujeres con titulación universitaria en 2005 era un 29% mientras que la de hombres no llegaba al 19%—. Sin embargo, en las profesiones sanitarias se observa lo contrario. A pesar de que entre 1996 y 2005 se produjo un incremento de casi nueve puntos porcentuales, la única categoría de nivel de estudios completados en la que la proporción de mujeres es todavía inferior al 50% en 2005 es la de *licenciados* mientras que en las categorías de *diplomados y no universitarios* el peso relativo de la mujer superaba el 80%. En ese año, sólo el 22,4% de las mujeres que trabajaban en el sector sanitario tenían estudios universitarios superiores de ciclo largo mientras que en el caso de los hombres este porcentaje se elevaba hasta el 62,1%.

Considerando individualmente las distintas profesiones sanitarias, lógicamente las diferencias en el nivel de estudios entre hombres y mujeres se observan sólo en las ocupaciones en que tener un título universitario superior no es requisito indispensable. En estos casos se confirma que la mujer alcanza en media un nivel de estudios inferior al hombre. De hecho, en las ocupaciones de enfermería, técnicos sanitarios o auxiliar de enfermería y asimilados, la proporción de licenciados entre las mujeres es menor que entre los hombres.

1.2.2.3. Situación profesional

En este epígrafe se proporciona evidencia sobre la distribución tanto del total de ocupados como de los profesionales sanitarios, hombres y mujeres, en dos categorías según su situación profesional: asalariados y no asalariados (o trabajadores por cuenta propia). El cuadro 1.5 sintetiza la información sobre esta variable. La gran mayoría de los profesionales sanitarios en España son asalariados (en 2005, el 89,2%). Este mismo porcentaje para el total de ocupados era también muy alto, aunque algo menor (el 81,7%). Por otra parte, mientras que en el total de ocupados se observa un incremento en la proporción de asalariados de 6,7 puntos porcentuales entre 1996 y 2005, la distribución del total de los profesionales sanitarios entre asalariados y no asalariados no ha sufrido prácticamente variación en dicho período, de manera que la proporción de asalariados ha aumentado tan sólo 0,7 puntos porcentuales.

CUADRO 1.5: Población ocupada¹ en sanidad según situación profesional y sexo. Evolución 1996-2005

	Total o	Total ocupados	T profe sani	Total profesiones sanitarias	212. Médicos y odontólogos	édicos ólogos	213. Veterinarios	rinarios	214. Farmacéuticos	céuticos	272. Enfermeros	rmeros	312. Técnicos de sanidad	cnicos idad	511. Auxiliares de enfermería y asimilados	iliares mería ados
	1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2005	9661	2002	1996	2002	9661	2005	1996	2005
a) Número de profesionales y peso relativo de las mujeres según situación profesional	fesionales y p	oeso relativo d	le las mujer	es según sit	uación pro	fesional										
Total	12.871.525	18.973.250	511.139	800.450	121.660	174.058	10.144	23.483	29.803	40.700	145.129	198.681	37.496	78.607	148.254	228.139
Asalariados 9.681.025	9.681.025	15.502.050	452.462	713.968	99.139	142.339	6.439	18.215	12.493	23.136	142.599	196.719	34.578	72.094	142.899	223.403
No asalariados 3.190.500	3.190.500	3.471.200	58.678	86.483	22.521	31.719	3.705	5.268	17.310	17.564	2.531	1.962	2.918	6.513	5.355	4.736
% Mujeres	34,7	40,0	6,89	72,8	35,1	43,0	19,8	38,5	59,3	75,2	82,6	83,4	72,3	72,7	88,1	91,4
Asalariados	35,8	41,8	8,17,8	75,4	36,2	44,1	20,3	37,6	73,8	82,1	82,5	83,5	72,7	75,9	88,7	92,2
No asalariados	31,1	31,9	9 46,0	50,7	30,2	38,2	19,0	41,5	48,8	0,99	87,4	75,3	6,99	37,1	73,2	55,8
b) Estructura vertical por sexo según situación profesional (porcentaje)	ical por sexo	según situació	n profesio	nal (porcent	aje)											
Total	100,0	100,0	0,001	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Asalariados	75,2	81,7	7 88,5	89,2	81,5	81,8	63,5	77,6	41,9	56,8	98,3	0,66	92,2	7,16	96,4	6,76
No asalariados	24,8	18,3	3 11,5	10,8	18,5	18,2	36,5	22,4	58,1	43,2	1,7	1,0	7,8	8,3	3,6	2,1
Mujeres	100,0	100,0	0,001	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Asalariados	7,7,7	85,4	1 92,3	92,5	84,1	83,8	65,1	75,8	52,2	62,1	98,5	99,1	92,8	95,8	92,0	7,86
No asalariados	22,3	14,6	5 7,7	7,5	15,9	16,2	34,9	24,2	47,8	37,9	1,8	6,0	7,2	4,2	3,0	1,3
Hombres	100,0	100,0	0,001	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Asalariados	73,9	79,2	2 80,1	80,4	80,1	80,2	63,1	78,7	27,0	40,9	7,86	98,5	7,06	6'08	8,16	89,3
No asalariados	26,1	20,8	3 19,9	19,6	19,9	19,8	36,9	21,3	73,0	59,1	1,3	1,5	6,6	19,1	8,2	10,7

¹ Clasificación CNO-94 (3 dígitos).

Fuente: EPA.

Por ocupaciones, el peso de los no asalariados es mayor en las que se requiere titulación universitaria superior. Seguramente por las características de la profesión, los farmacéuticos son los profesionales sanitarios para los que los trabajadores por cuenta propia tienen mayor peso relativo (el 43,2% en 2005). En algunas de las ocupaciones sanitarias consideradas sí que se aprecian cambios en la distribución de los trabajadores entre asalariados y no asalariados durante la década analizada. Es el caso de los veterinarios y los farmacéuticos, ocupaciones en las que la categoría de asalariados ha ganado bastante peso relativo frente a los no asalariados, lo que seguramente se debe al incremento de puestos de trabajo ofertados en la empresa privada que requieren de este tipo de titulados.

Si se incorpora a este análisis la variable género, se encuentran algunas diferencias importantes en la distribución de hombres y mujeres entre asalariados y no asalariados. En 2005, el 75,4% de los profesionales sanitarios asalariados eran mujeres mientras que en la categoría de los no asalariados las mujeres representaban apenas el 51% de los trabajadores. Teniendo en cuenta que las mujeres representaban en ese año el 73% de los profesionales sanitarios, claramente se encontraban infrarrepresentadas en la categoría de no asalariados. En 2005, la diferencia en la proporción de asalariados entre hombres y mujeres estaba en torno a doce puntos porcentuales. Por profesiones, excepto en el caso de los veterinarios, la proporción de asalariados entre las mujeres es mayor que entre los hombres en todas las ocupaciones consideradas.

La evolución de la distribución vertical de los profesionales entre asalariados y no asalariados en los años 1996 y 2005 pone de manifiesto que las preferencias de hombres y mujeres entre las ocupaciones por cuenta propia y ajena no han variado mucho. Las mujeres se decantan en mayor medida hacia los puestos por cuenta ajena. De hecho, incluso en algunas ocupaciones se observa que la diferencia entre la proporción de mujeres y hombres asalariados ha aumentado bastante durante estos años. Es el caso de los técnicos de sanidad, para los que dicha diferencia era en 1996 de 2,1 puntos porcentuales y, en 2005, de casi quince, o de los auxiliares de enfermería y asimilados, para los que la diferencia pasa de 5,2 a 9,4 puntos porcentuales.

1.3. Mercado de trabajo y feminización

Al margen de la vocación y las preferencias personales, en la elección de profesión intervienen factores que tienen que ver con aspectos propios de la ocupación, como la seguridad y estabilidad en el empleo, la flexibilidad horaria, los ingresos medios, las posibilidades de promoción, etc. Evidentemente, el orden de prioridad otorgado a cada uno de estos factores dependerá de las características personales del individuo, que a su vez pueden venir determinadas en gran medida por el género. A continuación, en este apartado se presenta la evolución por sexo de algunas variables relativas a las características del mercado de trabajo del sector sanitario, como la tasa de paro, las horas medias trabajadas y los ingresos.

1.3.1. Población activa, parada y tasa de paro en el sector sanitario

1.3.1.1. Tasa de paro

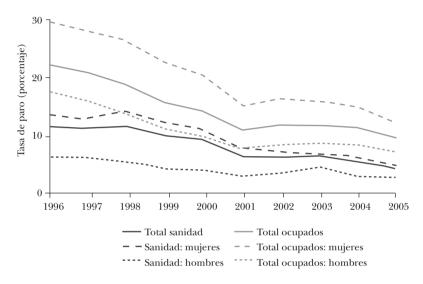
El gráfico 1.7 muestra la evolución por sexo de la tasa de paro en el total de ocupados y en las profesiones sanitarias3 durante el período 1996-2005:

- La tasa de paro en las profesiones sanitarias propiamente dichas es muy inferior a la del total de profesionales. En efecto, en 2005 la tasa de paro era del 9%, mientras que la de las profesiones sanitarias era sólo el 5%.
- Durante el período considerado (1996-2005) la tasa de paro se redujo considerablemente, y más entre las mujeres que entre los hombres. En particular, para las actividades sanitarias la tasa de paro disminuyó un 55% entre 1996 y 2005 (del 11% al 5%). Asimismo, en los hombres la tasa de paro se redujo un 50% mientras que en las mujeres lo hizo más de un 64%.
- En todo caso, la tasa de paro femenina es mayor que la masculina. En 1996 la tasa de paro de la mujer en las profesiones sanitarias era el 14% mientras que la de los hombres

³ Epígrafes 851 (actividades sanitarias) y 852 (actividades veterinarias) de la Clasificación Nacional de Actividades de 1993 (CNAE 1993).

estaba en torno al 6%. Diez años después, estas diferencias se habían reducido, aunque el paro femenino (5%) seguía siendo mayor que el masculino (3%).

GRÁFICO 1.7: Evolución de la tasa de paro total y de las profesiones sanitarias, 1996-2005



¹ Códigos 851 y 852 CNAE-93.

Fuente: INE y elaboración propia.

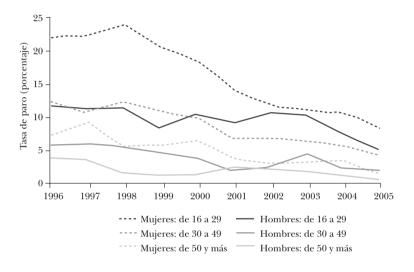
1.3.1.2. Población parada por sexo y grupos de edad

La evolución de la tasa de paro en el sector sanitario por grupos de edad y sexo durante el período 1996-2005 se recoge en el gráfico 1.8, del que destacamos los siguientes extremos:

- La tasa de paro parece estar negativamente correlacionada con la edad. En las profesiones sanitarias el grupo de edad de 16 a 29 años es el que tiene una tasa de paro mayor, mientras que el grupo de los mayores de 50 años tiene la menor tasa de paro.
- La tasa de paro de la mujer está, en todos los grupos de edad, por encima de la del hombre.

• Las diferencias en la tasa de paro por sexo se han reducido bastante en el período analizado en los tres grupos de edad considerados, si bien es en el grupo de los más jóvenes donde se observa mayor reducción.

GRÁFICO 1.8: Tasa de paro¹ del sector sanitario² por grupos de edad y sexo, 1996-2005



¹ Tasa paro: parados/población activa × 100.

Fuente: INE y elaboración propia.

1.3.1.3. Población parada por sexo y nivel de estudios

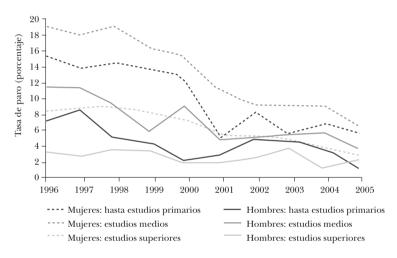
Para finalizar este epígrafe, el gráfico 1.9 proporciona información sobre la evolución durante el período 1996-2005 de la tasa de paro en el sector sanitario por nivel de estudios, que se clasifican en *analfabetos y estudios primarios, estudios medios y estudios superiores*. En este caso, destaca lo siguiente:

• La tasa de paro, tanto masculina como femenina, disminuye con el nivel de estudios completados de los profesionales.

² Grupos de actividad 851 y 852, CNAE-93.

- Independientemente del nivel de estudios, la tasa de paro de las féminas está en general por encima de la de los hombres.
- Las diferencias en las tasas de paro de hombres y mujeres se redujeron de forma sustantiva entre 1996 y 2005 en los tres niveles de estudios considerados, aunque resulta mayor la reducción cuanto mayor es el nivel de estudios considerado.

GRÁFICO 1.9: Tasa de paro¹ del sector sanitario² por nivel de estudios y sexo, 1996-2005



¹ Tasa paro: parados/población activa × 100.

Fuente: INE y elaboración propia.

1.3.2. Horas medias trabajadas en el sector sanitario por sexo

A partir de los microdatos de la Encuesta de Población Activa fue posible calcular el número de horas medias trabajadas⁴ sema-

² Grupos de actividad 851 y 852, CNAE-93.

⁴ Se refiere a las horas efectivamente trabajadas (en la semana de referencia de la Encuesta de Población Activa) en el empleo principal, exclusivamente. Comprende horas trabajadas durante el tiempo normal de trabajo, horas extraordinarias remuneradas o no, y los cortos períodos de descanso en el centro de trabajo. No se incluyen vacaciones, días festivos, ausencias por enfermedad, ni el tiempo invertido en desplazamientos al/desde el puesto de trabajo, ni las interrupciones para comidas superiores a una hora.

nalmente por los profesionales del sector sanitario. Esta información aparece en el cuadro 1.6 para los años 1996 y 2004, que ofrece los siguientes resultados:

- En 2004 los ocupados en sanidad trabajaban algo más de 39 horas semanales.
- Las profesiones que requieren mayor nivel formativo son las que presentan mayor número de horas medias trabajadas. En 2004, los profesionales sanitarios que más horas trabajaban a la semana eran los farmacéuticos, seguidos de los veterinarios y los médicos y odontólogos.
- Los hombres trabajan en media más horas que las mujeres en todas las ocupaciones analizadas. En 2004, la diferencia semanal se situaba en torno a 3,5 horas.
- El número de horas medias trabajadas semanalmente disminuyó entre 1996 y 2004, 1,81 horas.
- La disminución de las horas medias trabajadas ha sido en general mayor en las mujeres que en los hombres, lo que ha supuesto que las diferencias entre hombres y mujeres hayan aumentado.

CUADRO 1.6: Horas medias semanales trabajadas de la población ocupada en sanidad por sexo, 1996 y 2004

	To	tal	Muj	eres	Hon	ibres	H	-M
	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004
Sanidad	34,98	33,18	34,18	32,23	36,75	35,71	2,57	3,47
212. Médicos y odontólogos	35,50	34,66	34,58	33,20	36,00	35,78	1,42	2,58
213. Veterinarios	39,80	35,30	35,97	32,07	40,74	37,34	4,77	5,27
214. Farmacéuticos	40,33	37,80	37,63	36,95	44,26	39,14	6,63	2,19
272. Enfermeros	34,53	32,27	34,27	32,09	35,74	33,20	1,47	1,11
312. Ténicos de sanidad	35,50	33,32	35,71	31,94	34,94	36,74	-0,77	4,80
511. Auxiliares	99 90	99.09	99 56	91.60	95 51	96.09	1.05	191
de enfermería y asimilados	33,80	32,02	33,56	31,68	35,51	36,02	1,95	4,34

Fuente: EPA y elaboración propia.

1.3.3. Ingresos de las profesiones sanitarias por sexo

La información sobre ingresos medios anuales de los trabajadores españoles fue obtenida de la Encuesta de Estructura Salarial. El cuadro 1.7 presenta por sexo la ganancia media anual per cápita para el total de ocupados y las profesiones sanitarias en 2002.

En cuanto a las diferencias salariales por sexo, el cuadro 1.7 revela que la ganancia media anual de la mujer se encuentra por debajo de la del hombre, incluso dentro de una misma categoría profesional. Para el total de ocupados en 2002 una mujer ganaba en media el 71,12% de lo que ganaba un hombre. Las profesiones sanitarias presentaban diferencias salariales por sexo menores que el total de ocupados. En 2002 la mujer superaba en todas las profesiones sanitarias el 80% de la ganancia media anual del hombre, e incluso en las ocupaciones asociadas a titulaciones de primer ciclo—básicamente la *enfermería*— este porcentaje llegaba al 97%.

CUADRO 1.7: Ganancia media anual por trabajador según ocupación, ¹ 2002 (euros corrientes)

	20	02	Hombres/
	Hombres	Mujeres	Mujeres
Total ocupados	22.169	15.768	71,12
Profesiones sanitarias	21.544	18.975	88,08
21. Profesiones con titulación de 2.º y 3.ºr ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad²	40.576	33.992	83,77
27. Profesiones con titulación de 1.er ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad, excepto ópticos, fisioterapeutas y asimilados³	24.817	24.188	97,46
31. Técnicos de las Ciencias Naturales y de la Sanidad ⁴	18.902	16.450	87,03
51. Trabajadores de los servicios personales 5	15.582	12.651	81,19

¹ Clasificación CNO-94 (2 dígitos).

 $^{^2}$ Según el censo de 2001, el 93,3% de los ocupados en grupo 21 corresponde al sector sanitario: médicos y odontólogos, veterinarios, farmacéuticos y otros profesionales de nivel superior.

³ Según el censo de 2001, el 98,5% de los ocupados en grupo 27 corresponde al sector sanitario: enfermeros.

⁴ Según el censo de 2001, el 88,7% de los ocupados en grupo 31 corresponde al sector sanitario: técnicos en sanidad.

⁵ Según el censo de 2001, el 45,62% de los ocupados en grupo 51 corresponde al sector sanitario: auxiliares de enfermería y asimilados.

En definitiva, respecto a las diferencias salariales por sexo puede decirse que, aunque se han reducido bastante en los últimos años, la mujer sigue ganando menos que el hombre. Sin embargo, achacar estas diferencias salariales entre hombres y mujeres a la existencia de discriminación de género sería un error sin antes analizar otros factores que podrían subyacer a esta evidencia. Algunos de los resultados ofrecidos en apartados anteriores explicarían que la ganancia media de la mujer sea inferior a la del hombre. En particular, previamente se ha puesto de manifiesto que, en la misma categoría profesional, las mujeres en general son más jóvenes, tienden a ser asalariadas en mayor proporción y trabajan en media menos horas que los hombres. Por otra parte, es destacable el hecho de que las diferencias salariales entre hombres y mujeres en las profesiones sanitarias se han reducido en los últimos años.

El cuadro 1.8 ofrece evidencia adicional sobre algunos factores que pueden estar relacionados con las diferencias salariales observadas entre hombres y mujeres. Este cuadro presenta información para el año 2002 sobre el salario medio anual de los profesionales españoles del sector sanitario por sexo y según la modalidad de contrato, el tipo de jornada laboral, el grupo de edad y la categoría de nivel de estudios. A continuación se señalan los resultados más destacados:

- En general, los ingresos medios de los profesionales sanitarios están por encima de los del total de ocupados. Este resultado se confirma tanto para los *contratados temporales* como para los indefinidos (cuadro 1.8a), tanto para los trabajadores a tiempo completo como a tiempo parcial (cuadro 1.8b) y para los tres grupos de edad considerados (cuadro 1.8c). Sin embargo, el cuadro 1.8d revela que los profesionales sanitarios sólo obtienen mayores ingresos que el total de ocupados en la categoría de *licenciados* y *doctores*. Para niveles de estudios inferiores, los ingresos del sector sanitario están, en general, por debajo de los del total de ocupados.
- Las diferencias observadas en los ingresos medios entre el sector sanitario y el total de ocupados son casi siempre mayores para los hombres que para las mujeres. Por ejemplo, entre los contratados temporales un hombre tiene un salario medio casi un

67% mayor en el sector sanitario que en el total de ocupados mientras que para una mujer en el sector sanitario el salario es un 41% mayor que en el total de ocupados. Las diferencias también son mayores para los hombres que para las mujeres entre los contratados indefinidos, entre los trabajadores a tiempo parcial y los trabajadores a tiempo completo, y entre los trabajadores de los tres grupos de edad analizados, excepto para los mayores de 50 años, donde las diferencias salariales del sector sanitario respecto al total de ocupados son algo mayores para las mujeres (un 25%) que para los hombres (un 21%).

CUADRO 1.8: Salario bruto medio anual de los trabajadores españoles¹ por ocupación²

(euros corrientes)

a) Por duración del contrato y sexo, 2002

	Cont tempo		Cont indefi	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total ocupados	11.815	8.524	24.086	16.702
Profesiones sanitarias	19.717	12.030	30.344	20.249
21. Profesiones con titulación de 2.º y 3.er ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad³	27.574	23.703	44.372	37.486
27. Profesiones con titulación de 1.er ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad, excepto ópticos, fisioterapeutas y asimilados ⁴	18.131	18.053	25.705	24.679
31. Técnicos de las Ciencias Naturales y de la Sanidad ⁵	12.210	10.780	19.215	16.944
51. Trabajadores de los servicios personales ⁶	12.441	6.886	16.295	13.851

b) Por tipo de jornada laboral y sexo, 2002

	Tier comp		Tier par	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total ocupados	21.541	16.842	8.376	6.314
Profesiones sanitarias	28.690	20.334	11.835	6.730
21. Profesiones con titulación de 2.º y 3.ºr ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad³	41.400	33.969	17.054	18.641
27. Profesiones con titulación de 1.er ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad, excepto ópticos, fisioterapeutas y asimilados ⁴	25.278	24.325	12.599	13.809

CUADRO 1.8 (cont.): Salario bruto medio anual de los trabajadores españoles¹ por ocupación²

(euros corrientes)

b) Por tipo de jornada laboral y sexo, 2002

	Tier com		Tier par	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
31. Técnicos de las Ciencias Naturales y de la Sanidad ⁵	20.017	17.323	8.264	7.034
51. Trabajadores de los servicios personales ⁶	15.611	14.018	5.318	4.511

c) Por grupos de edad y sexo, 2002

	De 16 a	29 años	De 30 a	49 años	Más de	50 años
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total ocupados	13.302	10.926	22.284	16.209	26.959	16.440
Profesiones sanitarias	14.815	12.016	28.148	19.286	32.889	20.636
21. Profesiones con titulación de 2.º y 3.ºr ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad³	18.816	18.144	40.428	34.162	46.634	44.617
27. Profesiones con titulación de 1.er ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad, excepto ópticos, fisioterapeutas y asimilados ⁴	18.389	17.408	24.973	24.389	25.552	26.159
31. Técnicos de las Ciencias Naturales y de la Sanidad ⁵	11.731	11.521	19.364	16.941	24.973	21.333
51. Trabajadores de los servicios personales ⁶	10.783	8.541	15.077	12.168	17.710	14.060

d) Por nivel de estudios y sexo, 2002

	Liceno y doc		Diplo	nados	Estu secun		Estu prim		Sin es	tudios
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total ocupados	37.298	24.131	29.722	20.024	18.264	12.040	16.374	9.721	13.620	7.592
Profesiones sanitarias	39.089	30.709	23.581	22.790	15.169	10.081	16.443	8.223	5.752	7.473
21. Profesiones con titulación de 2.º y 3.º c ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad³	39.949	32.832	28.874	24.570	_	_	_	_	_	_

CUADRO 1.8 (cont.): Salario bruto medio anual de los trabajadores españoles¹ por ocupación²

(euros corrientes)

d) Por nivel de estudios y sexo, 2002

	Liceno y doc		Diplo	mados	Estu secun		Estu prim		Sin es	tudios
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
27. Profesiones con titulación de 1.er ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad, excepto ópticos, fisioterapeutas y asimilados ⁴	18.161	16.733	24.484	23.644	_	_	_	_	_	_
31. Técnicos de las Ciencias Naturales y de la Sanidad ⁵	15.400	15.250	19.294	16.883	20.024	13.196	8.340	4.504	_	_
51. Trabajadores de los servicios personales ⁶	13.756	9.877	13.054	17.734	14.968	9.999	16.987	8.282	5.752	7.473

¹ No se ha considerado el salario de los extranjeros porque el tamaño de la muestra no permite obtener resultados representativos.

Fuente: INE y elaboración propia.

1.4. Feminización de la sanidad: sector público *versus* sector privado

El esteriotipo de que la mujer es más aversa al riesgo que el hombre está muy extendido en nuestra sociedad. En el contexto de la elección de profesión, esta idea se traduce en la hipótesis de que la mujer tiende a elegir profesiones más seguras, si entendemos por tales aquellas

² Clasificación CNO-94 (2 dígitos).

³ Según el Censo de 2001, el 93,3% de los ocupados en grupo 21 corresponden al sector sanitario: médicos y odontólogos, veterinarios, farmacéuticos y otros profesionales de nivel superior.

⁴ Según el Censo de 2001, el 98,5% de los ocupados en grupo 27 corresponden al sector sanitario: enfermeras.

 $^{^5}$ Según el Censo de 2001, el 88,7% de los ocupados en grupo 31 corresponden al sector sanitario: técnicos en sanidad.

 $^{^6}$ Según el Censo de 2001, el 45,62% de los ocupados en grupo 51 corresponden al sector sanitario: auxiliares de enfermería y asimilados.

en las que es más difícil perder el puesto de trabajo. Algunos trabajos académicos corroboran esta hipótesis. Por ejemplo, Eckeland et al. (2005) muestran que los hombres en Finlandia elijen emplearse por cuenta propia en una proporción significativamente mayor que las mujeres. En la misma línea, existe evidencia empírica de que la elección de ocupación de las mujeres está sesgada hacia puestos más seguros en Alemania (Dohmen et al. 2005), Estados Unidos (Reed y Dahlquist 1994; Deleire y Levy 2004) o Reino Unido (Graziere y Sloane 2006).5

En España, trabajar en el sector público es una buena aproximación del concepto de seguridad en el empleo, y la sanidad es un sector en el que el peso del sector público es muy importante en nuestro país. Por ello, en este apartado se describe la evolución por sexo durante la década 1996-2005 de la ocupación en el sector público y privado, tanto de la sanidad como del conjunto de ocupados. La evidencia proporcionada pretende servir de base al planteamiento de análisis más detallados relacionados con la hipótesis previamente señalada sobre la feminización de las profesiones, y en particular de las sanitarias.

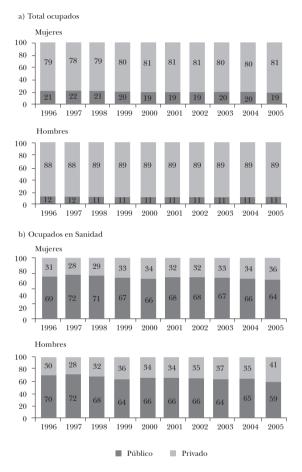
El gráfico 1.10, que presenta la distribución del total de ocupados y de los ocupados en sanidad entre los sectores público y privado en España para el período 1996-2005, ofrece tres resultados interesantes:

• Tanto para los hombres como para las mujeres, el peso relativo del sector público es superior en sanidad que en el total de ocupados. En 2005, el 59,4% y el 64,3% de los hombres y mujeres ocupados en actividades sanitarias pertenecían al sector público mientras que en el total de ocupados el peso relativo del sector público entre hombres y mujeres era tan sólo el 11% y el 18,53% respectivamente.

⁵ No obstante, la literatura económica sobre la relación entre el género y la propensión al riesgo no ofrece resultados consistentes. Algunos trabajos proporcionan evidencia empírica consistente con la hipótesis de que las mujeres son más aversas al riesgo en la toma de decisiones financieras (véase, por ejemplo, Sunden y Surette 1998). Sin embargo, estudios recientes en la línea de investigación sobre economía experimental no encuentran evidencia de que la mujer sea significativamente más aversa al riesgo que el hombre (véase, por ejemplo, Cadsby y Maynes 2005).

GRÁFICO 1.10: Distribución entre el sector público y privado del total ocupados y ocupados en sanidad¹. Evolución 1996-2005

(porcentaje)



¹ Se incluyen los códigos 851 (actividades sanitarias) y 852 (actividades veterinarias) de la CNAE-93.

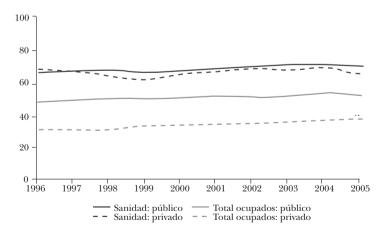
Fuente: INE y elaboración propia.

• A lo largo del período analizado, el sector público ha perdido peso relativo respecto al privado en el mercado laboral, tanto masculino como femenino y tanto en el total de sectores como en las actividades sanitarias, aunque en estas últimas en mayor proporción. En el total de ocupados varones el sector público sólo ha perdido 0,7 puntos porcentuales (en 1996 ocupaba el 11,7% de los hombres, y en 2005, el 11%) y, en el total de mujeres ocupadas, ha perdido 2,59 puntos, al haber pasado de ocupar a un 21,12% de las trabajadoras en 1996 a ocupar al 18,57% de ellas en 2005. Por su parte, en las profesiones sanitarias la pérdida de peso relativo del sector público ha sido de 11 y 5,1 puntos porcentuales para los hombres y las mujeres, respectivamente.

 Las mujeres se emplean en mayor proporción que los hombres en el sector público. Esta evidencia, como indican los datos comentados anteriormente, se manifiesta tanto en el total de ocupados como en los ocupados en sanidad.

Por otra parte, el gráfico 1.11 representa la evolución del peso relativo de la mujer en el sector público y privado tanto para el total de ocupados como para el sector sanitario durante el período 1996-2005.

GRÁFICO 1.11: Evolución del peso relativo de la mujer en el sector público y privado. Total ocupados y sanidad, 1996-2005 (porcentaje)



En el total de ocupados la mujer ha ganado peso relativo respecto al hombre tanto en el sector público como en el privado, 4,1 y 5,8 puntos porcentuales respectivamente. Por su parte, en sanidad el peso relativo de la mujer ha aumentado en el sector público 4,3 puntos porcentuales, pero en el sector privado ha disminuido ligeramente, dado que en 1996 el 67,9% de los trabajadores sanitarios del sector privado eran mujeres, mientras que en 2005 este porcentaje era el 66,8%. En definitiva, durante la última década, la feminización se ha intensificado tanto en el sector público como en el privado, mientras que en las profesiones sanitarias sólo ha avanzado en el sector público.

Para finalizar este apartado, el cuadro 1.9 muestra, para los años 1996 y 2005, la distribución de los trabajadores y trabajadoras del sector público y privado, total y sanitario, según su nivel de estudios. En él destacan algunos aspectos:

- Se confirma la evidencia presentada en el epígrafe 2.2.3: 1) los ocupados en sanidad tienen un nivel de formación superior a la media del total de ocupados; y 2) mientras que en el total de ocupados las mujeres tienen un nivel de formación medio superior al de los hombres, en las profesiones sanitarias ocurre lo contrario.
- El nivel de estudios medio de los trabajadores del sector público supera al del sector privado, tanto en el total de ocupados como en el sector sanitario. De hecho, en 2005 un 55,23% del total de los empleados públicos en España tenía estudios superiores mientras que en el sector privado este porcentaje sólo alcanzaba el 17,74%.
- Las diferencias formativas de los ocupados públicos y privados son menores en la sanidad que en el total de ocupados. Así, en 2005 el porcentaje de titulados superiores ascendía al 60,14% en el sector sanitario público y al 48,69% en el sector sanitario privado.

Finalmente, respecto a las diferencias por sexo del nivel de estudios alcanzado por los empleados públicos y privados destaca lo siguiente:

CUADRO 1.9: Población ocupada en el sector público y privado según nivel de estudios. Total ocupados y sanidad, 1996 y 2005

a) Total ocupados

		Sector	público			Sector p	rivado	
	Analfabetos	Secundarios	Sup	erior	Analfabetos	Secundarios	Supe	erior
	y primarios		Ciclo corto	Ciclo largo	y primarios		Ciclo corto	Ciclo largo
Total								
1996	13,05	37,68	24,44	24,83	38,08	50,76	5,14	6,02
2005	5,13	39,64	24,78	30,46	18,76	63,50	7,52	10,22
Mujeres								
1996	9,70	34,00	33,70	22,50	34,10	52,20	6,80	6,90
2005	3,80	34,60	32,10	29,40	15,70	62,60	9,80	12,00
Hombres								
1996	16,30	41,20	15,50	27,00	39,90	50,10	4,40	5,60
2005	6,60	45,30	16,40	31,70	20,70	64,10	6,10	9,10

b) Profesiones sanitarias

	Sector público				Sector privado			
	Analfabetos y primarios	Secundarios	Superior		Analfabetos	Secundarios	Superior	
			Ciclo corto	Ciclo largo	y primarios		Ciclo corto	Ciclo largo
Total								
1996	10,39	32,92	33,06	23,63	11,87	41,90	16,15	30,08
2005	3,31	36,83	33,05	26,80	3,83	46,83	19,61	29,72
Mujeres								
1996	9,90	36,30	40,40	13,30	11,40	47,40	20,70	20,60
2005	3,20	39,60	38,70	18,50	4,40	52,30	22,40	20,90
Hombres								
1996	11,30	26,10	18,20	44,40	12,90	30,30	6,60	50,10
2005	3,50	30,10	19,00	47,40	2,70	35,90	13,90	47,40

- En el total de ocupados las mujeres tienen mayor formación media que los hombres, tanto en el sector público como en el privado, aunque las diferencias son mayores en el sector público. No obstante, en este último la proporción de mujeres que alcanza el nivel de formación más elevado (estudios universitarios de ciclo largo) es algo menor que la de hombres.
- En las profesiones sanitarias, las diferencias por sexo en el nivel formativo son similares en los sectores público y privado, si bien en ambos casos es menor el nivel de estudios alcanzado por la

mujer. En 2005, la proporción de mujeres con estudios universitarios, un 57,45% y un 42,79% en el sector público y privado respectivamente, es menor que la de los hombres, un 66,72% en el sector público y un 60,70% en el privado. Además, la proporción de hombres con estudios universitarios de ciclo largo es superior a la de mujeres, 28,33 y 27,30 puntos porcentuales mayor, en el sector público y privado, respectivamente.

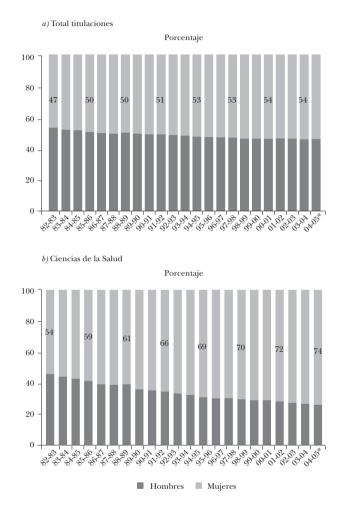
1.5. La feminización de los estudios de Ciencias de la Salud

El fenómeno de feminización de las profesiones sanitarias en España que se ha puesto de manifiesto a lo largo de este capítulo ha debido ir necesariamente unido a la presencia cada vez mayor de la mujer en las aulas de las facultades y escuelas de Ciencias de la Salud. Este apartado tiene como objetivo describir y cuantificar el fenómeno de la feminización en estas titulaciones. Para ello, utilizando la información proporcionada por el Consejo de Coordinación Universitaria para los cursos 1982/1983-2004/2005, se analiza la evolución del número de estudiantes universitarios tanto en las especialidades sanitarias como en el total de titulaciones, haciendo especial hincapié en las diferencias por sexo.

1.5.1. Evolución de los alumnos universitarios por sexo, ramas y ciclos formativos

En el curso 1982/1983 había en España 692.152 estudiantes universitarios, de los que el 15,54% pertenecía a titulaciones de Ciencias de la Salud. En ese mismo curso, el reparto por sexo de los alumnos universitarios, representado en el gráfico 1.12, ya revelaba que el nivel de feminización de las titulaciones de Ciencias de la Salud era algo superior a la media del total de titulaciones. El peso relativo de la mujer en el total de estudiantes era el 47% mientras que en las titulaciones de Ciencias de la Salud superaba el 54%. Fruto del proceso de feminización de las titulaciones sanitarias, veinte años después, la distancia había aumentado de manera espectacular. En el curso 2003/2004, el peso relativo de la mujer en el total de estudiantes era el 54%, mientras que en las titulaciones de Ciencias de la Salud llegaba ya al 74%.

GRÁFICO 1.12: Evolución de la distribución por sexo de los alumnos universitarios. Total titulaciones y Ciencias de la Salud, cursos 1982/1983-2004/2005¹



 $^{^{\}rm l}$ Para la rama Ciencias de la Salud el último dato disponible por sexo es para el curso 2003/2004.

Fuente: Consejo Superior de Universidades y elaboración propia.

La evolución de las cifras de estudiantes por sexo en los 20 años posteriores al curso 1982/1983, que aparece en el gráfico 1.13, proporciona una idea clara de cómo se ha producido la feminiza-

^{*} Datos avance.

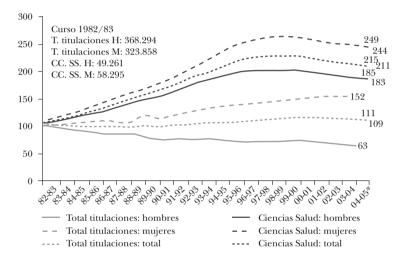
ción de las titulaciones sanitarias, que en buena medida se debe al abandono progresivo de estas titulaciones por parte de los hombres. De hecho, la única línea con tendencia decreciente en todo el período representado en el gráfico 1.13 es la que corresponde al número de estudiantes varones en Ciencias de la Salud, que descendió un 37% entre los cursos 1982/1983 y 2003/2004.

GRÁFICO 1.13: Evolución de los alumnos universitarios por sexo.

Total titulaciones y Ciencias de la Salud,

cursos 1982/1983-2004/2005¹

(números índices)



¹ Para la rama de Ciencias de la Salud el último dato disponible por sexo es para el curso 2003/2004.

Fuente: Consejo Superior de Universidades y elaboración propia.

Por el contrario, el número de féminas en estas titulaciones aumentó progresivamente durante el mismo período, al multiplicarse por 1,52, y no experimentar curiosamente el descenso observado en el total de titulaciones a partir del curso 1999/2000.⁶

^{*} Datos Avance.

⁶ Este proceso de feminización de los estudios de Ciencias de la Salud se ha producido al margen de que estas titulaciones hayan perdido peso relativo respecto al total

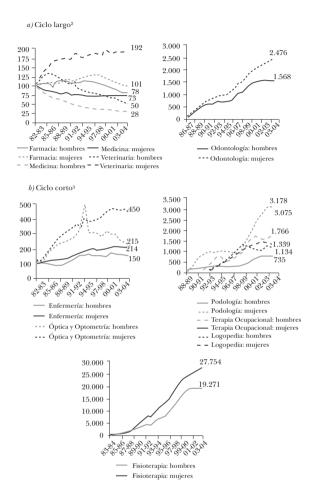
Para conocer en qué medida han contribuido las distintas titulaciones al proceso de feminización de las carreras sanitarias anteriormente descrito, el gráfico 1.14 representa la evolución del número de estudiantes para diez titulaciones: cuatro de ciclo largo (Medicina, Farmacia, Veterinaria y Odontología) y seis de ciclo corto (Enfermería, Óptica y Optometría, Podología, Terapia ocupacional, Logopedia y Fisioterapia). Las diferencias observadas entre titulaciones son bastante notables. Sin duda, las causantes del descenso del número de estudiantes varones en Ciencias de la Salud son las titulaciones de ciclo largo y, en particular, las tres más antiguas — Medicina, Farmacia y Veterinaria —. En estas tres carreras, el número de alumnos varones disminuyó entre los cursos 1982/1983 y 2003/2004 un 72%, un 50% y un 22% respectivamente.⁷ Por el contrario, en Odontología el número de hombres se multiplicó casi por 16 entre los cursos 1986/1987 y 2003/2004. En esta carrera el incremento del número de alumnas fue incluso superior, multiplicándose por más de 24 en el mismo período. No obstante, la titulación «estrella», Medicina, también disminuyó considerablemente en los 20 años observados, aunque en menor medida que el de hombres (un 27%). Por su parte, en las titulaciones de Farmacia y Veterinaria el número de mujeres se incrementó en ese período un 2% y un 93% respectivamente.

Por lo que se refiere a las titulaciones de ciclo corto, la evolución de las cifras difiere bastante de lo observado para las carreras de ciclo largo. En ninguna titulación de ciclo corto disminuye el número de estudiantes, ni hombres ni mujeres. Como cabía esperar, dado que partían de cero, las mayores tasas de crecimiento se observan en las titulaciones nuevas, surgidas en los años ochenta, como Logopedia, Terapia Ocupacional y, sobre todo, Fisioterapia. Asimismo, en todas las titulaciones el incremento en el número de alumnas fue superior al de alumnos. Este resultado se observa incluso en la carrera tradicionalmente más feminizada, Enfermería, en la que el número de alumnas se multiplicó por 2,14, y el de alumnos, por 1,5.

de titulaciones durante los años ochenta y noventa, ya que en el curso 2001/2002 sólo un 8% de los 1.503.694 estudiantes universitarios que había en España pertenecían a la rama de Ciencias de la Salud, frente al 15,54% de veinte años antes.

⁷ En el caso de la Medicina, la evolución de los matriculados se debe en gran parte al númerus clausus establecido en 1978-1979.

GRÁFICO 1.14: Evolución¹ de los alumnos universitarios de Ciencias de la Salud por titulaciones



- Oursos 1982/1983-2003/2004 para Farmacia, Medicina, Veterinaria, Enfermería y Óptica; cursos 1986/1987-2003/2004 para Odontología; cursos 1983/1984-2003/2004 para Fisioterapia; cursos 1988/1989-2003/2004 para Podología, Terapia Ocupacional y Logopedia.
- ² El número de alumnos en 1996 para las especialidades de ciclo largo de Ciencias de la Salud era 25.601 farmaceúticos (18.543 mujeres), 31.512 médicos (20.055 mujeres), 10.790 veterinarios (6.142 mujeres), 4.331 odontólogos (2.687 mujeres).
- ³ El número de alumnos en 1996 para las especialidades de ciclo corto de Ciencias de la Salud era 29.106 enfermeros (24.248 mujeres), 6.315 fisoterapeutas (4.272 mujeres), 1.228 logopedas (1.100 mujeres), 4.070 ópticos (2.621 mujeres), 628 podólogos (397 mujeres) y 900 terapeutas ocupacionales (799 mujeres).

Fuente: Consejo Superior de Universidades y elaboración propia.

1.6. Conclusiones

A lo largo de este capítulo se ha realizado un análisis descriptivo del proceso de feminización experimentado por las ocupaciones sanitarias en España durante las últimas décadas. La evidencia pone de manifiesto aspectos relevantes de la incorporación masiva de la mujer al sector sanitario que ayudan a comprender mejor el fenómeno, así como a prever sus posibles consecuencias futuras.

Los datos analizados indican que el peso relativo de la mujer en el sector sanitario es efectivamente muy superior a la media observada en el total de ocupados. No obstante, el detalle de los resultados por profesiones permite matizar esta afirmación en tanto en cuanto el grado de feminización observado en las distintas ocupaciones es bastante dispar. En general, la presencia de la mujer es menor en las ocupaciones asociadas a titulaciones superiores, con excepción de Farmacia, y en las de carácter más técnico.

Por otro lado, se ha puesto de manifiesto que el peso relativo de la mujer ha aumentado considerablemente en todas las ocupaciones de la rama sanitaria durante las últimas dos décadas. Dado que partían de niveles de feminización más bajos, las tasas de crecimiento han sido mayores en las profesiones que requieren de formación universitaria superior como Medicina y Odontología y Veterinaria. Además, los datos sobre el crecimiento del número de estudiantes por sexo en las titulaciones de la rama de Ciencias de la Salud sugieren que el proceso de feminización no ha acabado y que dentro de unos años el peso relativo de la mujer en todas las ocupaciones sanitarias asociadas a una titulación universitaria será mayor que el observado actualmente. Los mayores incrementos pueden esperarse en las titulaciones de ciclo largo, en las que el número de hombres está incluso disminuyendo; pero también, en carreras altamente feminizadas, como es el caso de Enfermería. Los datos revelan que la entrada de mujeres ha superado a la de hombres en los últimos años, por lo que no es previsible que el peso relativo de las féminas alcanzado en esta profesión se reduzca a medio plazo.

Al observar el elevado grado de feminización del sector sanitario español surgen numerosos interrogantes en relación con los factores que han causado este fenómeno. El análisis planteado en este estudio aporta evidencia preliminar sobre estos factores y pretende servir de base para el planteamiento de hipótesis concretas a contrastar en estudios posteriores.

Una manifestación de la feminización de las profesiones sanitarias se observa claramente es el espectacular incremento del número de mujeres que cursan estudios relacionados con las Ciencias de la Salud de las dos últimas décadas. En todas las titulaciones de esta rama la entrada de mujeres ha sido superior a la de hombres, cuyo número se ha visto reducido considerablemente en las carreras tradicionales de ciclo largo (Medicina, Veterinaria y Farmacia). Este último resultado indica que en las ocupaciones asociadas a estas carreras el nivel de feminización observado, que previsiblemente aumentará en el medio plazo, se debe no sólo a la incorporación de la mujer a las mismas sino también a que los hombres las están abandonando. De hecho, por ejemplo, entre los médicos el abandono de los hombres parece haber sido la clave de la feminización, dado que el número de mujeres estudiantes de Medicina también ha caído en los últimos años. La doble pregunta que se plantea en este sentido es cuál es la causa de la preferencia de las mujeres por estos estudios y por qué tienen éxito al acceder a los mismos, pese a los elevados requisitos académicos exigidos en la mayoría de ellos.

Con independencia del porqué de la puerta de entrada académica, a la vista de la generalidad del proceso, un segundo grupo de factores causantes de la feminización de las profesiones sanitarias podría estar relacionado con las características específicas de estas ocupaciones, que se adecuarían mejor a las preferencias y/o necesidades de las mujeres que las de otro tipo de trabajos. En este sentido, algunos de los resultados obtenidos sugieren que el grado de feminización de una profesión está, ceteris paribus, positivamente relacionado con la probabilidad de ser asalariado (frente a trabajador por cuenta propia) y de trabajar en el sector público (frente al privado) y negativamente asociado a la duración de la jornada laboral. En cuanto a estos tres factores, en general las características de las profesiones sanitarias facilitarían el proceso de feminización. De hecho, la proporción de asalariados entre los profesionales sanitarios es mayor que en el total de ocupados y el peso relativo del sector público es muy superior en sanidad que en el total de ocupados. Además, en el sector sanitario se muestran los siguientes factores:

1) las mujeres están infrarrepresentadas en la categoría de no asalariados frente a la de asalariados, y se observa que las profesiones con menores tasas de feminización son las que mayores proporciones de trabajadores por cuenta propia presentan; 2) las mujeres se ocupan en mayor medida que los hombres en el sector público; y 3) dentro la misma ocupación, las mujeres trabajan, de media, menor número de horas que los hombres e, incluso, se advierte un incremento de las diferencias por sexo durante los últimos años. En conjunto, esta evidencia es consistente con la hipótesis de que las mujeres se decantan por las ocupaciones sanitarias porque, en término medio, son más flexibles y menos arriesgadas que las de otros sectores. En todo caso, para obtener conclusiones definitivas, se requieren análisis más detallados y metodológicamente más rigurosos, que contemplen el efecto conjunto de éstos y otros factores sobre la feminización.

Otro de los elementos que podrían explicar la intensa feminización experimentada por las profesiones sanitarias durante los últimos años está relacionado con los ingresos que generan estas ocupaciones. Si tenemos en cuenta las diferencias por sexo en cuanto a las condiciones laborales de las distintas profesiones analizadas, se identifican posibles causas por las que el salario medio de la mujer es inferior al del hombre, más allá del factor discriminación de género. En primer lugar, las mujeres se emplean en ocupaciones de inferior categoría. Y, en segundo lugar, incluso dentro de la misma categoría profesional, las mujeres son más jóvenes, trabajan menos horas y trabajan por cuenta propia en menor proporción que los hombres.

Aunque el análisis llevado a cabo no permite comparar el salario medio de hombres y mujeres controlando a su vez por las características laborales correlacionadas con esta variable (horas trabajadas, tipo de empleador, situación laboral, etc.), la evidencia obtenida sobre los ingresos medios pone de manifiesto que las diferencias salariales por sexo en el sector sanitario son bastante menores que en el total de ocupados. Esta evidencia sugiere otra posible causa de la preferencia de la mujer por las profesiones sanitarias, que requiere llevar a cabo estudios más detallados.

Tan interesante como identificar los factores causantes de la feminización del sector sanitario es prever las implicaciones que este proceso tendrá en el futuro para nuestro sistema de salud. Sin duda, la mujer debe adaptarse a las exigencias y necesidades de la carrera que elija, pero también es cierto que las características de los profesionales determinan en cierto modo la propia actividad. En este sentido, deberán estudiarse en profundidad dos tipos de efectos de la feminización de las ocupaciones sanitarias: los relacionados con la estructura organizativa de las profesiones y los asociados a la forma de ejercer y entender el oficio.

En cuanto a los posibles cambios de tipo organizativo, dada la necesaria conciliación de la vida familiar y, en particular, de la maternidad, con la laboral, la feminización de las profesiones sanitarias traerá consigo seguramente cambios tendentes a reducir la jornada laboral media. De hecho, el número medio de horas trabajadas por los profesionales sanitarios se ha reducido en los últimos diez años, coincidiendo con el avance de la feminización, aunque, para concluir la existencia de una relación de causalidad entre estos dos fenómenos, es preciso controlar también el efecto de otros factores.

Por lo que se refiere a los posibles cambios relacionados con la forma de ejercer y entender la profesión, algunos expertos han señalado que la mujer tiende en mayor medida hacia una sanidad enfocada a la prevención y los cuidados, mientras que el perfil masculino se identifica mejor con la sanidad centrada en la curación. El análisis llevado a cabo en este capítulo no permite extraer conclusiones directas relacionadas con este tipo de implicaciones. Sin embargo, hay un aspecto relacionado con las mismas sobre el que el estudio realizado permite hacer una reflexión. Se trata de si la feminización observada va a significar un giro sustancial en la distribución por sexo de los puestos de responsabilidad en nuestra sanidad. En principio, la elevada presencia de la mujer en el sector conduciría a pensar que también en los puestos de responsabilidad el peso relativo de la mujer es muy importante. Sin embargo, y aunque no se dispone directamente de esta evidencia, algunos de los resultados sugieren que el grado de feminización de los puestos de responsabilidad debe ser inferior al observado en el conjunto de los profesionales sanitarios. De hecho, a pesar de su presencia mayoritaria en el sector, la mujer está ocupada en profesiones de menor categoría e, incluso, dentro de la misma

categoría, tiene de media menor nivel formativo que el hombre. Estas dos circunstancias deben constituir de momento una barrera de entrada de la mujer a los puestos de dirección y gestión o, al menos, de su acceso masivo a los mismos.

Bibliografía

- BAWIN-LEGROS, B. y L. BAWIN. «La féminisation de la profession médicale». Revue Médicale de Liège 54 n.º 4 (1999): 224-228.
- CADSBY, C. B. y E. MAYNES. «Gender, Risk Aversion, and the Drawing Power of Equilibrium in an Experimental Corporate Takeover Game». Journal of Economic Behavior and Organization 56 n.° 1 (2005): 39-59.
- DELEIRE, T. y H. LEVY. «Worker Sorting and the Risk of Death on the Job». Journal of Labor Economics 22 n.º 4 (2004): 210-217.
- DOHMEN T., FALK A., HUFFMAN D., SUNDE U., SCHUPP J, WAGNER G. «Individual Risk Attitudes: New Evidence from a Large, Representative, Experimentally-Validated Survey». Discussion Papers of DIW Berlin 511, DIW Berlin: German Institute for Economic Research, 2005.
- EKELUND J., E. JOHANSSON, M. R. JÄRVELIN Y D. LICHTERMANN. «Self Employment and Risk Aversion: Evidence from Psychological Test Data», Labour Economics, 12 n.º 5 (2005): 649-659.
- GRAZIER, S. y P. J. SLOANE. «Accident Risk, Gender, Family Status and Occupational Choice in the UK», IZA Discussion Paper Series n.º 2.302 (2006).
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Población Activa (EPA). Madrid, 1987-2005.
- —. Encuesta de Estructura Salarial, EES (1995). Madrid, 1999.
- —. Censo de Población y Viviendas (2001). Madrid, 2004.
- —. Encuesta de Estructura Salarial, EES (2002). Madrid, 2005.
- —. Profesionales Sanitarios Colegiados (1997-2005). Madrid, 2006.
- REED R. Y J. DAHLQUIST. «Do Women Prefer Women's Work?». Applied Economics 26 (1994): 1.133-1.144.
- Ruiz Abad, L., F. J. Calahorra, A. Paz Sáez, P. F. Rouco Pérez y A. Rouco Yáñez. *La* profesión veterinaria en el siglo xxi: Un estudio de mercado. Madrid: Consejo General de Colegios Veterinarios de España, 2001.
- SUNDEN, A. E. Y B. J. SURETTE. «Gender Differences in the Allocation of Assets in Retirement Savings Plans». American Economic Review 88 n.º 2 (1998): 207-211.

2. Segregación por género en las aulas universitarias

Marcelo Perera Morlán
Centro de Investigaciones Económicas (CINVE)
Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)
Pablo Vázquez Vega
Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)
Universidad Complutense de Madrid

2.1. Introducción

Las mujeres ocupan hoy la mayoría de los asientos de las aulas universitarias en España y en buena parte de los países de la OCDE (Ono 2002). Éste es el resultado de la evolución que ha tenido lugar en las dos últimas décadas y que sin duda puede calificarse, por muchos motivos, como positiva. Al mismo tiempo, mujeres y hombres no se reparten de manera uniforme entre las diferentes titulaciones del sistema universitario.

En el cuadro 2.1 se observa que, si bien entre 1995 y 2003 el porcentaje de mujeres es prácticamente constante a nivel de todo el sistema universitario, las ramas de Ciencias de la Salud y Experimentales son las que muestran un mayor incremento de la proporción de mujeres (de 5 y 8 puntos respectivamente), si bien es la primera la que presenta el mayor grado de feminización en todo el período (más del 70%). En las carreras de Pedagogía, Traducción, Psicología, Filología, Farmacia y Medicina el porcentaje de mujeres supera el 65%, mientras que la feminización es mucho menor en las carreras de Ingeniería (véase cuadro 2.5).

Las mujeres ya eran mayoría en el alumnado de estas carreras a principios de los años ochenta (54% en 1982) y su participación ha ido en aumento para alcanzar las tres cuartas partes en 2004.

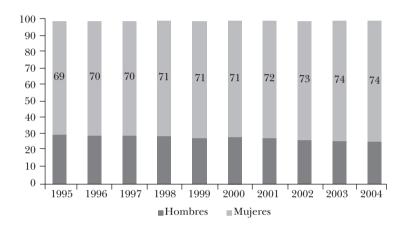
Esta presencia mayoritaria de las mujeres en las Ciencias de la Salud esconde diferencias importantes entre titulaciones. En general, las de ciclo largo, las que permiten obtener un título de licenciado, han sido las carreras donde el descenso de los estudiantes varones ha sido más importante.

CUADRO 2.1: Alumnos matriculados en las universidades españolas según rama de enseñanza y sexo (60 titulaciones). Años 1995 a 2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ciencias de la	a Salud									
Mujeres	72.747	69.939	72.560	74.752	74.390	73.289	76.587	78.998	81.356	81.784
Hombres	31.982	29.728	30.875	31.048	29.851	29.578	29.778	29.450	29.135	28.772
Total	104.729	99.667	103.435	105.800	104.241	102.867	106.365	108.448	110.491	110.556
% mujeres	69	70	70	71	71	71	72	73	74	74
Enseñanzas T	écnicas									
Mujeres	67.280	74.443	83.873	88.292	76.530	81.537	92.526	101.275	104.837	94.678
Hombres	202.650	218.404	238.796	246.232	219.558	229.133	245.784	271.631	268.063	253.142
Total	269.930	292.847	322.669	334.524	296.088	310.670	338.310	372.906	372.900	347.820
% mujeres	25	25	26	26	26	26	27	27	28	27
Ciencias Exp	erimentale	s								
Mujeres	48.498	52.529	58.733	62.248	63.452	62.973	63.205	62.893	60.900	66.837
Hombres	47.221	49.997	53.288	54.420	53.601	51.082	49.564	46.187	43.194	47.211
Total	95.719	102.526	112.061	116.668	117.053	114.055	112.769	109.080	104.094	114.048
% mujeres	51	51	52	53	54	55	56	58	59	59
Humanidade	s									
Mujeres	85.094	91.552	95.947	98.061	98.731	96.237	94.016	90.124	84.183	78.716
Hombres	44.380	49.216	52.630	55.179	56.810	56.114	54.896	52.153	48.335	44.874
Total	129.474	140.768	148.577	153.240	155.541	152.351	148.912	142.277	132.518	123.590
% mujeres	66	65	65	64	63	63	63	63	64	64
Ciencias Soci	ales y Juríd	licas								
Mujeres	381.755	410.283	428.486	438.023	434.149	424.343	411.236	409.379	401.464	394.076
Hombres	282.153	292.093	294.781	295.287	288.917	277.778	268.921	260.975	252.978	246.195
Total	663.911	702.376	723.267	733.310	723.066	702.121	680.157	670.354	654.442	640.271
% mujeres	58	58	59	60	60	60	60	61	61	62
Total										
Mujeres	655.374	698.746	739.639	761.376	747.252	738.379	737.570	742.669	732.740	716.091
Hombres	608.389	639.438	670.370	668.166	648.737	643.685	648.943	660.396	641.705	620.194
Total	1.263.763	1.338.184	1.410.009	1.443.542	1.395.989	1.382.064	1.386.513	1.403.065	1.374.445	1.336.285
% mujeres	52	52	52	53	54	53	53	53	53	54

En veinte años (1982-2002), un 70% de los hombres ha abandonado la carrera de Medicina; un 50%, la de Farmacia (que siempre ha estado feminizada); y un 22%, la de Veterinaria. Las carreras de ciclo corto, donde la presencia de las mujeres era ya relevante, han continuado feminizándose.

GRÁFICO 2.1: Porcentaje de mujeres en las carreras de Ciencias de la Salud



La disparidad en la distribución por sexo de los alumnos universitarios entre titulaciones, puede analizarse desde el concepto de *segregación*. Para ello en el gráfico 2.2 se presenta la evolución, entre 1995 y 2004, del índice de Duncan y Duncan (1955).¹

El índice de Duncan se define de la siguiente manera:

$$S_t = 0.5 \times \Sigma_i \left[m_{it} - f_{it} \right] \tag{2.1}$$

Donde m_{ii} y f_{ii} es la proporción de mujeres y hombres respectivamente que estudian la carrera i en el año t. Si llamamos M_{ii} y H_{ii} a la cantidad de mujeres y hombres que estudian la carrera i en t, y $T_{ii} = M_{ii} + H_{ii}$, entonces es posible expresar el índice de la siguiente manera:

¹ En el gráfico 2.1 se presenta dicho índice en términos porcentuales (S_c × 100).

$$S_{i} = 0.5 \times \Sigma_{i} \left[(q_{ii} T_{ii} / \Sigma q_{ii} T_{ii}) - (p_{ii} T_{ii} / \Sigma p_{ii} T_{ii}) \right]$$
(2.2)

Donde $q_{ii} = M_{ii}/T_{ii}$ y $p_{ii} = H_{ii}/T_{ii}$ son las proporciones de hombres y mujeres en las respectivas titulaciones. Definiendo S_{ks} como el índice de Duncan calculado con las ponderaciones de sexo (p y q) del año k y las ponderaciones de titulación (T) del año s, se tiene que el diferencial del índice entre 1995 y 2004, se puede expresar como la suma de dos términos:

$$S_{04.04} - S_{95.95} = (S_{04.95} - S_{95.95}) + (S_{04.04} - S_{04.95})$$
 (2.3)

Donde $(S_{04,95} - S_{95,95})$ mide cuánto varía el índice entre 1995 y 2004 si se mantuviera constante la ponderación por titulación de 1995 y sólo variaran las proporciones por sexo dentro de cada titulación (efecto «composición por sexo»). Por otro lado el término $(S_{04,04} - S_{04,95})$ mide cuanto varía el índice si se mantuviera la ponderación por sexo $(p \ y \ q)$ de 2004 y sólo variara la ponderación por titulación (T) (efecto «composición por titulación»).

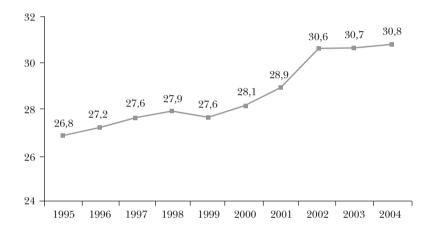
Esta medida puede interpretarse como el porcentaje de hombres o mujeres que deberían cambiar de carrera para que la distribución por sexo entre carreras fuera idéntica. El índice presenta una leve tendencia creciente; mientras que en 1995 tiene un valor de 26,8, en 2004 asciende a 30,8.

El grado de segregación presenta una leve tendencia al alza entre 1995 y 2004, el índice se incrementa 4 puntos porcentuales en dicho período. Para entender las razones de este aumento, se realiza a continuación la descomposición del índice de Duncan propuesta en Blau et al. (1998). La idea detrás de la descomposición es que el aumento de la segregación puede explicarse por un aumento de la diferencia del porcentaje de mujeres y hombres dentro de las carreras (efecto «composición por sexo»), o a un cambio en la distribución de los alumnos por carreras (mayor peso de las carreras donde existe mayor diferencia en el porcentaje de hombres y mujeres). Obsérvese que el primer componente puede considerarse un aumento (o disminución) «genuino» de la segregación. Los resultados muestran que el aumento del índice en esos nueve años se explica básicamente por el cambio en la composición por titulaciones, es decir por un aumento del

peso de aquellas carreras donde es mayor la diferencia entre el porcentaje de mujeres y hombres (de hecho la composición por sexo explica una caída del 1%, mientras el cambio en el *mix* de titulaciones explica un aumento del 5% en el índice).

GRÁFICO 2.2: Evolución del índice de segregación de Duncan, 1995-2004

(porcentaje)



CUADRO 2.2: Alumnos matriculados en las carreras de Ciencias de la Salud, 1995-2004

Ciclo largo	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		
Licenciatura en	Licenciatura en Farmacia											
Mujeres	18.200	18.469	18.543	18.155	17.549	15.870	15.761	15.078	14.756	14.489		
Hombres	7.250	7.217	7.058	6.841	6.546	5.995	5.765	5.596	5.355	5.289		
Total	25.450	25.686	25.601	24.996	24.095	21.865	21.526	20.674	20.111	19.778		
% mujeres	72	72	72	73	73	73	73	73	73	73		
Licenciatura en	Medicin	a/Cirug	jía									
Mujeres	19.861	18.641	20.054	20.094	19.414	18.332	19.293	19.269	19.938	20.047		
Hombres	12.225	11.122	11.456	11.119	10.375	9.552	9.776	9.242	9.255	8.986		
Total	32.086	29.763	31.510	31.213	29.789	27.884	29.069	28.511	29.193	29.033		
% mujeres	62	63	64	64	65	66	66	68	68	69		

CUADRO 2.2 (cont.): Alumnos matriculados en las carreras de Ciencias de la Salud, 1995-2004

Ciclo largo	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Licenciatura en	Odonto	logía									
Mujeres	1.939	1.961	2.687	2.759	3.129	3.363	3.625	3.747	3.959	4.146	
Hombres	1.138	1.147	1.644	1.785	2.032	2.199	2.292	2.319	2.347	2.336	
Total	3.077	3.108	4.331	4.544	5.161	5.562	5.917	6.066	6.306	6.482	
% mujeres	63	63	62	61	61	60	61	62	63	64	
Licenciatura en	Veterina	ıria									
Mujeres	6.003	6.106	6.142	6.051	5.610	6.013	5.915	6.282	6.335	6.330	
Hombres	4.928	4.773	4.648	4.422	3.771	4.046	3.763	3.575	3.284	3.080	
Total	10.931	10.879	10.790	10.473	9.381	10.059	9.678	9.857	9.619	9.410	
% mujeres	55	56	57	58	60	60	61	64	66	67	
Ciclo corto	Ciclo corto										
Diplomatura en	Enferm	ería									
Mujeres	21.479	20.027	19.301	20.886	20.680	21.117	22.332	23.856	24.453	24.546	
Hombres	4.588	3.878	3.867	4.185	3.845	4.361	4.235	4.447	4.349	4.474	
Total	26.067	23.905	23.168	25.071	24.525	25.478	26.567	28.303	28.802	29.020	
% mMujeres	82	84	83	83	84	83	84	84	85	85	
Diplomatura en	Fisioter	apia									
Mujeres	3.322	3.012	3.679	4.263	4.908	4.792	5.220	5.875	6.631	6.770	
Hombres	1.420	1.287	1.760	2.202	2.651	2.624	3.016	3.279	3.510	3.526	
Total	4.742	4.299	5.439	6.465	7.559	7.416	8.236	9.154	10.141	10.296	
% mujeres	70	70	68	66	65	65	63	64	65	66	
Diplomatura en	Logope	dia/Pod	lología/'	Terapia	Ocupaci	onal					
Mujeres	1.943	1.723	2.154	2.544	3.100	3.802	4.441	4.891	5.284	5.456	
Hombres	433	304	442	494	631	801	931	992	1.035	1.081	
Total	2.376	2.027	2.596	3.038	3.731	4.603	5.372	5.883	6.319	6.537	
% mujeres	82	85	83	84	83	83	83	83	84	83	

Dada la segregación por género en las carreras universitarias, es esperable que la misma explique la posterior segregación ocupacional en el mercado laboral. Sobre la segregación ocupacional existen diversas explicaciones, entre las que destaca la discriminación como una de las principales. Según este concepto, las mujeres son discriminadas en el mercado laboral y, como resultado, se encuentran sobrerrepresentadas en ocupaciones de bajos salarios. Otras explicacio-

nes se distancian del concepto de discriminación, por ejemplo, Polachek (1985), que sostiene que la segregación ocupacional tiene que ver con la penalización asociada a la intermitencia en el mercado de trabajo. Las mujeres optarán por aquellas ocupaciones donde la penalización a la intermitencia sea menor y, por tanto, tenderán a elegir aquellas ocupaciones en las que predominen las mujeres. Otras explicaciones recurren a las diferentes motivaciones entre hombres y mujeres a la hora de optar por una ocupación o profesión, así Becker (1985) señala que las mujeres que esperan dedicar una parte importante de su tiempo al hogar optarán por ocupaciones que exijan menor esfuerzo relativo. En esta línea, algunos estudios sostienen que las mujeres tienen una mayor preferencia por condiciones de trabajo por «fuera del mercado», mientras que los hombres deciden más en «términos económicos» (por ejemplo, ponderando más factores como el salario y el riesgo de desempleo).

El presente trabajo abordará indirectamente el fenómeno de la segregación ocupacional, dado que pretende analizar el grado de feminización en una etapa previa al ingreso al mercado laboral, es decir, en las carreras universitarias. Hay numerosos trabajos que encuentran una relación directa entre la elección de una determinada carrera por parte del hombre y de la mujer y los retornos salariales que éstos obtienen posteriormente en el mercado de trabajo (Montmarquette et al. 2002; Averett y Burton 1996).

En la teoría económica, las decisiones sobre el nivel (años) de educación y el tipo de titulación se explican a partir de los retornos esperados. Si los retornos de la educación son distintos entre hombres y mujeres en cada una de las titulaciones, tenemos una primera causa que explique la feminización de algunas profesiones. Ammermuller y Weber (2005) encuentran en Alemania esa diferencia entre hombres y mujeres en tasas de retorno. Los hombres obtienen las mayores tasas de retorno en Ingenierías, mientras las mujeres las encuentran en Educación.

Por otro lado, la constatación en España de que las mujeres en promedio obtienen mejores calificaciones que los hombres, junto a la presencia de númerus clausus en el acceso a las carreras universitarias, permite pensar en un posible efecto de las notas de corte en el grado de feminización de las carreras. En esta situación las mujeres pueden aprovechar la ventaja que les supone sus mejores calificaciones y acceder en mayor proporción que los hombres a las titulaciones con mayores notas de corte.

Como fuera señalado más arriba, la hipótesis de que en las decisiones de los hombres predominan factores como el retorno esperado (asociado al salario) y riesgo de paro, nos lleva a pensar en una relación positiva entre la tasa de desempleo en las ocupaciones y el grado de feminización de las carreras asociadas a las mismas. Por su parte, las mujeres valorarán positivamente (ponderan más) en sus decisiones el número de horas efectivas trabajadas, y prefieren aquellas ocupaciones con menores horas de trabajo.

El presente estudio propone contrastar algunas de las hipótesis anteriores. En particular, y en base a la información disponible, se analizará la existencia de una relación empírica entre la feminización de las titulaciones universitarias y algunas de las variables mencionadas, como por ejemplo, las notas de corte en las pruebas de selectividad, la tasa de desempleo y las horas de trabajo en las distintas ocupaciones.

2.2. El modelo empírico y algunos aspectos econométricos

A continuación se presenta la especificación del modelo econométrico estimado para analizar la relación entre determinadas variables y una medida del grado de feminización en las titulaciones universitarias:

$$y_{it} = \alpha_i + \beta y_{it-1} + \gamma x'_{it} + u_{it}$$
 (2.4)

Donde i=1,2...,Nindica la titulación universitaria y t=1,2...;T, el curso académico. La variable dependiente y corresponde al grado de feminización de la matrícula, α es un efecto fijo de grupo (titulación) y x es un vector de k variables explicativas. La variable dependiente, como veremos, será la transformación logística de la proporción de mujeres matriculadas en cada titulación. Por otro lado se supone que $u_u \sim iidN(0, \sigma^2_u)$. Como puede observarse, la inclusión de la variable dependiente retardada como regresor se fundamenta en la hipótesis de «dependencia del pasado», de manera que el modelo especificado es de tipo dinámico.

La estimación del modelo (2.4) merece algunas apreciaciones. En primer lugar cabe preguntarse sobre las propiedades del término a, en particular puede considerarse como un conjunto de realizaciones de una variable aleatoria tal que $E(\alpha) = \alpha$. En este caso se supone además la independencia entre α y el conjunto de variables explicativas (efectos aleatorios). Una segunda posibilidad es la consideración de a, como un parámetro fijo no independiente de los regresores (efectos fijos). El método de estimación apropiado será distinto según cada caso. Supongamos un modelo estático, es decir, $\beta = 0$ en (2.4), entonces, con el primero de los supuestos sobre a, el estimador consistente y eficiente será el llamado estimador mediante efectos aleatorios. Por el contrario, si se verifica la segunda hipótesis sobre α , el estimador consistente será el llamado estimador mediante efectos fijos (within-groups).

El segundo aspecto es la presencia de la variable dependiente retardada, esto implica la presencia de un regresor endógeno. Es decir, en un modelo autorregresivo como (2.4) el valor presente de y está correlacionado con los errores idiosincrásicos contemporáneos y pasados $(u_i, s = t, t - 1,...)$. En este caso la estimación con datos de panel mediante efectos fijos conduce a estimadores sesgados e inconsistentes (Nickell 1984). Este sesgo es particularmente relevante cuando T es pequeño, mientras que con un Tgrande es esperable que dicho sesgo disminuya (Hsiao 1986).

Un estimador asintóticamente eficiente del modelo dinámico (2.4) en presencia de efectos fijos es el propuesto por Arellano y Bond (1991). Este es un estimador mediante el Método Generalizado de Momentos (GMM) que selecciona los propios retardos de la variable endógena y las variables exógenas (y sus retardos) como instrumentos de Δy_{t-1} .²

Finalmente conviene señalar que la variabilidad de corte transversal (between-groups) en nuestros datos puede estar recogiendo un fenómeno diferente al de la variabilidad temporal (within-groups). Por ejemplo, se suele señalar que la variabilidad de corte transversal viene determinada por las relaciones de largo plazo mientras que la variabi-

² Este método aplica la transformación en primeras diferencias a la ecuación (2.4) para eliminar los efectos individuales inobservados, por lo que ahora la variable del lado derecho es Δy_{i-1} .

lidad temporal por la dinámica de corto plazo (Baltagi y Griffin 1984; Pesaran y Smith 1995) incluso los signos de los efectos de determinadas variables pueden ser distintos en una y otra dimensión.

2.3. Los datos y una primera evaluación

La información sobre el número de alumnos matriculados según sexo en las diferentes titulaciones y las notas de corte en los cursos académicos de 1994/1995 a 2002/2003 tiene como fuente el Consejo de Coordinación Universitaria del Ministerio de Educación y Ciencia. Un segundo conjunto de información utilizada corresponde a la Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística. A partir de la misma se construyó una proxy de la tasa de desempleo específica de cada ocupación3 (td.), definida como los parados con experiencia de empleo en la ocupación i sobre los ocupados y parados propiamente dichos en esa ocupación.⁴ En segundo lugar se consideró el promedio de horas semanales habituales trabajadas en cada ocupación como un indicador de la dedicación horaria «exigida» por el mercado en cada ocupación. Por último se estableció una correspondencia entre titulaciones y ocupaciones que permitió unir ambos conjuntos de información. La definición de ocupaciones (y la posterior correspondencia con las titulaciones) tiene sin dudas ciertas limitaciones debido a los problemas de agregación. Esto significa que estaremos asignando la misma tasa de paro y carga horaria a ocupaciones (titulaciones) muy heterogéneas.5

A continuación se presenta una primera descripción de la relación entre la nota de corte y el porcentaje de mujeres en las ramas de la enseñanza universitaria. Luego veremos la relación de esta última con la tasa de paro y, finalmente, con las horas promedio trabajadas en cada ocupación.

³ Nivel de desagregación (3 dígitos) de la CNO-94.

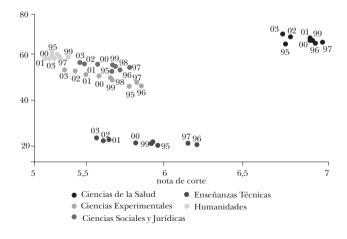
⁴ Obsérvese que el impedimento para definir estrictamente la tasa de desempleo específica deriva de la imposibilidad de asignar una ocupación a los parados que buscan su primer empleo.

⁵ Por ejemplo, a los licenciados en Medicina y licenciados en Odontología se les considera la misma tasa de paro y horas promedio trabajadas correspondientes al código 212 de la CON-94 (tres dígitos).

2.3.1. Las notas de corte

En el siguiente gráfico se presenta el diagrama de dispersión entre el porcentaje de mujeres por rama/año y las notas de corte promedio por cada rama/año. En primer lugar se constata cierta estratificación de las ramas de enseñanza según estas dos variables. Dentro de las ramas con mayor grado de feminización, se encuentran en un extremo, las de Humanidades y Ciencias Sociales con una nota de corte por debajo del promedio y, en el otro extremo, la de Ciencias de la Salud que presenta en todo el período las notas de corte más elevadas. Por otro lado las ramas de Ciencias Experimentales, Enseñanzas Técnicas y Ciencias Sociales comparten la tendencia descendente de la nota de corte al tiempo que incrementan la participación de las mujeres en su matrícula (véase el gráfico 2.3 para mayor claridad de la evolución temporal de la nota de corte). Por todo lo anterior, no se observa una relación clara a priori entre las notas de corte y el grado de feminización según rama de enseñanza. Probablemente, si se excluye la rama de Ciencias de la Salud, la relación es más clara, tanto en sección cruzada (en cada año las ramas con menor nota de corte presentan mayor porcentaje de mujeres) como en el ámbito temporal (la tendencia a la disminución de las notas de corte ha ido acompañada de una mayor feminización, lo que sería sólo evidencia de correlación y no de la causalidad).

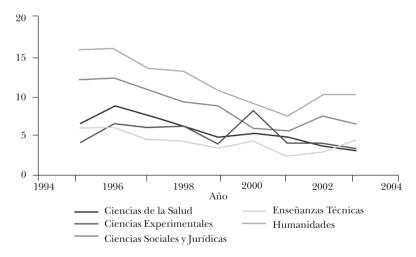
GRÁFICO 2.3: Porcentaje de mujeres en cada rama/año y notas de corte promedio



2.3.2. Tasa de desempleo

En el siguiente gráfico se presenta el valor de la tasa de desempleo específica de las ocupaciones pertenecientes a las distintas ramas de la enseñanza universitaria. Si bien se constata un descenso generalizado del desempleo en las profesiones de todas las ramas universitarias, el ordenamiento de las ramas de enseñanza en función de la tasa de paro se mantiene constante, salvo en los años 2000 y 2003 donde hay una pequeña alteración. Teniendo en cuenta esto último y el grado de feminización en las distintas ramas de enseñanza (véase cuadro 2.1), se constata una relación positiva de la tasa de desempleo y la proporción de mujeres matriculadas.

GRÁFICO 2.4: Tasa de desempleo específica promedio de las ocupaciones correspondientes a las ramas de la enseñanza universitaria. Años 1995 a 2003



Fuente: Cálculos en base a EPA-INE.

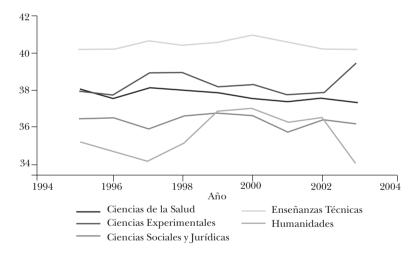
2.3.3. Horas trabajadas

Respecto a las horas de trabajo, en el gráfico 2.5 se observa que las ocupaciones vinculadas a la rama de enseñanza técnica presentan sistemáticamente un promedio de horas de trabajo superior al resto. En el otro extremo las ramas de humanidades y de ciencias

sociales y jurídicas son las que presentan menos horas de trabajo en promedio. Obsérvese que el ordenamiento de las ramas de enseñanza del gráfico 2.5 es prácticamente el inverso del gráfico 2.4, y es prácticamente el mismo que resultaría de ordenar (de menor a mayor) las ramas según del grado de feminización de las mismas (véase porcentaje de mujeres en el cuadro 2.1).

La apreciación anterior es una primera evidencia de una relación positiva entre la tasa de desempleo específica y la feminización de la profesión, y una correlación negativa entre el número de horas de trabajo en cada profesión y el grado de feminización de la misma.

GRÁFICO 2.5: Horas de trabajo semanales habituales promedio de las ocupaciones correspondientes a las ramas de la enseñanza universitaria. Años 1995 a 2003



Fuente: Cálculos en base a EPA-INE.

2.4. Resultados

A continuación se presentan los resultados del modelo explicativo de la feminización de las distintas titulaciones universitarias. La variable dependiente es la transformación logística de la proporción de mujeres matriculadas en cada titulación.⁶ En el cuadro 2.3 se presentan los resultados de distintos métodos de estimación. En primer lugar se muestra la estimación por MCO de los datos agrupados ignorando la estructura de panel. El coeficiente de la nota de corte es positivo, lo que indica una relación positiva entre ésta y la feminización de la matrícula universitaria, aunque no resulta significativo. Por otro lado las horas habituales trabajadas son significativas al 1% y con signo negativo, lo que sugiere una mayor propensión de las mujeres a estudiar aquellas profesiones en cuyas ocupaciones se observa una menor carga horaria relativa. Las *dummies* de ramas de actividad muestran un perfil similar al observado en el cuadro 2.2, es decir, la rama de Ciencias de la Salud tiene el factor individual más favorable a la feminización, le siguen las Ciencias Sociales y Humanidades, luego las Ciencias Experimentales y, finalmente, la rama con menor valor es la de Enseñanzas Técnicas (*dummy* excluida).

La segunda columna del cuadro 2.3 corresponde a la estimación mediante efectos fijos. El término autorregresivo resulta significativo y cercano a 0,6.

CUADRO 2.3: Estimación del modelo explicativo de la feminización de las titulaciones universitarias (variable dependiente: transformación logística del porcentaje de mujeres en cada titulación)

	Mínimos cuadrados ordinarios	Efectos fijos	Efectos fijos + error AR (1)	GMM	Estimador entre grupos
f(t-1)		0,5847a		0,5161 a	
t-valor		17,97		6,49	
Corte	0,0897	-0,0649 a	-0,0541	-0.0528 b	$0,4110^{\mathrm{b}}$
t-valor	1,5	-4 ,9	-3,0	-2,5	2,24
Corte^2	$-1,5E-07^{a}$	1,2E-08	1,2E-08	7,4E-10	$-2,6E-07^{\mathrm{b}}$
t-valor	-4,49	1,27	1,03	0,06	-2,2
Tasa	0,6579	0,0815	0,1741 °	0,2916 ^b	4,9955
de desempleados t-valor	1,07	0,79	1,69	2,42	1,43

⁶ La transformación es $f = \ln(p/1 - p)$ donde p es la proporción de mujeres. Dicha transformación permite que la variable dependiente tenga un rango de variación entre $-\infty$ y $+\infty$.

CUADRO 2.3 (cont.): Estimación del modelo explicativo de la feminización de las titulaciones universitarias (variable dependiente: transformación logística del porcentaje de mujeres en cada titulación)

	Mínimos cuadrados	EC + C'	Efectos fijos	CMM	Estimador
	ordinarios	Efectos fijos	+ error AR (1)	GMM	entre grupos
Horas	-0,0952°	-0,0044	-0,0079 a	-0,0043	-0,859 b
t-valor	-11,81	-1,45	-2,96	-1,35	-2,17
Ciencias	1,9684ª				1,6193°
de la Salud t-valor	24,76				5,87
Ciencias Sociales	1,2970°				1,1548 a
t-valor	18,75				4,66
Humanidades	1,2125 a				$1,\!0707^{\mathrm{b}}$
t-valor	9,62				2,77
Ciencias Experimentales t-valor	1,1348 ^a 13,18				1,1884 ^a 4,88
Ciclo	-0,0622				-0,2090
t-valor	-1,33				-1,36
Constante	2,3198°	$0,5266^{\mathrm{a}}$	$0,\!5919^{a}$	$0,0054^{\mathrm{b}}$	0,0599
t-valor	4,23	3,92	15,66	2,57	0,03

Sig. a 1%; b 5%; c 10%.

Nota: N = 60 titulaciones, 9 años (1995-2003).

f(t-1) corresponde a la variable dependiente retardada.

Se omite la *dummy* de la rama de Enseñanzas Técnicas y la *dummy* de ciclo corto.

En segundo lugar, sólo la nota de corte resulta significativa y con signo negativo. En la tercera columna se presenta una ligera variante del modelo (2.4) que consiste en introducir el componente dinámico mediante un error que sigue a un proceso autorregresivo de primer orden (como alternativa a la variable dependiente retardada).⁷ El resultado respecto a la nota de corte es similar al obtenido en la estimación anterior (significativo y con signo negativo). La tasa de

desempleo es significativa al 10% y con efecto positivo, lo que indica una mayor propensión de las mujeres (o menor propensión de los hombres) a optar por carreras relacionadas con ocupaciones en las que, en promedio, se observan mayores dificultades de empleo. Finalmente las horas trabajadas resultan significativas y con signo negativo. Este resultado indica una mayor propensión de las mujeres a matricularse en aquellas profesiones relacionadas a ocupaciones con jornadas laborales de menor intensidad horaria. No obstante, podría cuestionarse el supuesto de exogeneidad estricta de esta variable, debido a la eventual existencia de feedback entre el grado de feminización de las titulaciones y las horas trabajadas. Supongamos que existe una propensión de las mujeres a trabajar menor cantidad de horas (independientemente de la ocupación), por lo tanto, la mayor matriculación de las mujeres en determinadas titulaciones determinará a posteriori la mayor incidencia del empleo femenino en determinadas ocupaciones y, por esta vía, una menor cantidad de horas trabajadas en dichas ocupaciones. De esta manera es posible una causalidad inversa a la especificada en nuestra ecuación. Una forma de controlar la posible inconsistencia del estimador es mediante la utilización de variables instrumentales.

En la cuarta columna se presenta la estimación del modelo dinámico utilizando los retardos de la variable dependiente y de los restantes regresores como instrumentos de la ecuación en primeras diferencias (GMM). Dicha estimación arroja un coeficiente autorregresivo cercano a 0,5; la nota de corte resulta significativa (al 5%) y con signo negativo similar al la estimación anterior. Por otro lado sólo la tasa de desempleo resulta significativa al 5% y con signo positivo. Este último resultado indica que a menor riesgo de desempleo en una ocupación, mayor es la proporción de hombres matriculados en la carrera universitaria correspondiente. Obsérvese que el número medio de horas trabajadas deja de ser significativo. La consistencia de esta estimación, a diferencia de las anteriores, no exige la exogeneidad estricta de los regresores. Por lo tanto, en el caso concreto de las horas trabajadas la estimación contempla la eventual presencia de *feedback*.8

⁸ En lugar de la exogeneidad estricta se supone que el regresor está predeterminado o es exógeno secuencial, esto es, $E(u_i/x_i, x_{i-1}, ..., x_{i1}, \alpha_i) = 0$ t = 1, 2, ..., T. Obsér-

CUADRO 2.4: Estimación del modelo explicativo de la feminización de las profesiones universitarias (variable dependiente: transformación logística del porcentaje de mujeres en cada ocupación)

	Mínimos cuadrados ordinarios	Efectos fijos	Efectos fijos + error AR (1)	GMM	Estimador entre grupos
f(t-1)		0,1083		0,2936 a	
t-valor		1,4700		3,3000	
Corte	1,0478	−3,2185 °	-5,0121 b	-3,8159 ^b	$2,0041^{\mathrm{b}}$
t-valor	0,6600	-1,9600	-2,5700	-1,4900	0,3200
Corte^2	-0.1327	0,2257	$0,3839^{\rm b}$	-0,3213	-2,1E-07
t-valor	-1,0000	1,6100	2,3100	-1,5100	-0,4100
Tasa	0,0216	0,0188 ^b	0,0197 в	0,0209 ^b	0,0288
de desempleados t-valor	1,6500	2,3000	2,4000	2,1200	0,3900
Horas	-0,1121 a	-0,0283	-0,0284	-0,0185	-0,1157
t-valor	-6,0200	-1,1800	-1,2300	-0,7600	-1,6000
Ciencias de la Salud t-valor	1,5895 ^a 7,2100				1,5912 1,9900
Ciencias Sociales	$0,7746^{\mathrm{a}}$				0,7417
t-valor	5,3500				1,4500
Humanidades	-0,0147				-0,0634
t-valor	-0,0700				-0,0800
Ciencias Experimentales t-valor	0,2346 1,5500				0,2516 0,4700
Ciclo	0,0365				0,0399
t-valor	0,2800				0,0900
Constante	1,5888	11,6897 ^b	16,6939 a	0.0597^{b}	-1,1748
t-valor	0,3300	2,3300	3,6600	3,0400	-0,0600

Sig. a 1%, b 5%, c 10%.

Nota: N = 24 ocupaciones, 9 años (1995-2003).

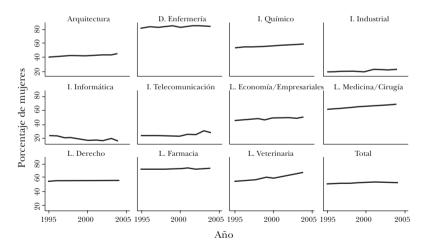
f(t-1) corresponde a la variable dependiente retardada.

Se omite la dummy de la rama de Enseñanzas Técnicas y la dummy de ciclo corto.

vese que esto contempla la posibilidad de feedback (que implica correlación entre u_{ii} y los valores futuros de x_i).

La última columna corresponde a la estimación entre grupos que consiste en estimar una regresión promediando los valores anuales de cada grupo —titulación— y eliminando, por tanto, la dimensión temporal.9 Obsérvese que esta estimación explota la variabilidad de corte transversal y, dependiendo del tipo de datos, es probable que arroje resultados distintos a los anteriores. A su vez, excluye la variable dependiente retardada. Como puede observarse en el cuadro 2.3, la mayor discrepancia respecto a los resultados previos, es el signo positivo y significativo del coeficiente de la nota de corte, lo que indica que la feminización es mayor cuanto más alta es la nota de corte. Por otro lado resultan significativas las horas trabajadas (con igual signo que las restantes estimaciones) y las dummies de rama de actividad, que muestran un perfil similar al comentado más arriba, en las que las titulaciones de la rama Ciencias de la Salud son las que presentan el mayor efecto de grupo.

GRÁFICO 2.6: Evolución del porcentaje de mujeres en algunas titulaciones, 1995-2004



Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia-Consejo de Coordinación Universitaria.

 $^{^9}$ Resultando una regresión con 60 observaciones (titulaciones) a diferencia del panel, donde la cantidad de observaciones es 540 = 60 × 9.

Una alternativa a las estimaciones precedentes es considerar como variable dependiente, en lugar del grado de feminización de las carreras universitarias, ¹⁰ directamente el grado de feminización de las ocupaciones. El cuadro 2.4 presenta los resultados de dicha alternativa. Se consideraron 24 ocupaciones asociadas a las diferentes titulaciones. ¹¹ Los resultados no son muy diferentes, cabe mencionar por ejemplo que las horas trabajadas resultan significativas sólo en una de las estimaciones, mientras que la tasa de desempleo es significativa al 5% en la segunda, tercera y cuarta estimación.

CUADRO 2.5: Porcentaje de mujeres matriculadas según titulación de ciclo largo. Curso 2003/2004

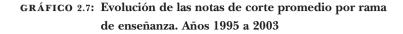
Rama	Titulación	Porcentaje de mujeres	Alumnos
Ciencias Sociales y Jurídicas	Licenciatura en Pedagogía	84,6	13.551
Humanidades	Licenciatura en Traducción e Interpretación	82,5	8.900
Ciencias Sociales y Jurídicas	Licenciatura en Psicología	76,5	57.201
Humanidades	Licenciatura en Filología	75,2	39.088
Ciencias Salud	Licenciatura en Farmacia	73,3	19.778
Ciencias Salud	Licenciatura en Medicina/Cirugía	69,0	29.033
Ciencias Salud	Licenciatura en Veterinaria	67,3	9.410
Ciencias Sociales y Jurídicas	Licenciatura en CC. Información Sección Imagen Audiovisual	65,5	41.419
Ciencias Experimentales	Licenciatura en Biología/CC. Ambientales/CC. del Mar	64,6	42.783
Humanidades	Licenciatura en Bellas Artes	64,2	13.176

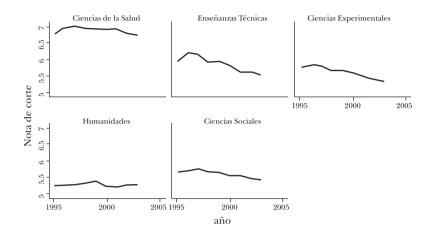
¹⁰ Lo que implica además hacer las respectivas correspondencias con las categorías de ocupación a 3 dígitos de la CON-94 para imputarles luego los valores de tasa de desempleo y horas de trabajo que surgen de la EPA.

¹¹ La nota de corte corresponde al promedio ponderado (por la cantidad de alumnos) de la nota de corte de las titulaciones de cada ocupación.

CUADRO 2.5 (cont.): Porcentaje de mujeres matriculadas según titulación de ciclo largo. Curso 2003/2004

Rama	Titulación	Porcentaje de mujeres	Alumnos
Ciencias Salud	Licenciatura en Odontología	64,0	6.482
Humanidades	Licenciatura en Humanidades	62,8	9.204
Ciencias Experimentales	Licenciatura en Ciencias	59,9	1.639
Ciencias Experimentales	Ingeniero Químico/Licenciatura en CC. Químicas	58,8	36.646
Ciencias Sociales y Jurídicas	Licenciatura en Derecho	55,7	122.502
Sociales y Jurídicas	Licenciatura en CC. Políticas/ Licenciatura en Sociología	55,1	20.858
Humanidades	Licenciatura en Geografía/ Licenciatura en Historia	54,2	44.606
Ciencias Experimentales	Licenciatura en CC. Matemáticas	51,0	8.877
Ciencias Sociales y Jurídicas	Licenciatura en Economía/ Empresariales	50,5	132.743
Enseñanzas Técnicas	Arquitectura	45,1	27.571
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Agrónomo	42,1	8.655
Humanidades	Licenciatura en Filosofía	41,3	8.616
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Montes	39,2	3.181
Ciencias Experimentales	Licenciatura en CC. Físicas/Geológicas	35,9	14.463
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Caminos, Canales y Puertos/I. Geólogo	29,4	10.561
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Telecomunicación	27,5	20.448
Ciencias Sociales y Jurídicas	Licenciatura en CC. Actividad Física Deporte	26,4	9.862
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Minas	26,1	2.373
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Aeronáutico	25,9	2.182
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Naval y Oceánico	24,4	1.001
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Industrial	22,4	34.398
Enseñanzas Técnicas	Ingeniero Informática/ Licenciatura en Informática	17,6	28.583





2.5. Comentarios finales

Los resultados previos muestran, en primer lugar, un importante componente de *path dependence* en la feminización de las profesiones universitarias. En segundo lugar, el efecto de la nota de corte no es robusto a la dimensión de la variabilidad que se considere. Esto es, mientras la participación de las mujeres en la matrícula universitaria tiende a aumentar en aquellas titulaciones que han experimentado una disminución de sus notas de corte, también es cierto que las carreras con mayor nota de corte promedio presentan un mayor grado de feminización.

Por otro lado la tasa de desempleo resulta significativa y con el signo esperado en dos de los tres modelos dinámicos. El resultado indica que a mayor riesgo de desempleo de una profesión mayor es la proporción de mujeres matriculadas en las titulaciones correspondientes. Esta constatación está en línea con la hipótesis de que los hombres ponderan más el riesgo de desempleo (que además probablemente esté correlacionado con el salario) en la selección de una carrera universitaria.

Respecto al número de horas habituales de trabajo, el signo de esta variable es negativo en todas las estimaciones, lo que indicaría una mayor propensión de las mujeres a matricularse en aquellas profesiones asociadas a ocupaciones que presentan una jornada laboral menos extensa. No obstante, este resultado no es robusto en cuanto a la especificación dinámica y al método de estimación. Esto estaría explicado por la eventual endogeneidad de la variable, por lo que su coeficiente, en algunas estimaciones, podría estar indicando correlación más que causalidad.

Bibliografía

- AMMERMÜLLER, A. y A. M. WEBER. «Educational Attainment and Returns to Education in Germany – An Analysis by Subject of Degree, Gender and Region». En ZEW Discussion Paper 05-17. Mannheim: ZEW (Centre for European Economic Research), 2005
- ARELLANO, M. y S. BOND. «Some Tests of Specification for Panel Data: Monte Carlo Evidence and an Application to Employment Equations». Review of Economic Studies 58 (1991): 277-297.
- AVERETT, S. y M. BURTON. «College Attendance and the College Wage Premium: Differences by Gender». *Economics of Education Review* 15 (1996): 37-49.
- Baltagi, B. y J. Griffin. «Short and Long Run Effects in Pooled Models». *International Economic Review* 25 n.º 3 (1984): 631-645.
- BECKER, G. «Human Capital, Effort and the Sexual Division of Labor». *Journal of Labor Economics* 3 n. ° 1 (1985).
- BERGMAN, B. «Occupational Segregation, Wages and Profits When Employers Discriminate by Race and Sex». Eastern Economics Journal 1 (1974).
- BLAU, F. D., P. SIMPSON y D. ANDERSON. «Continuing Progress? Trends in Occupational Segregation in the United States over the 1970s and 1980s». NBER Working Paper 6.716 (1998).
- DUNCAN O. T. y B. DUNCAN. «A Methodological Analysis of Segregation Indexes». American Sociological Review 20 (1955): 210-217.
- HSIAO, C. Analysis of Panel Data. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- Montmarquette, C., M. Meunier, J. Schaeffer y L. Thomas. «Étude Comparée sur la Réussite Universitaire Québec Ontario pour la Période 1994-1996». *Cirano* 2002RP-04 (2002).
- Nickell, S. J. «An Investigation of the Determinants of Manufacturing Employment in the United Kingdom». *Review of Economic Studies* 51 (1984): 529-557.
- PESARAN, M. H. y SMITH, R. «Estimating Long Run Relationships from Dynamic Heterogeneous Panels». *Journal of Econometrics* 68 (1995): 79-113.
- Polachek, W. «Occupational Segregation: A Defense of Human Capital Predictions». Journal of Human Resources 20 n.° 3 (1985).

3. Diferencias de género y temporalidad: el caso de los profesionales superiores en el sector sanitario en España¹

Juan José Dolado Lobregad
Universidad Carlos III de Madrid
Centre for Economic Policy Research (CEPR)
Florentino Felgueroso Fernández
Universidad de Oviedo
Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)
Centre for Economic Policy Research (CEPR)

3.1. Introducción

En la actualidad, varios países experimentan una escasez de oferta de personal clave para el sector sanitario, especialmente en profesiones de nivel educativo medio, aunque también en los niveles educativos superiores.² Esta escasez se produce tanto en el sector hospitalario como en el resto de los servicios de salud, y resulta particularmente considerable en sistemas de sanidad predominantemente públicos (incluyendo Australia, Reino Unido, Canadá y Noruega), pero también en otros con mayor orientación hacia el sector privado (EE. UU.).

Desde la perspectiva del análisis económico, la escasez de personal sanitario cualificado suele explicarse por los amplios y continuos cambios que han acontecido tanto en la demanda como en la oferta de trabajo.³ Por el lado de la demanda cabe destacar tres factores:

¹ Agradecemos los comentarios de los participantes en un seminario en FEDEA.

² Véase Simoens et al. (2005) y Simoens y Hurst (2006).

³ Véase Shields y Ward (2001).

- 1. El proceso de envejecimiento de la población en la mayoría de los países desarrollados ha aumentado gradualmente la demanda de servicios sanitarios.
- 2. El cambio educativo de la población también es un factor determinante del aumento de la demanda de servicios sanitarios,⁴ al aumentar los conocimientos sobre cuestiones relacionadas con la salud.
- Los avances médicos, al expandir la frontera de posibilidades de tratamiento, requieren a su vez de personal con mejor formación.

Como consecuencia de estos fenómenos, la demanda de enfermeras diplomadas y médicos no ha cesado de aumentar.

Por el lado de la oferta, aparecen otro tipo de determinantes:

- 1. El envejecimiento del personal sanitario.
- 2. El cambio demográfico ha reducido el número de alumnos matriculados y titulados.
- 3. La existencia de otras alternativas ocupacionales a la Medicina con mayores salarios relativos y niveles de satisfacción laboral, así como menores cargas laborales y necesidades de formación inicial y continua.⁵

En cualquier caso, la oferta viene limitada por la regulación y por las políticas de formación propias de cada país que pueden provocar desajustes frente al aumento de la demanda de servicios sanitarios de la población.

Diversos estudios realizados en los países escandinavos y en el Reino Unido, muestran que la escasez de personal sanitario está ante todo relacionada con condiciones laborales relativamente precarias, tanto en el sector hospitalario como en el resto de la sanidad pública y privada. Esta precariedad desincentivaría la inversión en capital humano, lo que provoca «cuellos de botella»

⁴ Véase Jiménez-Martín et al. (2003).

 $^{^5}$ Se puede encontrar en Aiken et al. (2000, 2001) evidencia internacional (para seis países) sobre los bajos niveles de satisfacción.

y la necesidad de importar mano de obra procedente de otros países. España se ha caracterizado recientemente por ser a la vez exportadora e importadora de dicha mano de obra. Este hecho, aparentemente paradójico, presenta un cierto paralelismo con los flujos migratorios de los trabajadores de la vendimia, con la importante diferencia de que tiene lugar en mercados de trabajo cualificado.

La primera parte del apartado 3.2 se centra en el análisis de la relación existente entre las diferencias de género en el colectivo de los profesionales superiores de la sanidad con uno de los principales factores asociados a la precariedad laboral en España: la contratación temporal.

En la segunda parte se documentan los principales hechos estilizados necesarios para realizar el análisis. En el apartado 3.2.1, se muestra cómo la feminización de las profesiones superiores de la sanidad ha ido acompañada de una reducción de la oferta educativa y de una menor matriculación de los varones en las facultades de Medicina. En consecuencia, los estudios sobre diferencias de género han de tener en cuenta que las pirámides de edad de las mujeres y varones médicos son muy diferentes, y se deben controlar como, quizás, en ningún otro sector, por los efectos de edad y cohorte. En el apartado 3.2.2, se estudia cómo la feminización se ha producido sobre todo debido a la incorporación de las mujeres tituladas superiores al sector público. Aunque el aumento relativo del número de médicos asalariados o autónomos en el sector privado haya sido mayor que el de asalariados en el sector público, estas categorías laborales siguen siendo predominantemente masculinas. A continuación, el apartado 3.2.3 analiza que las tasas de temporalidad en el sector público prácticamente doblan a las del sector privado, y las de las mujeres también duplican a las de los varones en ambos sectores. Sin embargo, en los últimos años, la tasa de temporalidad femenina en el sector privado también ha ido convergiendo con dicha tasa en el sector público. Este fenómeno se asocia, en el caso de los médicos, a una mayor precariedad del empleo en forma de sucesión de bajas laborales no voluntarias por terminación de contratos, lo que refleja una situación similar a la que se está produciendo en el sector de la construcción, si bien en este caso con trabajadores menos cualificados.

El apartado 3.2.4 considera que también cabe atribuir a la temporalidad una parte importante de las diferencias salariales de género entre los profesionales superiores de la sanidad. Aunque no se observen diferencias sustanciales en los salarios base por hora, estas diferencias se amplían cuando consideramos períodos más largos de percepción de los salarios. En estos casos, los salarios de las mujeres vienen afectados en mayor medida por los días no trabajados. Por ello, con el fin de analizar las diferencias de género en salarios y temporalidad, resulta imprescindible investigar las diferencias en la proporción de tiempo no trabajado, relacionado con la frecuencia de bajas laborales no voluntarias por cese de contrato.

Por otra parte, en el apartado 3.2, se utilizan varios procedimientos econométricos para estimar los determinantes de las diferencias de género en la frecuencia de bajas no voluntarias, así como la influencia de éstas en la proporción de tiempo trabajado a lo largo de la vida laboral. Finalmente, se presentan las principales conclusiones de este capítulo.

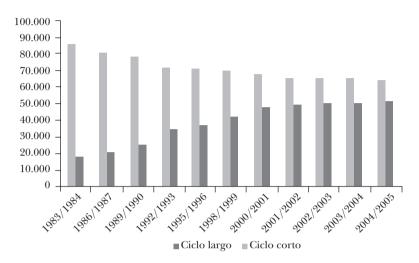
3.2. Feminización de los sectores público y privado: salarios y temporalidad en España

3.2.1. La feminización de la oferta de trabajo

La feminización de la oferta de trabajo de profesionales de la salud en España se ha producido a lo largo de las últimas dos décadas como resultado de dos procesos distintos. Por una parte, el número de alumnos de estudios de ciclo corto en Ciencias de la Salud casi se ha triplicado entre mediados de los años ochenta y principios de este siglo. La presencia de mujeres en este grupo de estudios ha sido tradicionalmente mayoritaria, especialmente en el campo de la Enfermería. El número de alumnos de ciclo largo, por su parte, ha disminuido en un 20% durante este período, por lo que ha aumentado sustancialmente la proporción de mujeres en este tipo de estudios (véase gráfico 3.1).6

 $^{^6\,}$ Los datos de alumnos matriculados en Ciencias de la Salud aproximan bastante bien la composición de la titulados del sector, dado que, según el MEC, son los estudos del sector.

GRÁFICO 3.1: Alumnos matriculados de Ciencias de la Salud: ciclo corto *versus* ciclo largo (cursos: 1983/1984-2004/2005)



Fuente: MEC.

De hecho, una de las pautas más interesantes de la feminización de los profesionales de la sanidad es el aumento espectacular de la presencia de mujeres con titulaciones universitarias superiores, especialmente en Medicina. Este hecho se puede documentar utilizando los datos de la EPA (véase el cuadro 3.1 y el

dios que presentan la mayor tasa de éxito y la menor tasa de abandono, probablemente por la elevada motivación vocacional de los mismos, así como una selección previa con un númerus clausus que exige notas de entrada elevadas. Por otra parte, no resulta sencillo realizar un análisis de los motivos que inducen a los jóvenes a estudiar Ciencias de la Salud, dado que al númerus clausus severo se une el hecho de que este tipo de estudios universitarios son los que mayor brecha presentan entre demanda y oferta. En el curso 2004/2005, las ratios entre número de preinscritos y oferta de plazas era de un 316% en el caso de los estudios de ciclo largo y un 270% en los de ciclo corto, muy lejos de los demás tipos de carrera universitaria que, en algunos casos se acerca al 100% y, en la mayoría, presentan un importante exceso de oferta. En cualquier caso, los datos sobre profesionales colegiados indican que, fruto de este tipo de regulación de la oferta de trabajo a lo largo de los últimos 10 años, el número de diplomados en Enfermería ha comenzado a superar ampliamente al de los médicos, cuya tasa de crecimiento ha sido netamente inferior.

gráfico 3.2) o los de médicos colegiados (gráfico 3.3). A partir de estas fuentes de información, se constata que se ha alcanzado en la actualidad la «paridad» de género entre la población con este tipo de estudios y edad inferior a 65 años. En el cuadro 3.1, se observa cómo, entre las cohortes de 55 a 64 años, sólo encontramos un 30% de mujeres, cifra similar al resto de estudios con titulaciones superiores. Sin embargo, la feminización entre los profesionales de la sanidad ha sido muy superior al resto de estudios superiores a lo largo de los últimos treinta años: más de 37 puntos en el caso de las Ciencias de la Salud (un 67,4% de las mujeres de 25-34 años) frente a unos 25 puntos en las demás titulaciones.

CUADRO 3.1: Población con estudios en Ciencias de la Salud: proporción de mujeres en cada cohorte y nivel educativo y distribución de personas por cohortes de edad para cada sexo y nivel educativo

	mujeres e	Proporción de cada mujeres en cada cohorte de edad		Distribución de personas por cohortes de edad para cada sexo							
	CC.	Todos	C	C. de la Sal	ud	Too	dos los esti	ıdios			
	de la Salud	los estudios	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos			
Formació	n profesional	de grado 1	nedio								
25-34	85,5	48,2	53,4	47,7	48,5	43,2	52,9	47,4			
35-44	88,3	43,6	29,6	33,9	33,3	32,9	33,5	33,2			
45-54	87,5	34,5	13,7	14,6	14,5	15,4	10,7	13,3			
55-64	88,5	20,6	3,3	3,8	3,8	8,6	2,9	6,1			
25-64	86,8	43,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
Formació	n profesional	de grado s	superior								
25-34	86,4	48,3	44,8	31,4	32,7	43,5	38,6	40,9			
35-44	90,9	52,2	34,5	38,2	37,9	35,6	36,8	36,2			
45-54	93,8	57,2	13,7	22,8	21,9	13,9	17,6	15,8			
55-64	90,8	51,3	7,0	7,5	7,5	7,0	7,0	7,0			
25-64	90,1	51,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			

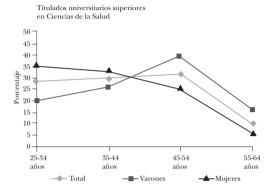
CUADRO 3.1 (cont.): Población con estudios en Ciencias de la Salud: proporción de mujeres en cada cohorte y nivel educativo y distribución de personas por cohortes de edad para cada sexo y nivel educativo

	Proporció mujeres e cohorte de	n cada	Distribución de personas por cohortes de edad para cada sexo					
	CC.	Todos	CO	C. de la Sal	ud	Too	los los estu	ıdios
	de la Salud	los estudios	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Diplomad	os universitar	ios						
25-34	77,9	58,7	37,1	34,8	35,3	41,6	44,3	43,1
35-44	78,5	58,4	26,1	25,4	25,6	25,9	27,2	26,6
45-54	81,2	58,6	26,2	30,2	29,4	18,5	19,5	19,1
55-64	77,2	46,3	10,6	9,6	9,8	14,0	9,0	11,2
25-64	79,0	57,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Titulados	superiores ur	niversitario	s					
25-34	67,4	55,0	19,8	35,7	28,3	37,6	48,0	42,7
35-44	59,5	50,8	25,6	32,8	29,5	30,4	32,8	31,6
45-54	42,9	39,4	38,9	25,5	31,7	20,6	14,0	17,4
55-64	30,3	30,2	15,7	5,9	10,5	11,4	5,1	8,3
25-64	53,4	48,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Formació	n profesional	y titulados	universit	arios				
25-34	79,0	53,0	29,7	36,2	34,6	41,0	46,0	43,5
35-44	78,7	51,0	27,0	32,2	30,9	31,1	32,1	31,6
45-54	70,9	47,4	30,9	24,4	26,0	17,5	15,7	16,6
55-64	64,3	37,6	12,5	7,3	8,5	10,4	6,2	8,3
25-64	75,6	50,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

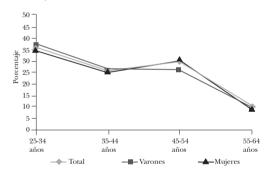
Fuente: EPA 2004 (media de los cuatro trimestres).

Este aumento de la feminización, combinado con la reducción de la oferta educativa en titulaciones superiores de Ciencias de la Salud ha dado lugar a unas pirámides de edad muy diferentes a las existentes en otras titulaciones superiores o de inferior nivel en las que la progresiva feminización se ha visto acompañada de un aumento de la oferta educativa.

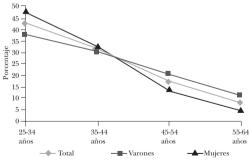
GRÁFICO 3.2: Distribución por cohortes de edad de la población menor de 65 años para cada sexo: titulados superiores y diplomados universitarios en Ciencias de la Salud y todos los titulados superiores universitarios (incluyendo los de Ciencias de la Salud, para cada sexo)







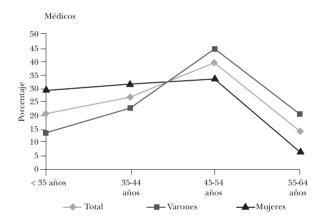


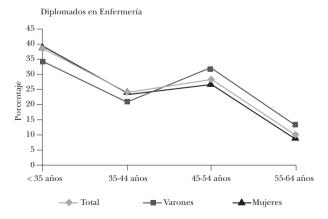


Fuente: EPA (2004, medias de los cuatro trimestres).

Mientras que la gran mayoría de profesionales de ambos sexos tienen menos de 45 años en el resto de estudios, entre los varones titulados superiores de Ciencias de la Salud y, en particular, entre los médicos, más de la mitad de los varones tiene más de 45 años (un 40% entre 45 y 54 años), al tiempo que las mujeres de esta edad no llegan a un tercio (véase gráfico 3.2 con datos de la EPA y gráfico 3.3 con datos de médicos colegiados).

GRÁFICO 3.3: Distribución de los profesionales colegiados por grupo de edad, para cada sexo y profesión (menores de 65 años, 2005)





Fuente: INE.

En definitiva, la feminización de los titulados superiores de Ciencias de la Salud ha crecido en una mayor proporción que en los demás estudios. Ello se ha debido no sólo a una mayor incorporación de mujeres a las facultades de Medicina, sino también a una reducción del número de varones matriculados, todo ello en un contexto de reducción de la oferta educativa.

3.2.2. Feminización del empleo: sector público *versus* sector privado

Para analizar la evolución empleo, hemos de tener en cuenta que existe una elevada tasa de pluriempleo entre los profesionales superiores de la sanidad, ⁷ lo que implica la necesidad de utilizar distintas unidades de medida que permitan distinguir entre individuos empleados y puestos de trabajo. En concreto, en el cuadro 3.2 se proponen tres tipos de unidad de medida:

- 1. Los individuos en función de su empleo principal.
- 2. Los individuos considerados como unidad en cada uno de los sectores en los que estén empleados.
- 3. El empleo equivalente a tiempo completo.8

El número de profesionales de la sanidad se ha doblado prácticamente entre 1994 y 2006, con independencia de la unidad de medida utilizada. Exceptuando el grupo clasificado como «Otros profesionales de nivel superior», puede observarse como el aumento de los profesionales de nivel no superior ha sido mayor, especialmente entre los técnicos sanitarios y los auxiliares de enfermería. Sin embargo, este aumento no se debe al sector de actividades sanitarias donde esta categoría incluso ha perdido peso.

De hecho, cerca de la mitad de los auxiliares están empleados fuera del sector cuando, hace una década, el 80% de los mismos estaba empleado en las actividades sanitarias. En definitiva, el mayor aumento de la demanda de profesionales sanitarios se debe a actividades no sanitarias, especialmente aquellas relacionadas con

⁷ Veáse Dolado y Felgueroso (2007).

⁸ Definido aquí de forma similar a la utilizada por la OCDE y Eurostat: el número total de horas dividido por la media de horas semanales del tiempo completo en los empleos principales para cada ocupación a tres dígitos.

auxiliares de enfermería y titulaciones de FP. Por otra parte, la variación más notable en la distribución del empleo por profesiones en el sector de la sanidad es la disminución del peso de los auxiliares de enfermería debido a un mayor empleo de enfermeros diplomados. Ello podría explicarse por el progresivo aumento de la demanda de tareas que requieren mayor cualificación, a consecuencia del progreso tecnológico.

En el cuadro 3.2, también queda reflejado cómo la feminización de la oferta de trabajo en los niveles superiores de cualificación se ha traslado a la composición de los empleos por sexos, especialmente como consecuencia del mayor peso de las mujeres en las titulaciones superiores de médicos y odontólogos.9

Otros hechos destacables son los relacionados con los cambios que se han producido en el sector público y privado, así como en las categorías laborales de asalariados y autónomos. En los cuadros 3.3 y 3.4, se muestran estos cambios utilizando la unidad de medida de empleo equivalente a tiempo completo. El aumento del empleo de los asalariados del sector privado se ha duplicado prácticamente durante la última década, y el aumento del empleo de los médicos y odontólogos es mayor que en el sector público. Aún ha sido mayor el aumento de médicos autónomos, si bien esta categoría laboral todavía es preponderantemente masculina (sólo un 28% son mujeres).

⁹ Si incluimos también las actividades y profesiones veterinarias, la EPA nos permite ampliar el estudio de la evolución de la feminización del empleo en los últimos 25 años. El peso de las mujeres en las actividades sanitarias y entre los profesionales de la sanidad no ha parado de crecer, más incluso que su participación en el empleo total de la economía española. En la actualidad, un 70% de las personas empleadas en las actividades sanitarias son mujeres y un 73% entre los profesionales de la sanidad, frente al 41% para toda la economía española. El aumento de esta ratio entre los profesionales de la sanidad ha sido de 25 puntos en los últimos veinticinco años, el doble que el aumento registrado con respecto a toda la economía. Por otra parte, el peso de las profesiones sanitarias en el empleo femenino se ha multiplicado por cuatro desde el último cuarto de siglo. En la actualidad, representa entre 7% y 8% del empleo femenino, mientras que sólo supone un 4% del empleo total de ambos sexos. Los titulados universitarios superiores llegaron a constituir un 18% del empleo total a mediados de los años ochenta (una cuarta parte para las mujeres), mientras que en la actualidad siguen representando entre un 9% y un 10% para la población total y para la femenina, respectivamente.

CUADRO 3.2: Evolución del empleo de los profesionales de la salud, distintas unidades de medida

		Índice de base	le base	Domogra	Donocator o cictacono	2000				Domograf	Domoinum of cintercond	3000
		100 en 1994	1994	LOICE	aje acuv	idades	Peso de	Peso de cada ocupación	ıpación	LOICEIL	aje ue m	ujeres
		(Todas las actividades) ^a	s las ades) ^a	san	santarias para cada ocupación ^b	ıra ón ^b	en activi	en actividades sanitarias°	nitarias°	para ca (Activid	para cada ocupacion (Actividades sanitarias)	icion tarias)
		2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006
Unid	Unidad: persona, en la actividad del empleo principal											
212	Médicos y odontólogos	140	164	91	95	95	28	30	28	30	36	39
214	Farmacéuticos	126	159	7	12	10	1	П	1	94	98	09
219	Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	137	468	41	28	99	0	0	1	72	99	87
272	Enfermeros	149	184	95	86	93	30	32	32	83	85	87
313	Técnicos de sanidad	141	242	55	54	20	6	10	12	84	74	89
511	Auxiliares de enfermería y asimilados	137	193	80	99	55	32	27	25	87	95	95
	Total	141	192	79	74	69	100	100	100	69	20	73
Unid	Unidad: persona en cada actividad											
212	Médicos y odontólogos	140	167	06	91	91	28	30	28	30	36	38
214	Farmacéuticos	125	157	_∞	12	10	1	1	1	95	98	09
219	Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	137	468	41	28	99	0	0	1	72	99	87
272	Enfermeros	151	184	95	68	95	30	32	31	83	85	87
313	Técnicos de sanidad	142	245	55	54	20	6	10	12	84	74	89
511	Auxiliares de enfermería y asimilados	137	193	80	99	55	32	27	25	87	95	95
	Total	141	193	78	74	69	100	100	100	69	20	72
Unid	Unidad: empleo equivalente a tiempo completo											
212	Médicos y odontólogos	143	176	91	93	93	56	32	31	56	34	40
214	Farmacéuticos	121	156	7	10	10	1	1	1	94	84	59
219	Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	134	483	41	30	26	0	0	1	74	89	87
272	Enfermeros	149	182	95	88	95	30	32	32	85	85	87
313	Técnicos de sanidad	141	238	54	55	49	6	6	12	85	72	29
511	Auxiliares de enfermería y asimilados	135	187	81	99	26	32	56	25	98	95	91
	Total	141	189	79	74	20	100	100	100	69	69	71

Notas: (a) Variación del empleo para cada ocupación en todas las actividades (sanitarias y no sanitarias); (b) Porcentaje de empleo de cada ocupación en las actividades sanitarias sobre el total de empleo de cada ocupación; (c) Distribución del empleo por ocupaciones en las actividades sanitarias. Actividades sanitarias: CNAE-1993: 851; Ocupaciones: CNO-1994 (grupo): (1) 212, 214 y 219, (2) 272, (3) 312 y 313 y (4) 511.

No obstante, el sector público representa en la actualidad un 66% del empleo equivalente a tiempo completo de los médicos, frente al 11% y al 23% del empleo de los asalariados en el sector privado y los autónomos, respectivamente. En el sector público, también destaca una mayor incidencia y aumento de la feminización de los niveles profesionales superiores: un 45% de los médicos del sector eran mujeres en el 2006, 13 puntos más que en el año 1994.

CUADRO 3.3: Situaciones laborales en el empleo principal: sector público, sector privado, empleo equivalente a tiempo completo, actividades sanitarias (médicos y odontólogos)

		e base n 1994	de la lab	centaje s el total es situaci orales p a ocupa	iones ara	en ca	taje de 1 ada situa al y ocup	ación	
	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006	
Asalariados del sector público	139	163	73	69	66	32	34	45	
Asalariados del sector privado	200	185	11	15	11	24	47	35	
Autónomos	144	248	16	16	23	19	26	28	
Total	146	180	100 100 100		100	29 35		40	

Fuente: EPA.

3.2.3. La temporalidad y las bajas no voluntarias

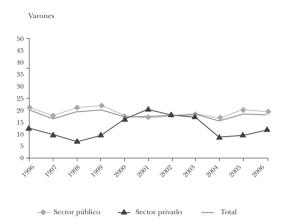
Otro hecho característico de los profesionales de la sanidad es la elevada tasa de temporalidad del empleo asalariado y su diferente incidencia por género. En el gráfico 3.4, se muestran las tasas de temporalidad de los médicos y odontólogos, para cada sexo, con la distinción entre sector público y sector privado. Como puede observarse, dichas tasas se han mantenido estables en el sector público, tanto para los varones cómo para las mujeres, mientras que las del sector privado han tenido una evolución distinta para cada sexo.

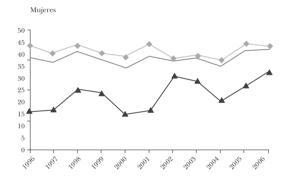
CUADRO 3.4: Situaciones laborales de los profesionales de la sanidad: sector público, sector privado, empleo equivalente a tiempo completo, actividades sanitarias. Evolución 1994-2006

			D					
	Índic	e base	P	orcenta	ije		centaje	
	100 e	n 1994		e el tot			eres en	
				situacio			ción la	
				orales p		y c	cupaci	ón
				ocupa		/T TI		
	2222				ector p		2222	
	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006
Médicos y odontólogos	139	163	73	69	66	32	34	45
Enfermeros	137	167	86	84	81	82	81	87
Técnicos de sanidad	82	120	68	41	37	91	78	68
Auxiliares de enfermería y asimil.	104	113	71	67	61	88	91	94
Total	85	146	83	69	66	71	100	74
		Asala	riados	del se	ctor p	rivado		
	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006
Médicos y odontólogos	200	185	11	15	11	24	47	35
Enfermeros	156	227	14	15	18	86	86	88
Técnicos de sanidad	185	348	25	34	40	76	79	79
Auxiliares de enfermería y asimil.	129	174	28	33	37	82	93	84
Total	173	290	15	25	23	99	98	77
			Aı	utónon	nos			
	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006
Médicos y odontólogos	144	248	16	16	23	19	26	28
Enfermeros	696	2.089	0	0	1	0	92	72
Técnicos de sanidad	528	756	6	25	22	51	53	45
Auxiliares de enfermería y asimil.	65	488	0	0	1	55	100	85
Total	211	789	2	5	10	60	78	37
Total	2000	2006	1994	2000	2006	1994	2000	2006
Médicos y odontólogos	146	180	100	100	100	29	35	40
Enfermeros	140	177	100	100	100	82	82	87
Técnicos de sanidad	136	217	100	100	100	84	72	67
Auxiliares de enfermería y asimil.	110	131	100	100	100	86	92	90
Total	101	183	100	100	100	75	98	71

Fuente: EPA.

GRÁFICO 3.4: Tasas de temporalidad en los sectores público y privado. Médicos y odontólogos (1996-2006)





Fuente: EPA.

En el caso de los varones, han sido prácticamente similares a las del sector público durante el período 2000-2003, y han revertido desde entonces a niveles similares a los de la segunda mitad de los años noventa, casi 10 puntos por debajo de las del sector público. En cuanto a las mujeres, las tasas de temporalidad han seguido una tendencia creciente que las han acercado recientemente a las del sector público (la diferencia se ha reducido de 30 a 10 puntos durante la última década). En cualquier caso, las tasas de temporalidad de los varones han sido tradicionalmente menores que las de las mujeres: la mitad en el sector público, mientras que, en el sector privado, es casi tres veces menos en los últimos años.

Una tasa de temporalidad tan elevada parece estar relacionada con el extraordinario número de bajas no voluntarias debidas a finalización de contratos que se han producido en la sanidad en los últimos 15 años. En el cuadro 3.5, se presenta el número de bajas laborales para una submuestra de 7.717 individuos de la Muestra Continua de Vidas Laborales del año 2005, que trabajaron como titulados superiores (grupo de cotización 1) en el sector de la sanidad. Se observa que la causa más común es la «baja no voluntaria» asociada generalmente con la finalización de un contrato de trabajo en un establecimiento determinado. Este tipo de bajas supera las 160.000 a lo largo de las vidas laborales de las personas que constituyen la muestra, lo que supone un 84,5% de las bajas en el caso de los varones y un 91,8% en el caso de las mujeres, con una media de 12 y 15,6 bajas por persona, respectivamente.

CUADRO 3.5: Número de bajas en la muestra por tipo de causa

Causa de la baja	Varones	Mujeres
Voluntaria del trabajador	5.119	3.380
No voluntaria	68.552	92.776
Por fusión-absorción	95	57
Por fallecimiento	12	2
Por pase a la situación de pensionista	386	37
Por servicio militar	64	5
Excedencia voluntaria-forzosa	122	107
Por huelga legal	2.335	1.110
Por agotamiento de incapacidad transitoria	36	19
Excedencia cuidado de hijos	14	116
Por pase a regulación de empleo	2	
Excedencia cuidado familiares	6	1
Por revisión socio-sociedad	7	2
Por suspensión distinta de las anteriores	19	44
De oficio revisión circunstancias	381	330
Por pase a otro régimen de la Seguridad Social	16	1
Por modificación contrato o coeficiente	111	169
Otras causas	1.225	705
Total	81.106	101.099

Fuente: Muestra Continua de Vidas Laborales.

¹⁰ Los datos utilizados para este capítulo proceden de los ficheros de la Muestra Continua de Vidas Laborales del 2005, base de datos recientemente creada por la

En el cuadro 3.6, se presentan el número medio de bajas voluntarias por persona, así como el número medio de bajas voluntarias y el de establecimientos a lo largo de su vida laboral, para cada sexo y grupo de edad. El número medio de bajas no voluntarias crece para ambos sexos hasta los 35-39 años y luego decrece. En cualquier caso, siempre es mayor para las mujeres que para los hombres, y alcanza una diferencia de género máxima a los 40-44 años. Por el contrario, los varones tienen un mayor número de bajas voluntarias originadas generalmente por cambios de empresa, que adquiere también una diferencia máxima con las mujeres entre 40 y 44 años. El número medio de centros de trabajo es similar o incluso superior para las mujeres hasta los 39 años, y pasa a ser superior para los hombres hasta los 59 años.

CUADRO 3.6: Número medio de bajas no voluntarias y voluntarias, empresas y provincias trabajadas en el grupo 1 del sector de la sanidad, por sexo y grupo de edad (empleados en el año 2006)

	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Total
Número n	nedio de l	oajas no	voluntar	ias como	asalaria	ido de la	sanidad	l	
Varones	1,92	8,55	27,82	18,15	15,30	7,70	6,23	2,16	12,00
Mujeres	1,76	13,04	30,30	21,95	19,54	7,36	6,90	2,33	15,57
Número n	nedio de l	oajas vol	untarias	como as	alariado	de la sa	nidad		
Varones	0,10	0,41	0,56	0,72	0,72	0,70	0,82	0,62	0,63
Mujeres	0,08	0,39	0,52	0,58	0,59	0,58	0,63	0,55	0,47
Número n	nedio de e	empresas	s como a	salariad	o de la sa	anidad			
Varones	1,22	2,18	3,14	3,44	3,30	3,06	2,70	2,35	2,87
Mujeres	1,19	2,29	3,15	3,15	3,06	2,81	2,46	2,42	2,61

Tesorería de la Seguridad Social. Las personas integradas en la muestra representan alrededor de un 4% de las que mantuvieron algún tipo de relaciones económicas con la Seguridad Social a lo largo del año 2005. Para estos individuos, se dispone de las trayectorias laborales completas hasta junio del 2006. En la submuestra utilizada en este trabajo, se incluyen también los que han trabajado en otros grupos de cotización de la Seguridad Social en el sector de la Sanidad (CNAE: 851).

3.2.4. Los sistemas de determinación de salarios y las diferencias salariales por sexos

El estudio de la evolución de los salarios y, más en concreto, de las diferencias salariales entre los profesionales de la sanidad en España, presenta dos importantes limitaciones: los sistemas de determinación salarial del sector público y del privado difieren y, en el sistema público de salud, se están aún negociando salarios como consecuencia de las transferencias en la gestión del mismo a las comunidades autónomas.

En España, tradicionalmente han existido dos formas de determinación salarial en función del tipo de sector al que perteneciese la institución sanitaria. En el sector público, definido como el antiguo sistema de INSALUD, los salarios se fijaban mediante las leyes de presupuestos con diferentes complementos por comunidades autónomas en función de que ya se hubiera transferido la gestión del sistema de salud público. En el resto de establecimientos, definidos a efectos salariales como *sector privado*, los salarios se determinan mediante convenios colectivos de ámbito provincial. A la vista de estos dos sistemas salariales, Baños, Campal y Felgueroso (2004) han mostrado que, en los años noventa, se produjo una convergencia salarial en el sector privado entre provincias y entre ambos sectores, esto es, convergencia interprovincial en el sector privado y reducción de la brecha público/privado en el sector sanitario, donde los salarios del primer sector fueron tradicionalmente superiores a los del segundo.

En cuanto a los procesos de transferencia de competencias en materia de Sanidad a las comunidades autónomas, más que proceder a una homologación y posible convergencia, se están fijando en cada una de ellas salarios fijos, complementos de productividad y por horas extraordinarias (guardias) muy dispares y con complementos y requisitos distintos por carreras profesionales y exclusividad. Hidalgo y Mata (2004) han realizado un estudio detallado de las diferencias entre comunidades autónomas en las retribuciones de los médicos españoles, en el que muestran la existencia de importantes variaciones en los diferentes modelos retributivos vigentes en la actualidad en España. Las diferencias

¹¹ En concreto, dichos autores cuantificaron las diferencias salariales inter-comunidades autónomas de los salarios de los médicos del sistema público de salud, com-

se han ido ampliando en varios conceptos, según las características específicas de cada profesional médico. Los complementos de rendimiento e incentivos por calidad o productividad, al igual que la retribución de las horas extraordinarias, se han negociado de forma muy diversa por lo que también son muy variables. La conclusión más interesante de este estudio es que puede llegar a existir un 30% de diferencia salarial para el mismo tipo de médico en función del servicio de salud en que preste sus servicios.

Por otra parte, existen comparaciones internacionales que sitúan las retribuciones de los médicos españoles como las más reducidas en la Unión Europea. Estas diferencias se irían ampliando a lo largo de la vida laboral. Por ejemplo, los salarios medios de los médicos al inicio de la vida laboral en el Reino Unido (uno de los lugares preferentes en las migraciones de los médicos españoles) serían unas 2,5 veces superiores a los vigentes en España y 3,3 veces al final de la misma. De hecho, esta característica también parece ser la que diferencia los salarios de los médicos españoles respecto de la de los portugueses, italianos y franceses. Al principio de la trayectoria laboral son muy similares a los de los españoles pero, al final de la misma, se sitúan entre 1,6 y 2,3 veces por encima.

No existen, sin embargo, estudios que analicen las diferencias salariales de género entre profesionales superiores de la sanidad y, más en concreto, que expliquen qué parte de dichas diferencias se debe a una distinta composición por características de los empleados de cada sexo y qué parte se debe a diferencias en los rendimientos de sus características. Este análisis se puede realizar con los microdatos de la Encuesta de Estructura Salarial (EES), siguiendo procedimientos estándar en economía laboral.12

parando los distintos modelos retributivos existentes en cada comunidad para determinados tipos de médicos, definiendo unas condiciones idénticas para cada uno de ellos, es decir, aplicando las retribuciones que una serie de médicos tipo (según sea de atención primaria o especializada, funcionario o interino, tenga la misma antigüedad, un mismo número de guardias y exclusividad) percibirían, realizando las mismas funciones, en cada uno de los distintos servicios de salud.

¹² En concreto, se realizan regresiones por el método de mínimos cuadrados ordinarios de ecuaciones salariales mincerianas, una para cada sexo (la variable dependiente es el logaritmo salarial y las independientes intentan captar el stock de capital humano de las personas). A continuación, con los resultados de estas regresiones, se calcula la conocida descomposición de Oaxaca-Blinder que permite separar las diferencias salariales medias entre hombres y mujeres en dos partes: una debida a diferencias

Al llevar a cabo este ejercicio con los datos del 2002 (EES-2002), obtenemos los siguientes resultados más significativos:

- Las diferencias salariales de genero en el sector sanitario ascienden al 38%, por lo que resultan las segundas más elevadas entre los doce sectores que permite distinguir la EES-2002 (sólo algo inferiores al sector financiero). También es el sector en el que dichas brechas salariales se explican en mayor medida por las diferencias en la composición del nivel educativo de los trabajadores, debido esencialmente a la presencia mayoritariamente masculina en las ocupaciones con salarios más elevados (médicos) y a la femenina en ocupaciones con salarios más bajos (enfermeras, auxiliares, etc.).
- Entre los titulados universitarios superiores, las diferencias salariales se explican en gran medida por el efecto composición de edad: la mayor presencia de varones de edad avanzada y la menor presencia de mujeres más jóvenes en este grupo de titulados (hecho que se ilustró al principio de esta sección).
- Al realizar las estimaciones para distintos tipos de salarios —tales como el salario hora base, el salario total por hora, el salario por mes o por año— así como para cada tipo de ocupación, obtenemos que las diferencias salariales de genero presentan gran variabilidad (véase cuadro 3.7). Las diferencias de género en los salarios base son muy reducidas, y son incluso superiores para las mujeres en las profesiones de enfermeros y auxiliares. Además, se explicarían sólo por las diferencias en características. Sin embargo, las diferencias salariales a favor de los hombres pasan a ser significativas cuando se incorporan complementos (productividad, guardias, etc.) y se consideran los salarios percibidos en períodos de tiempo más amplios. Así, para los titulados superiores, la diferencia pasa del 6,3% a favor de los varones en el salario base por hora al 19,1% en el salario total anual. Un incremento tan notable también se observa entre los auxiliares, pero no entre los profesionales de nivel medio de la sanidad. Además, en el

medias de las características de cada sexo y otra que se refiere a un distinto rendimiento de estas características.

caso de los profesionales de nivel superior, las diferencias de género en los salarios anuales se explicarían por partes iguales en función de las diferencias en características y las diferencias en los rendimientos.

CUADRO 3.7: Diferencias salariales medias entre varones y mujeres por tipo de salario¹

	Salario base hora/mes	Salario total hora/mes	Salario mes	Salario año
Prof. Nivel	6,3	15,7	14,7	19,1
Sup.	(-2,3)	(46,3)	(42,8)	(50,3)
Prof. Nivel	-3,7	5,6	5,8	5,3
Medio	(27,5)	(58,7)	(51,6)	(73,1)
	-3,7	11,9	15,8	18,1
Auxiliares	(-11,9)	(39,6)	(39,9)	(27,9)

¹ Calculado por método de descomposición de Oaxaca-Blinder (medias), variables independientes: especialización educativa (para profesionales de nivel superior) y niveles educativos (para auxiliares), antigüedad en la empresa, tamaño centro, público/privado, antigüedad, temporalidad, CC. AA., meses afectados salario anual. Profesionales de nivel superior, CNO = 21: profesiones asociadas a titulaciones de 2.º y 3.º ciclo universitario, Ciencias Naturales y Sanidad; profesionales de nivel medio, CNO = 27: auxiliares, CNO = 51: profesionales asociadas a titulaciones de 1.º ciclo universitario en Ciencias Naturales y Sanidad; 51: trabajadores de los servicios personales.

Fuente: Encuesta de Estructura Salarial (2002).

• La parte más importante del efecto composición en los profesionales de nivel superior se debe a las diferencias en las tasas de temporalidad de hombres y mujeres, que contribuyen en un 30% a explicar las diferencias salariales anuales de los titulados superiores. Las diferencias son más pronunciadas para los salarios totales y, especialmente, para los anuales. Como puede observarse en el cuadro 3.8, los coeficientes estimados —interpretables como diferencias salariales entre un trabajador indefinido y uno temporal— son muy similares para cada sexo y aumentan a medida que pasamos de los salarios base por hora hasta los salarios anuales. Otra

variable importante es si el empleo tiene lugar en el sector público o en el privado. Se observa aquí también que los coeficientes estimados no son muy diferentes entre sexos. En ambos casos, las diferencias se producen en los salarios por hora/mes y en los salarios mes, pero no son significativas para los salarios base mes, ni para los salarios anuales. Finalmente, también se observa un comportamiento similar de los salarios en su relación con la antigüedad en la empresa para cada sexo. Cuando se usa el salario base hora, no se observan efectos significativos hasta pasados unos 10 años (para las mujeres) o 15 años (para los varones), mientras que para los salarios hora/mes y salario mensual total ya se observan diferencias por antigüedad a partir del primer quinquenio. En el salario anual total, las diferencias ya son observables desde el primer año.

CUADRO 3.8: Coeficientes de las regresiones de ecuaciones salariales

(mínimos cuadrados ordinarios, profesionales superiores de la sanidad)

		o base /mes		o total /mes		ario les	Salari	io año
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Sector Público	0,05	0,03	0,21 a	0,20ª	0,20 a	0,20 a	0,10	0,06
Contrato temporal	-0,05	-0,03	-0,27 ª	-0,24ª	-0,29ª	-0,26ª	-0,32ª	-0,31 a
Antigüedad:								
< 1 años	_	_	_	_	_	_	_	_
1-2 años	-0,01	0,00	0,02	0,01	0,02	0,01	0,29 a	$0,32^{\mathrm{a}}$
3-4 años	-0,04	-0,06	0,06	-0,01	0,05	-0,02	0,33ª	0,33 a
5-9 años	0,05	0,03	$0,15^{\mathrm{a}}$	$0,15^{\mathrm{a}}$	$0,14^{\mathrm{a}}$	$0,15^{\mathrm{a}}$	0,42 a	0,52 a
10-14 años	0,03	$0,10^{\mathrm{c}}$	$0,15^{\mathrm{a}}$	0,18a	$0,15^{\mathrm{a}}$	0,15 a	0,42ª	0,53 a
15-19 años	0,19 a	$0,13^{c}$	0,20 a	0,26ª	0,21 a	0,24ª	0,49 a	0,58 a
20-24 años	0,26 a	0,29 a	0,28 a	0,25 a	$0,24^{\mathrm{a}}$	0,26 a	0,55 a	$0,65^{\mathrm{a}}$

Notas: Variables independientes: especialización educativa, antigüedad en la empresa, tamaño centro, publico/privado, antigüedad, temporalidad, CC. AA., días (meses) afectados en el salario mensual (anual) por no haber trabajado.

Fuente: Encuesta de Estructura Salarial (2002).

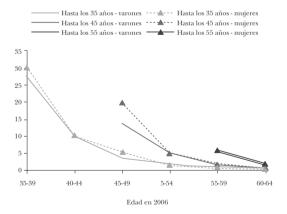
^a significativo al 1%; ^b significativo al 5%; ^c significativo al 10%.

3.3. Diferencias de género en las bajas laborales no voluntarias

En el apartado anterior, se documentaron las importantes diferencias salariales de género que pueden ser motivas por efectos composición por edades, pero también por las distintas tasas de temporalidad entre hombres y mujeres. Estas tasas de temporalidad, a su vez, están muy asociadas con el elevado número de bajas no voluntarias entre los profesionales superiores de la sanidad.

En esta sección se analizan en mayor detalle las diferencias de género en relación con este fenómeno. En primer lugar, con el propósito de aislar posibles efectos cohorte, utilizamos los historiales laborales de la Muestra Continua de Vidas, analizando cuál ha sido el número de bajas laborales voluntarias y no voluntarias, así como el número de establecimientos en los que trabajaron los individuos de la submuestra en el sector de la sanidad desde el inicio de su vida laboral hasta el momento en el que cumplieron los 35, 45 y 55 años. Estos resultados se presentan en los gráficos 3.5, 3.6 y 3.7, en cuyos ejes de abscisas aparecen las edades de las personas a mediados del año 2006.

GRÁFICO 3.5: Número de causas de baja no voluntaria



Tal como se observa en el gráfico 3.5, el número medio de bajas no voluntarias, o por cese de contrato, ha aumentado de forma notable, sobre todo durante la última década. Para los médicos más jóvenes (los que acaban de cumplir 35 años), este número ya supera la media de 25 bajas no voluntarias, cuando para los que nacieron sólo cinco años antes, sólo era de 10, y, para los que nacieron en la década anterior sólo era de 5. Si nos remontamos más allá en el tiempo, para los médicos que cumplieron 35 años a mediados de los años ochenta, la media de bajas no voluntarias era sólo de 1 por persona.

GRÁFICO 3.6: Número de causas de baja voluntaria

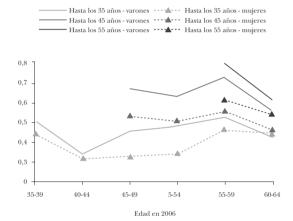
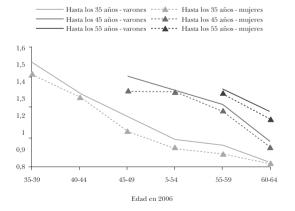


GRÁFICO 3.7: Número de establecimientos



El gráfico no muestra patrones significativamente diferentes para hombres y mujeres entre las cohortes más jóvenes. La única diferencia notable se sitúa entre los que nacieron en el período 1956 y 1960. En esta cohorte, las mujeres habían experimentado ya más de 6 bajas no voluntarias de media antes de cumplir los 45

El número de bajas voluntarias, sin embargo, muestra patrones bien distintos. Aunque siempre con una media menor de 1 por persona, ha ido disminuyendo para todas las cohortes, excepto para la última, hasta llegar a los 35 años de edad y, en cualquier caso, siempre es mayor en el caso de los varones para todas cohortes de edad y hasta los 35, 45 y 55 años. El número medio de establecimientos, por su parte, se ha ido incrementando de forma continua entre cohortes, no constituyendo un fenómeno propio de la última década. En la actualidad es el doble entre las personas que han cumplido recientemente 35 años y aquellos que los cumplieron antes del año 1980.

En resumen, el mercado de trabajo de los profesionales de la sanidad parece haber sufrido una progresiva precarización, en el sentido de tener empleos más inestables, esencialmente mediante la sucesión de múltiples contratos en los mismos establecimientos. En la última década, esta precarización habría aumentado de forma considerable.

Los datos que se acaban de ilustrar gráficamente también se pueden utilizar para analizar, mediante modelos de regresión, cuáles son los determinantes de las bajas voluntarias y no voluntarias y del número de establecimientos. Los resultados de estas regresiones se muestran en los cuadros 3.9, 3.10 y 3.11, que enfatizan en qué medida influye el efecto cohorte. En las dos primeras columnas, se presentan los resultados de las regresiones binomiales negativas que utiliza toda la submuestra, incluyendo variables de interacción entre la edad y la variable de género (variable artificial que toma el valor de 1 para las mujeres). 13 En las tres columnas siguientes, se realizan regresiones del mismo tipo, pero con aquellas personas que ya hayan alcanzado las edades

¹³ La distribución binomial negativa es similar a la exponencial, excepto que se permite que la media difiera de la varianza («sobredispersión»).

de 35, 45 y 55 años, respectivamente, considerando el número de bajas y de empresas hasta alcanzar estas edades como variables dependientes.

En la primera columna del cuadro 3.9, podemos observar como la variable de género («ser mujer») tiene un coeficiente positivo y significativo (esto es, coeficientes estimados transformados en ratios de tasas de incidencia por encima de 1). Lo mismo ocurre con el efecto de la edad. Sin embargo, la interacción entre sexo y edad (segunda columna) anula el efecto de género. Si realizamos ésta última estimación hasta los 35 años, 45 años y 55 años para controlar un posible efecto cohorte, vemos cómo se recupera el efecto género hasta los 45 años. Hasta los 35 años no se observa un efecto género, excepto para las mujeres que tenían 45 a 49 años en 2006. Sin embargo, hasta los 45 años, el efecto género positivo vuelve a estar presente, mientras que pasa a ser negativo hasta los 55 años.

CUADRO 3.9: Determinantes del número de causas de bajas no voluntarias. Regresiones binomiales negativas

(ratios de tasas de incidencia)

	Toda la	muestra	Hasta los 35 años	Hasta los 45 años	Hasta los 55 años
Mujer	1,20 a	1,06	1,10	1,29 a	0,67ª
30-34 años	6,23 a	$3,82^{\mathrm{a}}$			
35-39 años	14,54°	13,53 a			
40-44 años	$9,99^{\rm a}$	6,84ª	$0,\!56^{\mathrm{b}}$		
45-49 años	6,95 a	5,53 a	0,17ª		
50-54 años	2,95 a	2,76 a	0,09 a	$0,40^{\mathrm{a}}$	
55-59 años	2,31 a	2,68 a	0,06 a	0,21 a	
60-64 años	0,92	0,53	0,06 a	$0,08^{\mathrm{a}}$	0,25 a
Mujer × 30-34 años		0,26			
Mujer × 35-39 años		0,20			
Mujer × 40-44 años		0,24	0,83		
Mujer × 45-49 años		0,20	$1,29^{c}$		

CUADRO 3.9 (cont.): Determinantes del número de causas de bajas no voluntarias. Regresiones binomiales negativas

(ratios de tasas de incidencia)

	Toda la m		Hasta	Hasta	Hasta
	10da ia m	uestra	los 35 años	los 45 años	los 55 años
Mujer × 50-54 años		0,19	1,03	0,86	
Mujer × 55-59 años		0,19	1,00	0,80	
Mujer \times 60-64 años		0,43	1,01	1,15	1,58°
Edad primer empleo					
asalariado sanidad	$1,04^{a}$	$1,04^{\mathrm{a}}$	0,85 a	0,98 a	$1,04^{\mathrm{a}}$
N	5.613	5.613	4.151	2.685	778
R ² ajustado	0,046	0,046	0,116	0,078	0,086

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación).

De acuerdo con las regresiones binomiales utilizadas para modelizar el número de causas voluntarias asociadas con el abandono (primera columna del cuadro 3.10), obtenemos que el coeficiente de género es negativo y significativo aunque, al igual que para el número de causas de bajas no voluntarias, desaparece para toda la muestra cuando se interacciona edad con género. Sin embargo, vuelve a recuperarse este efecto género negativo, independientemente de la edad, cuando se estima hasta los 35, los 45 y los 55 años, donde desaparece el efecto de la interacción entre el sexo y la edad.

CUADRO 3.10: Determinantes del número de causas de bajas voluntarias. Regresiones binomiales negativas

(ratios de tasas de incidencia)

	Toda la	muestra	Hasta los 35 años	Hasta los 45 años	Hasta los 55 años
Mujer	0,82 a	0,76	0,79°	0,84°	0,74°
30-34 años	5,11 a	3,93 a			
35-39 años	7,45 a	5,83 a			

^a significativo al 1%, ^b significativo al 5%, ^c significativo al 10%.

CUADRO 3.10 (cont.): Determinantes del número de causas de bajas voluntarias. Regresiones binomiales negativas

(ratios de tasas de incidencia)

	Toda la	a muestra	Hasta los	Hasta los	Hasta los
			35 años	45 años	55 años
40-44 años	9,06°a	8,90°a	0,62		
45-49 años	9,88 a	$8,48^{\mathrm{a}}$	1,09		
50-54 años	9,89 a	8,81 a	1,16	1,06	
55-59 años	12,06 a	11,80 a	1,05	1,42	
60-64 años	11,24 a	9,71 a	1,31	1,37	0,69
Mujer × 30-34 años		0,38			
Mujer × 35-39 años		0,36			
Mujer × 40-44 años		0,31	1,07		
Mujer × 45-49 años		0,33	0,91		
Mujer × 50-54 años		0,33	0,87	0,92	
Mujer × 55-59 años		0,32	1,13	0,85	
Mujer × 60-64 años		0,40	1,13	0,87	1,23
Edad primer empleo					
asalariado sanidad	0,93 a	0,93 a	0,83 a	$0,90^{\rm a}$	0,92 a
N	5.613	5.613	4.151	2.685	778
R ² ajustado	0,070	0,070	0,113	0,091	0,112

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación).

Finalmente, en el cuadro 3.11 se presentan los resultados de las regresiones binomiales negativas correspondientes al número de empresas en los que cada individuo ha trabajado como asalariado en la sanidad desde su primer empleo. Son muy similares a las del abandono no voluntario, excepto por el signo contrario en las diferencias de género. Si utilizamos toda la muestra, de nuevo se observa cómo el coeficiente de la variable de género es negativo y significativo si bien, una vez más, desaparece para toda la muestra cuando se interacciona edad con genero. Sólo se vuelve a recuperar un efecto negativo cuando se estima hasta los 45 años.

^a significativo al 1%; ^b significativo al 5%; ^c significativo al 10%.

CUADRO 3.11: Determinantes del número de empresas.

Regresiones binomiales negativas

(ratios de tasas de incidencia)

	Toda la muestra		Hasta los 35 años	Hasta los 45 años	Hasta los 55 años
Mujer	0,96ª	0,99	0,96	0,92 в	0,93
30-34 años	2,03 a	1,84ª			
35-39 años	$2,92^{\mathrm{a}}$	2,87ª			
40-44 años	3,08 a	3,50°	0,81 b		
45-49 años	3,18 a	$3,48^{\mathrm{a}}$	$0,77^{\mathrm{a}}$		
50-54 años	$2,99^{\rm a}$	3,22ª	$0,54^{\mathrm{a}}$	0,78 a	
55-59 años	$2,77^{\mathrm{a}}$	2,98 a	$0,44^{\mathrm{a}}$	$0,64^{\mathrm{a}}$	
60-64 años	2,73 a	2,49 a	0,53 a	$0,40^{\rm a}$	$0,76^{\mathrm{c}}$
Mujer × 30-34 año	s	0,10			
Mujer × 35-39 año	s	0,09			
Mujer × 40-44 año	s	0,08	0,99		
Mujer × 45-49 año	s	0,08	0,96		
Mujer × 50-54 año	s	0,08	1,00	1,01	
Mujer × 55-59 año	s	0,09	1,08	0,95	
Mujer × 60-64 año	s	0,13	1,06	1,06	1,03
Edad primer empleo asalariado sanidad	0,96ª	0,96 a	0,88 a	0,91 ª	0,97ª
N	5.613	5.613	4.151	2.685	778
R ² ajustado	0,081	0,081	0,184	0,036	0,075

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación).

En el análisis previo no se recogieron las posibles diferencias debidas a la elección de especialidades distintas por sexos y a la situación al inicio de la carrera profesional. El método que utilizamos a continuación para profundizar en el control de los efectos edad y cohorte es el del «emparejamiento». Este método consiste en analizar las diferencias que se producen entre dos personas que son similares en el inicio de la vida laboral, estudiando sus

^a significativo al 1%; ^b significativo al 5%; ^c significativo al 10%.

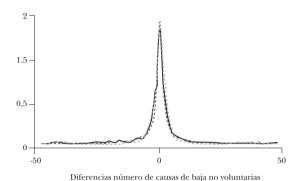
trayectorias hasta la actualidad. En concreto, las parejas elegidas reúnen las siguientes condiciones: a) Estar en el mismo grupo de cotización, b) haber nacido el mismo año, y c) haber comenzado a trabajar en el sector de la sanidad en el mismo año y en la misma provincia (lo que permite controlar en parte el tipo de especialización y las diferencias no observables que puedan generar distintos comportamientos de movilidad en el inicio de la carrera laboral).

Si permitimos que una misma persona se pueda emparejar con todas aquellas presentes en la muestra que reúnan sus mismas características, la elección de estos criterios da lugar a la formación de 3.475 parejas. Además de las parejas mixtas, también se ha permitido que se formasen parejas *unisex*, de manera que estas últimas puedan servir de control de las diferencias observadas en las primeras.

En los gráficos 3.8 y 3.9, se presentan los principales resultados descriptivos de este ejercicio para las diferencias en el número de bajas no voluntarias. En concreto, en el gráfico 3.8, se muestran las funciones de densidad *kernel* de las diferencias para cada tipo de pareja. Para las parejas mixtas, las diferencias se definen como el número de bajas del varón menos el de la mujer. Como puede observarse, los tres gráficos (el de parejas *unisex* masculinas, el de *unisex* femeninas y el de parejas mixtas) se superponen prácticamente uno sobre el otro, de forma que, controlando por la edad actual y la edad y la provincia en el inicio de la vida laboral, no observamos prácticamente ninguna diferencia entre individuos del mismo o distinto sexo.

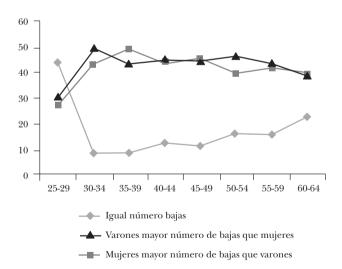
En el gráfico 3.9, se presenta la distribución de parejas mixtas en función de que tengan el mismo número de bajas o que sea el varón o la mujer el que tenga un número de bajas superior. También se observa que —excepto los más jóvenes (de 25 a 29 años) donde hay un 45% de parejas con idéntico número de bajas no voluntarias— el porcentaje de parejas en las que la mujer tiene un mayor número de bajas es similar al de aquellas donde ocurre lo contrario. Además, estos dos tipos de parejas se mantienen proporcionalmente bastante estables con la edad. Sólo decrece ligeramente el primer tipo a favor de la proporción de parejas con igual número de bajas.

GRÁFICO 3.8: Funciones de densidad *kernel* de las diferencias en bajas no voluntarias para parejas mixtas y *unisex*



- Parejas masculinas ----- Parejas femeninas ——Parejas mixtas

GRÁFICO 3.9: Distribución de las parejas mixtas en función de que el número de bajas de los dos miembros sea igual, sea superior el de la mujer o sea superior el del varón



Finalmente, en el cuadro 3.12, se presentan los resultados procedentes de la estimación de un modelo logit multinomial en el que la categoría de referencia sea aquella en que los integrantes de la pareja tengan el mismo número de bajas no voluntarias en relación con las dos alternativas que se van a modelizar: a) que el primero tenga más bajas que el segundo, y b) que el segundo tenga mas bajas que el primero. El mismo ejercicio se realiza para el número de bajas voluntarias y el número de empresas. El resultado principal que se obtiene es que la probabilidad de que una de las dos personas supere a la otra en número de bajas (es decir, en las dos situaciones alternativas a la de referencia) depende de la edad de la pareja, lo que refuerza la evidencia presentada en el gráfico 3.9. Por otra parte, ocurre que los coeficientes del tipo de pareja y de su interacción con la edad, cuando aparecen como significativos, lo hacen con valores casi simétricos en las dos situaciones alternativas. Ello viene a confirmar que —al menos en el número de bajas voluntarias, bajas no voluntarias y establecimientos— no se obtienen diferencias de género una vez que se controla por la edad actual y situaciones similares al inicio de la vida laboral.

CUADRO 3.12: Regresiones logit multinomial. Situación de referencia: las dos personas tienen el mismo número de bajas no voluntarias, voluntarias o establecimientos en su historial laboral. Situaciones alternativas: a) la persona 1 tiene un mayor número que la 2, y b) la persona 2 un mayor número que la 1. En las parejas mixtas, la persona 1 es el varón

(Ratios de riesgo relativo, errores estándar entre paréntesis)

	Número de causas de baja no voluntarias	Número de causas de baja voluntarias	Número de empresas	
Persona 1 > Persona 2				
Danaia minta	$0,\!128^{\mathrm{b}}$	0,313	0,739	
Pareja mixta	(0,126)	(0,297)	(0,636)	
D ' C '	0,042 a	0,146 °	1,685	
Pareja femenina	(0,050)	(0,149)	(1,615)	

CUADRO 3.12 (cont.): Regresiones logit multinomial. Situación de referencia:
las dos personas tienen el mismo número de bajas no voluntarias,
voluntarias o establecimientos en su historial laboral. Situaciones
alternativas: a) la persona 1 tiene un mayor número que la 2,
y b) la persona 2 un mayor número que la 1. En las parejas
mixtas, la persona 1 es el varón

(Ratios de riesgo relativo, errores estándar entre paréntesis)

	Número de causas de baja no voluntarias	Número de causas de baja voluntarias	Número de empresas
Edad en 2006	1,013	1,073 a	1,096 a
Edad eli 2000	(0,011)	(0,012)	(0,012)
· (Domaio minto)	1,060 a	1,034 a	1,059 a
× (Pareja mixta)	(0,016)	(0,014)	(0,016)
(D	1,126 a	1,023	1,068 a
× (Pareja femenina)	(0,022)	(0,016)	(0,019)
Edad inicio vida laboral asalariado	0,983	0,918 a	$0,943^{\mathrm{b}}$
sanidad	(0,028)	(0.027)	(0,025)
(D	1,003	0,993	$0,938^{c}$
× (Pareja mixta)	(0,041)	(0,037)	(0,034)
(7)	0,972	1,047	0,909 b
× (Pareja femenina)	(0,050)	(0,043)	(0,038)
Persona 2 > Persona 1			
D	0,266	0,744	0,890
Pareja mixta	(0,270)	(0,630)	(0,772)
	0,118 в	0,247	2,452
Pareja femenina	(0,145)	(0,239)	(2,398)
F. I. 1	1,025 b	1,085 a	1,101 a
Edad en 2006	(0,011)	(0,011)	(0,013)
(D)	1,048 a	0,991	1,035 b
× (Pareja mixta)	(0,016)	(0,013)	(0,016)
(Paraia fara anima)	1,132 a	1,007	1,053 a
× (Pareja femenina)	(0.022)	(0,016)	(0,019)
Edad inicio vida laboral asalariado	0,961	0,900 a	0,916 a
sanidad	(0,028)	(0,024)	(0,025)
× (Pareja mixta)	0,997	1,030	0,967
^ (1 areja IIIIxta)	(0,042)	(0,035)	(0,035)
× (Pareja femenina)	0,929	1,045	0,917
~ (i areja iemenina)	(0,049)	(0.042)	(0,040)

CUADRO 3.12 (cont.): Regresiones logit multinomial. Situación de referencia:
las dos personas tienen el mismo número de bajas no voluntarias,
voluntarias o establecimientos en su historial laboral. Situaciones
alternativas: a) la persona 1 tiene un mayor número que la 2,
y b) la persona 2 un mayor número que la 1. En las parejas
mixtas, la persona 1 es el varón

(Ratios de riesgo relativo, errores estándar entre paréntesis)

	Número de causas de baja no voluntarias	Número de causas de baja voluntarias	Número de empresas	
N	3.475	3.475	3.475	
Pseudo R ²	0,070	0,085	0,109	
Log verosimilitud	-3.443,912	-3.106,221	-3.379,622	

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación).

3.3.1. Porcentaje de tiempo trabajado en la sanidad en la vida laboral

Finalmente, analizamos en qué medida las bajas laborales no voluntarias afectan al tiempo trabajado en el sector de la sanidad a lo largo de la vida laboral. Para ello, se ha definido dicho porcentaje como el número de días trabajados en el grupo de cotización 1 en el sector sanitario sobre el total de días transcurridos desde el primer empleo hasta junio del año 2006. El número de días trabajados ha sido multiplicado por el coeficiente de tiempo parcial con el fin de ponderar de manera diferente aquellos individuos que hayan estado pluriempleados.

En el cuadro 3.13 se presentan los resultados con la estimación un modelo tobit para este porcentaje, distinguiendo entre los individuos que han realizado toda su vida laboral como asalariados en la sanidad privada o como asalariados de la sanidad pública. La muestra está compuesta por todas aquellas personas que hayan trabajado en el grupo 1 del sector de la sanidad y tuvieran menos de 65 años en el año 2006. Los controles son el sexo, la edad, el número de bajas y la interacción entre ellas, así como la edad y la

^a significativo al 1%; ^b significativo al 5%; ^c significativo al 10%.

provincia del primer empleo. El resultado más interesante es que el efecto de la variable de género (de nuevo aquí, toma el valor 1 para las mujeres) desaparece en las estimaciones de los individuos que sólo han trabajado como asalariados en el sector público cuando se utilizan las interacciones con la edad y el número de bajas, mientras que en el sector privado esto no ocurre. En este sector, el efecto género es aún más negativo, sin que los coeficientes de interacción sean significativos. El efecto del número de bajas no voluntarias también deja de ser significativo cuando se interacciona con el sexo y la edad, incluso si se observan efectos positivos, en comparación con los varones en el sector público, en la interacción entre mujer, edad y número de bajas, para las mujeres de 45 a 49 años y para las de más de 55 años.

CUADRO 3.13: Porcentaje de tiempo trabajado en la sanidad desde el primer día trabajado en este sector. Método de regresión tobit, personas de 35 o más años de edad

	Toda la muestra		Personas	que sólo	Persona	s que sólo
			han trabajado en la		han trabajado en la	
			sanidad pública		sanidad privada	
Mujer	-8,63ª	-6,87 ^b	-6,93ª	-1,05	-10,72 b	-20,40 b
40-44	$-7,79^{a}$	-3,51	$-8,17^{a}$	-2,27	-8,89	-16,57
45-49	$-9,97^{\mathrm{a}}$	$-6,74^{\mathrm{b}}$	-8,81 a	-2,32	-15,65 b	-28,31 a
50-54	$-4,30^{\mathrm{b}}$	-3,96	- 4,41 °	-0,20	-10,10	-10,60
55-59	1,72	4,45	5,76°	11,42°	−16,29 °	-21,36
60-64	11,38 a	13,57ª	10,61 a	15,92°a	-3,87	-24,93
Núm. bajas no voluntarias	-0.04^{a}	0,00	-0.06^{a}	0,00	0,02	-1,62
Edad primer empleo	0,49 a	0,52 a	$0,94^{a}$	0,99ª	$0,72^{\mathrm{b}}$	0,81 a
Mujer × 40-44		$-7,15$ $^{\circ}$		−9,52°		4,12
Mujer × 45-49		-3,80		-9,09°		20,96
Mujer × 50-54		4,17		-3,12		6,62
Mujer × 55-59		-4,32		-8,92		17,43
Mujer × 60-64		11,05		0,03		-5,02
Mujer × núm. bajas		-0,01		-0,06		1,29
Núm. bajas × 40-44		-0,04		-0,07		4,92

CUADRO 3.13 (cont.): Porcentaje de tiempo trabajado en la sanidad desde el primer día trabajado en este sector. Método de regresión tobit, personas de 35 o más años de edad

	Toda la 1	nuestra	Personas han trabaj sanidad	ado en la	han traba	que sólo jado en la privada
Núm. bajas × 45-49		-0,09°		-0,14 b		1,36
Núm. bajas × 50-54		-0,09		-0.12		−11,06 °
Núm. bajas × 55-59		-0,11		-0.27°		-4,63
Núm. bajas × 60-64		$-0,95^{a}$		-1,23 b		22,76
Mujer × núm. bajas × 40-44		0,05		0,10		$-4,47^{\mathrm{c}}$
Mujer \times núm. bajas \times 45-49		0,06		$0,13^{\circ}$		-1,30
Mujer \times núm. bajas \times 50-54		-0,12		-0,09		$11,34^{\mathrm{b}}$
Mujer \times núm. bajas \times 55-59		0,13		0.31^{b}		0,89
Mujer \times núm. bajas \times 60-64		-1,75		1,27		
Constante	65,20 a	62,29 a	52,41 a	46,38 a	46,58 a	52,16ª
N	4.433	4.433	2.868	2.868	556	556

^a significativo al 1%; ^b significativo al 5%; ^c significativo al 10%.

3.4. Conclusiones

Uno de los problemas principales a la hora de analizar la segregación y la discriminación por género es poder aislar los efectos derivados de las distintas características medias de capital humano de los hombres y de las mujeres. En el caso de los profesionales superiores de la sanidad, este efecto composición es aún más relevante que en otras profesiones, debido a una mayor concentración de mujeres entre los profesionales más jóvenes y de los varones entre los profesionales de más edad.

De esta forma, las estimaciones de las diferencias salariales entre hombres y mujeres profesionales de nivel superior de la sanidad se explican en gran parte por el efecto composición de edad. Sin embargo, una vez controlado este efecto composición, las diferencias salariales de género aumentan considerablemente cuando se trata de retribuciones que incorporan complementos salariales y se amplía el período de percepción. Por ejemplo, si se comparan los salarios base por hora, no existen prácticamente diferencias de género. Sin embargo, cuando se toman como referencia los salarios anuales, las diferencias salariales se triplican. Una posible explicación de estas considerables diferencias es la mayor tasa de temporalidad femenina y, concretamente, la sucesión de contratos temporales que afectan al salario de las mujeres debido a un mayor número de días sin trabajar.

En resumen, no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en las tasas de incidencia de las bajas por cese de contrato, que no sean explicables por los efectos edad y cohorte o por distintos inicios en la edad y localización del inicio de la vida laboral. Tampoco se observan patrones diferenciales entre hombres y mujeres en una menor proporción de tiempo trabajado debido a bajas laborales no voluntarias. Sin embargo, sí que se observa que, una vez controlados los efectos cohorte, edad y las bajas no voluntarias, existe una diferencia de género no explicable entre las personas que han realizado toda su trayectoria laboral como asalariados del sector privado. Esta diferencia no se encuentra en el sector público.

Bibliografía

- Амауа Ромво, С. у М. А. García Pérez. Demografía médica en España. Madrid: Fundación CESM, 2005.
- Antonazzo, E., Scott, A., Skatun, D. y R. Elliot. «The labour market for nursing: A review of the labour supply literature». Health Economics 12 (2003): 465-
- Baños, J., A. Campal y F. Felgueroso. Explaining the Public-Private Wage Gap: the Case of the Spanish Health Sector. Oviedo: Universidad de Oviedo, 2005.
- BUCHAN, J. y L. CALMAN. «Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles», OECD Health Working Papers 17 (2004).
- ELIZALDE, M, M. A. MENA y J. C. SÁNCHEZ DE LA NAVA. Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España. Madrid, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), 2006.
- HIDALGO, M. J. y V. MATAS. Estudio Comparativo del salario médico en España. Granada: Sindicato Médico de Granada, 2004.
- JIMÉNEZ-MARTÍN, S., J. M. LABEAGA y M. MARTÍNEZ-GRANADO. «An Empirical Analysis of the Demand for Physician Services Across the European Union». European Journal of Health Economics 5 (2004): 150-165.

- SHIELDS, M. y WARD, M. «Improving Nurse Retention in the National Health Service in England: the Impact of Job Satisfaction in Intentions to Quit». *Journal of Health Economics* 20 (2001): 677-701.
- Simoens, S. y Hurst, J. «The supply of physicians services in OCDE countries». *OECD Health Working Papers* 21 (2006).
- SIMOENS, S., VILLENEUVE, M. y HURST, J. «Tackling Nurse Shortages in OECD Countries». OECD Health Working Papers 19 (2005).

4. ¿Por qué se feminizan las profesiones sanitarias? El caso de los veterinarios

Rocío Albert López-Ibor
Universidad Complutense de Madrid
Francisco Cabrillo Rodríguez
Universidad Complutense de Madrid
Pablo Vázquez Vega
Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)
Universidad Complutense de Madrid

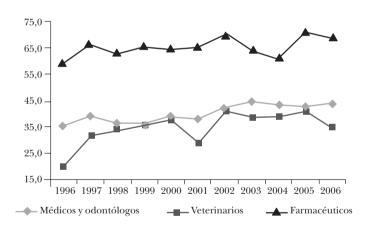
4.1. Introducción

La feminización de la sanidad es un hecho indiscutible en muchos países. Y España es un buen ejemplo de una sociedad en la que la asistencia sanitaria ha pasado a estar en buena medida en manos de mujeres, gracias a un proceso de feminización creciente que está aún lejos de su final. Cuando se ha abordado esta cuestión, durante mucho tiempo se pensaba en aquellas profesiones en las que tradicionalmente han tenido las mujeres una presencia mayoritaria, como puede ser Enfermería, o en aquellas otras en las que la presencia femenina es cada vez más evidente para los usuarios, como es el caso de los médicos. En menor grado se ha analizado, sin embargo, la creciente incorporación de la mujer a otras actividades profesionales en el campo sanitario, como las que realizan los odontólogos, los técnicos de laboratorio o los veterinarios.

El gráfico 4.1 presenta el porcentaje de mujeres en tres profesiones relevantes, de las que se ha excluido Enfermería por haber sido durante mucho tiempo la típica profesión femenina en el sector sanitario. Se trata de los médicos y odontólogos, los veterinarios y los farmacéuticos; y se ha elegido para ello un período de tiempo

relativamente corto, que abarca los diez años comprendidos entre 1996 y 2006. Aunque, en los tres casos, se observa un fenómeno de feminización creciente, los datos muestran que cada profesión tiene sus propias características. Farmacia ha sido, desde hace mucho tiempo, una profesión con fuerte presencia femenina; ya en 1996 el número de mujeres era en ella significativamente superior al de hombres. En Medicina, en cambio el número de mujeres alcanzaba sólo al 35% del total en 1996, y dicho porcentaje había aumentado en casi diez puntos en sólo diez años. Pero el comportamiento más llamativo es, sin duda, el de los veterinarios. En 1996 el número de mujeres suponía apenas el 20% del total de profesionales; pero había crecido hasta el 35% en 2006.

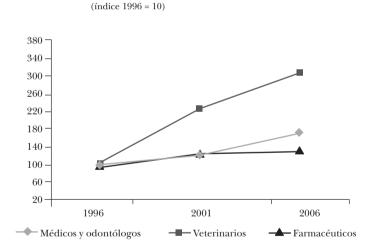
GRÁFICO 4.1: Porcentaje de mujeres en tres profesiones sanitarias relevantes



Fuente: EPA-INE (1996-2006).

En el gráfico 4.2 se presenta la evolución del número de mujeres en cada una de las profesiones sanitarias citadas. Con base 100 en 1996, es fácil observar que existe una diferencia significativa entre los veterinarios, por un lado, y los médicos y odontólogos y farmacéuticos, por otro, ya que, en sólo diez años, el número de veterinarias se ha multiplicado por más de tres. Es cierto que, como hemos visto, el porcentaje de mujeres en el total de veterinarios era muy bajo en 1996 y que, además, el número total de veterinarios era significativamente más bajo que el de médicos y farmacéuticos (en dicho año había 10.144 veterinarios, frente a 121.660 médicos y odontólogos y 29.803 farmacéuticos), por lo que un número relativamente bajo de nuevos ingresos en la profesión suponía un elevado incremento porcentual. Pero, aun así, resulta muy llamativa la fuerte feminización experimentada en Veterinaria, no sólo frente a otras actividades laborales, sino también dentro del conjunto de las profesiones sanitarias.

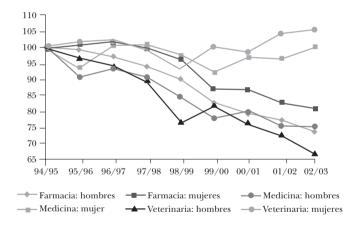
GRÁFICO 4.2: Evolución del número de mujeres en tres profesiones sanitarias relevantes



Fuente: EPA-INE (1996-2006).

Y no parece que la tendencia vaya a cambiar mucho en un futuro próximo, ya que los datos sobre el número de estudiantes en las tres facultades correspondientes (Medicina, Farmacia y Veterinaria) muestran que el aumento más significativo de población femenina en términos porcentuales se registra en las facultades de Veterinaria. El gráfico 4.3 recoge el crecimiento del alumnado por sexo en estas facultades a lo largo de los tres últimos años. En todas ellas las líneas representativas del alumnado femenino se encuentran claramente por encima de las masculinas. Pero es claramente en el caso de la de Veterinaria donde la separación es más pronunciada. Con una base 100 para el curso 1994-1995, el número de alumnos varones en esta carrera había caído a una cifra en torno al 66 en el curso académico 2002-2003, mientras el de alumnas había pasado al 105 en dicho curso.

GRÁFICO 4.3: Variación del número de alumnos en las facultades de Medicina, Farmacia y Veterinaria



Fuente: Consejo de Coordinación Universitaria (MEC).

El caso de Veterinaria tiene especial interés en un estudio sobre la feminización de las profesiones por varias razones. En primer lugar, porque constituye el proceso de más rápida feminización entre todas las ocupaciones del sector. Pero también porque la entrada de la mujer en la profesión se ha debido a una serie de fenómenos interesantes que hacen que pueda servir de campo de estudio para determinar por qué los procesos de feminización tienen características diferentes en diversas profesiones.

Es interesante señalar que Veterinaria es, de entre las actividades sanitarias, la que seguramente ha modificado con mayor claridad sus funciones. La feminización en Veterinaria está ligada no sólo a un crecimiento en el número de mujeres que desempeñan esta ocupación, sino también a una modificación significativa de las tareas encomendadas. Hoy la actividad principal de un veterinario, dejando a un lado a los que trabajan en la Administración Pública, se realiza en clínicas de atención a pequeños animales, en las que trabaja un gran número de veterinarios, especialmente en el caso de las cohortes más jóvenes.¹

A continuación, en la sección segunda de este capítulo haremos una breve mención a las causas de la feminización de las profesiones, ofreciendo algunos datos que avalan esas hipótesis. En la tercera, el análisis se centra en las características específicas de la feminización de la profesión veterinaria. El capítulo concluye con las principales conclusiones del estudio

4.2. Posibles causas de la feminización de las profesiones sanitarias

4.2.1. El abandono de las profesiones sanitarias por parte de los hombres

Tal y como se presentaba en la introducción, en España las profesiones sanitarias están feminizándose. En 2005, casi el 73% de los trabajadores sanitarios eran mujeres mientras que, para el total de ocupados, este porcentaje no alcanzaba el 40%. Además, las mujeres presentan una concentración mucho mayor en este sector que los hombres de modo que de cada 100 trabajadoras españolas, 8 estaban ocupadas en profesiones relacionadas con la sanidad, mientras que en el caso de los hombres sólo 2 de cada 100 empleados trabajaban en el sector sanitario.

¹ Los datos sobre ocupación de los veterinarios se obtienen a partir del estudio publicado por el Consejo General de Colegios Veterinarios de España (2001).

La primera justificación de esta feminización tan intensa es el progresivo abandono de los hombres de las profesiones ligadas a la sanidad.

Si se analiza la evolución del sector sanitario en el período 1996-2005, el primer hecho significativo que se ha producido es el importante crecimiento en el número de efectivos. En estos diez años el número de ocupados en sanidad ha crecido en un 34,69%. De este crecimiento, más del 80% (83,29%) se debe a un aumento en el número de mujeres ocupadas, mientras que sólo un 16,77% corresponde a los hombres. Esta entrada tan desigual por género, en tan breve espacio de tiempo, ha tenido su reflejo en los porcentajes totales de ocupados, que en el caso de los hombres ha disminuido en casi 5 puntos.

Así, estas ocupaciones sanitarias vendrían a confirmar «la teoría de las colas» o *queues gender* (Reskin 1990), de acuerdo con la cual cuando las mujeres entran en los puestos de trabajo que eran considerados tradicionalmente como «trabajos masculinos» éstos pasan a tener un status inferior e, incluso, los sueldos se reducen,² de modo que los hombres abandonan esos puestos de trabajo en busca de mejores alternativas. De esta manera, dichas ocupaciones no se convierten en ocupaciones integradas, es decir, con una composición semejante de hombres y mujeres, sino que ocurre el fenómeno contrario: pasan de nuevo a estar segregadas, pero esta vez son ocupadas mayoritariamente por mujeres. Es lo que se ha venido a denominar *guetorización*.

Una versión semejante del modelo, el de *superioridad masculina* (Boserup 1970), por ejemplo, sugeriría que la entrada de mujeres en un determinado sector devaluaba el prestigio y las remuneraciones en él. El resultado de acuerdo con esta hipótesis es que los

² Tal y como señalan la doctora Carmen Valls i Llobet durante el foro de debate sobre *El fenómeno de feminización de la Medicina* convocado por SALUD, «Los varones no ven atractiva una profesión en la que la ganancia económica está ajustada. Esto explicaría por qué Finlandia y España son dos de los países europeos con mayor tasa de feminización médica. Tiene que ver con cómo está organizada la asistencia y con su carácter público». En este mismo sentido, la doctora Teresa Ortiz advierte que la Medicina tenía una identidad masculina pero, conforme se está configurando la profesión actualmente, está dejando de responder a esa categoría de lo masculino. Ha perdido valor, es mejor ser economista o *broker* en la Bolsa, constructor o ingeniero. Los negocios están en alza como ejemplo de actividad masculina.

dos efectos se reforzarían mutuamente: las mujeres entrarían en un sector de remuneraciones más bajas, y esto a su vez reduciría las remuneraciones.

Además, al detenernos en las distintas ocupaciones del sector sanitario advertimos que las profesiones que tenían un mayor porcentaje de hombres (Medicina, Veterinaria), han pasado a tener una representación femenina mucho mayor y, por el contrario, en aquéllas (Farmacia, Enfermería) en las que las mujeres estaban sobrerrepresentadas no ha ocurrido lo mismo, es decir, los hombres no se han incorporado a estas ocupaciones del mismo modo que hemos descrito anteriormente. Estos resultados vienen a corroborar la tesis mantenida en general para el mercado de trabajo según la cual las profesiones masculinizadas tienden a abrirse a las mujeres y en algunos casos se llegan a feminizar, mientras que aquellas que inicialmente están feminizadas continúan siéndolo e, incluso, aumenta el porcentaje de representación femenina (Bergmann 1989).

A continuación se presentan los principales resultados en los que se analizan tanto los porcentajes de ocupación por razón de sexo de cada una de las profesiones sanitarias como, lo que es aún más importante, las variaciones porcentuales que cada uno de los sexos han supuesto en el crecimiento de todas profesiones sanitarias durante 1996-2005 (véanse cuadros 4.1, 4.2 y 4.3):

CUADRO 4.1: Tasa de crecimiento de la profesión sanitaria, 1996-2005

Sanidad	Total						
	1996	2005	Variación	Variación porcentual 1996-2005			
		_	1996-2005				
Médicos	121.660	174.058	52.398	43,07			
Veterinarios	10.140	23.483	13.343	131,59			
Farmacéuticos	29.803	40.700	10.897	36,56			
Enfermeros	145.129	198.681	53.552	36,90			
Técnicos en sanidad	37.496	78.601	41.105	109,63			
Auxiliares de enfermería y sanidad	148.254	228.139	79.885	53,88			
Total Sanidad	511.140	800.450	289.310	56,60			

Fuente: Elaboración propia a partir EPA-INE.

CUADRO 4.2: Tasa de crecimiento de la profesión masculina sanitaria, 1996-2005

Sanidad	Hon	Hombres % Hombres			
	1996	2005	1996	2005	Crecimiento hombres/ crecimiento total (%) 1996-2005
Médicos	78.964	99.201	64,91	56,99	38,62
Veterinarios	8.132	14.448	80,20	61,53	47,34
Farmacéuticos	12.132	10.110	40,71	24,84	-18,56
Enfermeros	25.214	32.925	17,37	16,57	14,40
Técnicos en sanidad	10.403	21.447	27,74	27,29	26,87
Auxiliares de enfermería y sanidad	17.605	19.589	11,87	8,59	2,48
Total Sanidad	159.082	218.002	31,12	27,23	20,37

Fuente: Elaboración propia a partir EPA-INE.

CUADRO 4.3: Tasa de crecimiento de la profesión femenina sanitaria, 1996-2005

Sanidad	Muj	eres	% Mujeres		
	1996	2005	1996	2005	Crecimiento mujeres/ crecimiento total (%) 1996-2005
Médicos	42.696	74.856	35,09	43,01	61,38
Veterinarios	2.012	9.036	19,84	38,48	52,64
Farmacéuticos	17.671	30.589	59,29	75,16	118,55
Enfermeros	119.915	165.756	82,63	83,43	85,60
Técnicos en sanidad	27.093	57.161	72,26	72,72	73,15
Auxiliares de enfermería y sanidad	130.649	208.550	88,13	91,41	97,52
Total Sanidad	352.058	582.449	68,88	72,77	79,63

Fuente: Elaboración propia a partir EPA-INE.

En el caso de los médicos, en el año 2005, los hombres representaban el 56,99% del total de médicos mientras que en el año 1996 su posición en términos porcentuales era mucho ma-

yor, con una cifra que alcanzaba el 64,91%, lo que significa una reducción de más de siete puntos porcentuales. Pero si además estudiamos la variación experimentada por la profesión médica entre 1996 y 2005, se observa que el número de médicos en España ha crecido un 43,07% y, de ese crecimiento, los médicos varones sólo han supuesto un 38,62%, mientras que las mujeres han absorbido el 61,38% de esa variación. Es decir, las mujeres crecen en la profesión médica mientras que la variación de efectivos médicos varones es mucho menor.

En el caso de los farmacéuticos, el incremento de los mismos en el período analizado (1996-2005) ha sido significativo (36,56%), pero a pesar de ello el porcentaje de hombres se ha reducido y ha pasado de ser casi la mitad en 1996 (40,71%) a no representar en el año 2005 ni un cuarto del total de los farmacéuticos (24,84%). Si además se consideran las variaciones de efectivos producidos en el período, observamos que los varones están abandonando la profesión con un decremento del –18,56%, mientras que las mujeres absorben el crecimiento total de la ocupación. Estos datos corroboran la teoría de que las profesiones feminizadas no tienden a ser profesiones integradas y mucho menos son ocupadas por los hombres que tienden a dejar esas ocupaciones y buscan otras alternativas.

Si se analiza la ocupación de enfermería, al igual que ocurre en el resto de las ocupaciones del sector sanitario, se observa que ha crecido durante el período analizado, concretamente en 53.552 personas más, lo que supone un incremento del 36,90%. De nuevo nos encontramos que en esta profesión que ya estaba feminizada aumenta ligeramente en el 2005 el porcentaje de enfermeros masculinos, que pasan a ser un 16,57% de la profesión, por lo que las enfermeras suponen el 83,43% del total de enfermeros en España. Así, si se tiene en cuenta el incremento del 36,90% experimentado durante 1996-2005 por la profesión, los hombres han supuesto un porcentaje muy pequeño (apenas el 15%) del total (14,40%), mientras que a las enfermeras les ha correspondido la mayor parte de ese crecimiento (85,60%).

En lo que respecta a la ocupación de técnico en sanidad, se trata de una profesión muy feminizada con más de un 70% de mujeres. Durante el período 1996-2005 ha aumentado sustancialmente

el número de profesionales en un 109,63%; los hombres han mantenido prácticamente el mismo porcentaje de efectivos entre 1995 y 2006 (27,74%, 27,29%). Por tanto, estos datos vienen a poner de manifiesto que ese incremento de profesionales ha sido debido prácticamente a las mujeres, siendo éste un 73,15% del total. Así, en esta ocupación aumenta el grado de feminización, que llega hasta el 72,72% sin que los hombres se interesen más por la misma.

Finalmente, los auxiliares de enfermería han crecido en un 53,88%, por lo que pasan de ser 148.254 en 1996 a 228.139 en el 2005. Esta profesión, que supone el escalón inferior dentro del sector sanidad, es también la más feminizada: en 2005 las mujeres representaban más del noventa por ciento (91,41%) del total. Los hombres siempre han tenido una presencia mínima en esta ocupación, pero la situación se acentúa con el paso del tiempo ya que cada vez su representación es menor. En 1996 suponían el 11,87%, y han pasado en el 2005 al 8,59%. En línea con las dos últimas profesiones descritas, que están muy feminizadas, no sólo no aumenta prácticamente el número de hombres, sino que en esta ocupación el porcentaje de mujeres crece a una tasa elevada.

En definitiva, no se trata simplemente de que aumente la participación femenina en las distintas ocupaciones del sector sanitario, sino que lo realmente relevante es el progresivo abandono de los hombres en sectores donde su presencia era muy significativa, como eran Medicina o Veterinaria. Al mismo tiempo, no se produce una incorporación de los varones a profesiones tradicionalmente feminizadas como pueden ser Enfermería o técnicos en sanidad, es decir, los escalones más bajos del sector y con las peores remuneraciones.

4.2.2. ¿Productos diferenciados?

Otra posible causa de la feminización podría tener su origen en el hecho de que los hombres y las mujeres ofrezcan productos diferentes. La cuestión es importante porque si se trata de productos que son considerados diferentes por los usuarios, la feminización podría explicarse en buena medida por la propia demanda de los consumidores. La mejor forma de medir el grado de diferenciación del producto es la elasticidad cruzada de la demanda, tomando en consideración no sólo el precio monetario del servicio, sino su coste total (precio monetario + costes de transacción). Es decir, ¿en qué grado cambiaríamos los servicios médicos/sanitarios de un hombre/mujer si variaran los precios relativos, el tiempo de espera u otros factores relevantes para el usuario?

Es razonable pensar que los resultados varíen de forma sustancial, por ejemplo, en las diversas especialidades que tienen los médicos. El producto sería, muy homogéneo en el caso de un oftalmólogo, pero resultaría, en cambio bastante diferente para servicios como los ofrecidos por los ginecólogos o urólogos. Y esto explicaría que en estas especialidades hubiera diferencias significativas por motivos de sexo.

Si observamos los datos que nos ofrecen las series de médicos que cursaron el MIR a lo largo del período 2003-2005 en España, vemos que algunas de las diferencias más significativas en lo que a la distribución por sexos se refiere pueden ser explicadas de esta forma (véase cuadro 4.4). Por ejemplo, el hecho de que el 84% de los médicos que eligieron la especialidad de obstetricia y ginecología sean mujeres puede explicarse en términos de diferenciación de producto y lo mismo podría decirse de la especialidad de endocrinología y nutrición, en la que el 77% de los MIR eran mujeres o, en el caso de los pediatras, en la que el 68% de los MIR eran mujeres. También parece que tendría sentido esta hipótesis para justificar la alta presencia masculina en los MIR de especialidades como urología (69%). Pero en otras especialidades en las que la presencia femenina es también muy predominante parece difícil defender este tipo de explicación. Es el caso, por ejemplo, de alergología (69%), anatomía patológica (71%), neurofisiología clínica (63%), farmacología clínica (61%), hematología (71%), especialidades en las que la participación de las mujeres es superior al 60%. Y lo mismo ocurre en especialidades de claro predominio masculino, como la neurocirugía (un 69% de hombres). Si ajustamos estos resultados por el porcentaje mujeres y hombres en el total de las especialidades del MIR en el período considerado, los resultados no cambiarían.

CUADRO 4.4: Tasa de feminización por especialidad médica

2006	Tasas de feminización MIR 2003-2005
Alergia	0,69
Análisis clínico	0,69
Anatomía patológica	0,71
Anestesiología y reanimación	0,61
Analogía y cirugía vascular	0,54
Aparato digestivo	0,67
Bioquímica	0,51
Cardiología	0,43
Cirugía cardiovascular	0,24
Cirugía general	0,49
Cirugía oral y maxilofacial	0,41
Cirugía ortopédica y traumatología	0,31
Cirugía pediátrica	0,67
Cirugía plástica, estética reparadora	0,38
- Cirugía torácica	0,41
Dermatología médica, quirúrgica y venereología	0,70
Endocrinología y nutrición	0,77
Farmacología clínica	0,61
Geriatría	0,69
Hematología y hemoterapia	0,71
Hidrología	0,69
nmunología	0,46
Medicina de trabajo	0,65
Medicina de la educación física	0,50
Medicina familiar y comunitaria	0,73
Medicina física y rehabilitación	0,68
Medicina intensiva	0,62
Medicina interna	0,65
Medicina legal y forense	0,59
Medicina nuclear	0,73

CUADRO 4.4 (cont.): Tasa de feminización por especialidad médica

2006	Tasas de feminización MIR 2003-2005
Medicina preventiva y salud pública	0,68
Microbiología y parasitología	0,68
Nefrología	0,80
Neumología	0,61
Neurocirugía	0,31
Neurofisiología clínica	0,57
Neurología	0,63
Obstetricia y ginecología	0,84
Oftalmología	0,58
Oncología médica	0,68
Oncología radioterápica	0,75
Otorrinolaringología	0,49
Pediatría y áreas específicas	0,80
Psiquiatría	0,68
Radiodiagnóstico	0,62
Reumatología	0,75
Urología	0,32

Fuente: González López-Valcarcel et al. (2007).

De tal forma que podemos concluir que aunque la hipótesis de la diferenciación de productos es una explicación plausible para determinadas especialidades de Medicina o de Veterinaria como veremos en posteriores secciones, no es válida como explicación universal del proceso de la feminización de la profesión sanitaria. Es preciso, por tanto, para las profesiones sanitarias en general y para determinadas especialidades médicas, buscar otras explicaciones para explicar las significativas diferencias en participación.

4.2.3. Las profesiones sanitarias permiten trabajar de forma mayoritaria en el sector público

El desarrollo de la Seguridad Social en el último medio siglo ha tenido como uno de sus efectos que la mayor parte de los profesionales que trabajan en el sector se hayan convertido en funcionarios públicos. Por ello la feminización de las profesiones sanitarias no sería sino un aspecto de un proceso más general de feminización de la Administración Pública que se ha desarrollado —y se sigue desarrollando— con gran celeridad en España. Así, de acuerdo con los datos presentados en los capítulos anteriores de esta monografía, mientras en el conjunto del mercado laboral la feminización se ha intensificado tanto en el sector público como en el privado, en las profesiones sanitarias sólo ha avanzado en el sector público.

En el cuadro 4.5 se refleja la participación de la mujer en la Administración Pública en los últimos años así como la participación de la mujer en las profesiones sanitarias. Como se observa en el cuadro, el crecimiento de las mujeres en las profesiones sanitarias duplica al de los hombres, un fenómeno que asimismo se advierte en otros ámbitos de la Administración que también se encuentran feminizados como la educación o la justicia.

El análisis coste-beneficio que realiza quien se plantea convertirse en funcionario en España es claro. Para un profesional de alta cualificación —como es el caso de los médicos— trabajar para la Administración Pública significa renunciar a los ingresos más elevados que pueden obtenerse en el sector privado. Pero las ventajas son considerables en términos de mayor seguridad en el trabajo, mayor comodidad en la realización de la actividad correspondiente, y horarios más reducidos de trabajo. En el caso de las mujeres esto supone una mayor facilidad para compaginar la vida profesional con la maternidad y la vida familiar. Es cierto que este último factor es de aplicación también a los hombres. Pero la evidencia empírica muestra de forma concluyente que los hombres valoran estos aspectos en un grado significativamente menor que las mujeres.³

³ De acuerdo con el estudio sociológico de J. Rodríguez y J. Bosch que se presenta en el capítulo 5 de esta monografía, los hombres más que las mujeres consideran sus profesiones como lo más importante de sus vidas, como fuente de satisfacción o como forma de vida. Las mujeres ponderan más el hecho de que la profesión es básicamente un trabajo. Esa mayor identificación entre vida y profesión, en el caso de los varones, les lleva a considerar frecuentemente que el ejercicio de la misma requiere de una dedicación total (29% v. 14% de mujeres).

CUADRO 4.5: Participación de las mujeres en la Administración Pública

(en miles y en porcentaje)

	To	Total	Hombres	bres	Muj	Mujeres	% Hombres	nbres	% Mujeres	jeres
	1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2002
Sanidad	312.385	420.236	94.286	105.446	218.098	314.790	30,5	25,1	8,69	74,9
Médicos	85.089	117.795	55.636	65.407	29.453	52.388	65,4	55,5	34,6	44,5
Veterinarios	2.526	5.902	2.134	3.218	392	2.684	84,5	54,5	15,5	45,5
Farmacéuticos	2.148	3.208	1.061	791	1.087	2.417	49,4	24,7	50,6	75,3
Enfermeros	122.193	156.848	21.514	25.591	100.678	131.257	17,6	16,3	82,4	83,7
Técnicos en sanidad	13.767	25.239	3.287	3.070	10.479	22.169	23,9	12,2	76,1	87,8
Auxiliares de enfermería y sanidad	899.98	111.244	10.654	7.368	76.008	103.875	12,3	9,9	87,7	93,4
Educación	432.482	605.261	183.096	230.970	249.386	374.291	42,3	38,2	57,7	61,8
Justicia	15.956	20.168	9.850	10.339	6.107	9.829	61,7	51,3	38,3	48,7

Fuente: EPA-INE.

	Crecimie	nto absol	Srecimiento absoluto (2005/1996)	(1996)	Tasa d	Tasa de crecimiento (2005/1996) $\%$	to (2005,	% (9661/	
	Total	Hor	Hombres	Mujeres	Total	Hom	Hombres	Mujeres	
Sanidad	10	07.851	11.160	96.692	32	34,5	11,8		44,3
Médicos	3	32.706	9.772	22.934	34	38,4	17,6		77,9
Veterinarios		3.376	1.083	2.293	93	133,7	50,8		585,5
Farmacéuticos		1.061	-269	1.330	30	49,4	-25,4		122,3
Enfermeros	3	34.655	4,077	30.579	62	28,4	18,9		30,4
Técnicos en sanidad		11.472	-217	11.689	39	83,3	9,9–		111,5
Auxiliares de enfermería y sanidad	61	24.581	-3.286	27.867	37	28,4	-30,8		36,7
Educación	17	72.779	47.874	124.905	35	40,0	26,1		50,1
Justicia		4.212	489	3.723	23	26,4	5,0		61,0

Fuente: EPA-INE.

El hecho de que la mayor parte de los profesionales sanitarios trabajen hoy en España para el sector público debe matizarse en un doble sentido. En primer lugar, porque la oferta pública ha reducido la demanda de servicios en el sector privado, lo que obliga a trabajar para el sector público a muchos profesionales que, en un mercado con un sector privado más desarrollado habrían preferido el ejercicio privado de la profesión. Y, en segundo lugar, el desempeño de un puesto en la sanidad pública ha sido acompañado, con gran frecuencia, por el ejercicio de actividad privada. Si la hipótesis de la preferencia de las mujeres por el sector público es válida, los datos deberían mostrar que la proporción de hombres que compatibilizan el puesto público con el ejercicio privado debería ser significativamente mayor que el porcentaje de las mujeres que hace lo mismo. Como se recoge en el capítulo 6 de Dolado y Felgueroso, un 20% de los médicos varones declaran en la EPA tener varios empleos. En este mismo sentido, una encuesta llevada a cabo por el Colegio de Médicos de la Comunidad de Madrid en el 2003, señalaba que el 73% de las mujeres médicos afirmaron que sólo ejercían en el sector público, mientras que sólo el 52% de sus colegas masculinos trabaja exclusivamente en el sector público, de modo que el 48% de los médicos masculinos compaginaban esta actividad con el ejercicio en centros privados.

4.2.4. La tendencia de las mujeres a trabajar en sectores donde las mujeres son mayoría

La propensión a concentrarse en actividades en las que el propio grupo social desempeña un papel importante se da con frecuencia en ámbitos diversos (por ejemplo, los inmigrantes de una misma zona tienden a trabajar en actividades semejantes y en lugares geográficos próximos). Esta conducta es racional en cuanto reduce los costes de información e integración laboral para la persona que busca trabajo. Ser la primera mujer en un determinado sector o empleo puede ser atractivo para algunas mujeres; pero es, seguramente, muy costoso para muchas otras (Davidson 1992).

Por ello es previsible que en aquellos sectores en los que ya existe un número importante de mujeres, se acreciente la participación femenina.⁴ El problema es determinar cuáles pueden ser los límites de este proceso; porque, llevado hasta sus últimas consecuencias, tendría como resultado un proceso de feminización prácticamente total y el desplazamiento de los hombres a otras actividades que sigan siendo básicamente masculinas.

Algunos economistas como Epstein (1995) sugieren que cuanto mayor sea la varianza de preferencias entre los trabajadores sobre temas de trabajo, mayores serán los costes de establecer y hacer cumplir las normas de trabajo para los empresarios. Las clasificaciones voluntarias pueden reducir los costes de hacer y ejecutar las decisiones de trabajo, puesto que preferencias más homogéneas entre los trabajadores implican normas que son válidas o aceptables para un mayor número de trabajadores; a esto se le ha denominado eficiencias interactivas. Este tipo de eficiencias han sido esgrimidas por diversos autores como el principal argumento del dominio de la clase media china en la economía de Malasia o de los judíos en el comercio de diamantes en Nueva York (Landa 1981). La proposición general es clara: si los gustos entre los trabajadores difieren, resulta más difícil llegar a una norma o conclusión que funcione para la generalidad de los trabajadores. De forma que, cuanto mayor sea la varianza de los gustos, más problemáticas son de obtener las decisiones colectivas.

En un modelo simple, cuanto mayor sean las diferencias en preferencias, mayores serán los costes para la empresa. Cuando las decisiones sobre temas de las empresas tienen que ser tomadas colectivamente, existe una tendencia para las partes interesadas de cada grupo a formar un *lobby* (grupo de presión) para conseguir que las decisiones sean favorables para el mismo dada la importancia que puede tener el que se tome una u otra decisión.

⁴ Esta idea se basa en la teoría denominada *imitación de roles (role modelling)* que hace referencia a cómo los individuos observan las actitudes y las respuestas de los demás, aprendiendo de esta manera nuevas respuestas y formas de conducta. Los individuos seleccionamos unos «modelos», (preferentemente aquellos con los que tenemos un grado de afinidad o semejanza), de los que recibimos grandes influencias y con los que intentamos identificarnos. Imitamos la conducta y respuestas aprendidas por la observación de dicho modelo y si conseguimos imitar con éxito, reforzamos aún más nuestra conducta aprendida.

Si se trata de una decisión sobre un «sí» o un «no», un grupo determinado puede salir beneficiado, mientras que el otro grupo puede salir perjudicado salvo en el supuesto de que este grupo al oír los contraargumentos del grupo opuesto se convenciera sobre el tema que se discutía. Al finar, va a ser la empresa la que va a soportar los costes de los conflictos internos así como la insatisfacción que subyace entre los miembros del grupo perjudicado cuando se toma la decisión.

Una manera de reducir estos costes es encontrar el modo de reducir la variación de gustos dentro de un grupo de individuos o trabajadores. Por ejemplo, los condominios y cooperativas rutinariamente tratan de hacer esto examinando los ingresos de los posibles participantes y procurando asegurar que todos los propietarios tengan los medios para pagar los servicios colectivos que la asociación ofrece. El hecho de que se aspire a igualar los ingresos de los miembros dentro de una comunidad no sólo intenta evitar que todas las personas puedan pagar por los servicios ofrecidos, sino que se parte de la idea de que ingresos semejantes suelen implicar gustos convergentes lo que a su vez resulta en un menor numero de conflictos.

En este mismo sentido, pueden citarse otros fenómenos similares. Es conocido, por ejemplo, el caso del abandono de determinados barrios por sus habitantes originales cuando acceden a él determinadas minorías étnicas, hasta que el barrio pasa a ser controlado por completo por el nuevo grupo de residentes. Pero se pueden citar también casos en los que el acceso de un grupo se realiza sin problemas de integración y los que ocupaban inicialmente un determinado sector no se desplazan a otras actividades.

En el caso del sector sanitario, el hecho de que existieran profesiones muy feminizadas como las de Farmacia o de Enfermería ha producido un «efecto llamada» importante sobre el colectivo de las mujeres, y ha ocasionado, por ejemplo, que en el caso de los farmacéuticos el porcentaje de mujeres haya aumentado desde el 59% en 1996 al 75% en el año 2005, por lo que Farmacia se ha convertido en una profesión todavía más feminizada. En este mismo sentido, en el caso de Enfermería se ha puesto de manifiesto que una ocupación prácticamente

ejercida por mujeres ha servido de modelo para otras mujeres, y ello ha provocado que se hayan mantenido sus altas tasas de feminización durante un período de más de 10 años. Así, en 1996, el 82% de todos los enfermeros eran mujeres, y esta cifra prácticamente crece ligeramente en el año 2005 con un 83% de mujeres enfermeras.

Otras ocupaciones no tan feminizadas como las anteriormente mencionadas, como son Medicina, Odontología y Veterinaria, también han experimentado este «efecto llamada», pues aunque no partían de porcentajes de ocupación femenina tan elevados (35% y 20%, respectivamente, en 1996), sí tenían una representación femenina mucho mayor que en otras ocupaciones, como por ejemplo las ingenierías y Arquitectura. Ello ha podido provocar que las mujeres con altas calificaciones en sus estudios hayan elegido mayoritariamente ocupaciones de la salud en vez de ocupaciones técnicas al considerar que había modelos femeninos que ya habían ocupado anteriormente esas profesiones, lo que se refleja en el año 2005 con porcentajes de representación femenina en Medicina y Odontología del 43%, es decir, una subida de 8 puntos porcentuales, y en el caso de Veterinaria del 38%, lo que supone un incremento de un 18% adicional y, además, constituye el mayor crecimiento de todas las ocupaciones sanitarias.

4.2.5. Otras posibles explicaciones de la feminización

Puede pensarse que una razón adicional de la feminización se encuentra en la discriminación en el acceso a la profesión. De acuerdo con esta interpretación, los miembros del sexo dominante en cada profesión favorecerían a las personas de su mismo sexo y crearían barreras de entrada a las del sexo contrario. El argumento no es sostenible al menos en lo que al acceso se refiere, por dos razones. La primera es que, dado lo reciente del proceso de feminización y la estructura de la profesión médica, los profesionales más relevantes en todas las profesiones son hombres, por lo que habría que explicar por qué la discriminación se habría producido en unos sectores y no en otros. La segunda razón es el criterio que se utiliza para el acceso a la categoría de MIR, que se basa en un examen abierto y competitivo, en el que las especia-

lidades se eligen de acuerdo con un orden determinado por las puntuaciones obtenidas.

Cabría la posibilidad de que las aspirantes supieran —o sospecharan— que en determinadas especialidades existe discriminación a la hora de ascender en la profesión y ocupar puestos de responsabilidad.⁵ Y de forma racional, se excluyeran mayoritariamente de ellas, optando por otras especialidades en las que suponga que tal discriminación no existe o es más reducida. Habría que analizar para ello la situación concreta de cada especialidad, pero este estudio merecería un análisis pormenorizado por especialidades, que escapa al objeto global de este capítulo.

También es de reseñar que las mujeres tienden a ocupar puestos de trabajo de inferior remuneración. Los datos de la Encuesta de Estructura Salarial indican que la remuneración media de las mujeres es significativamente más reducida que la de los hombres. Esto puede deberse a que existe discriminación salarial —se paga a las mujeres menos que a los hombres con la misma productividad—⁶ o a que haya discriminación ocupacional —las mujeres son excluidas de los empleos de más alta remuneración y están sobrerrepresentadas en los de salarios más bajos—.

En las últimas décadas, un importante porcentaje de la profesión sanitaria se ha socializado, de forma que un número elevado de los efectivos de este sector trabaja para el sector público, como hemos visto en el apartado anterior. Esto ha provocado que los salarios en términos relativos hayan disminuido con respec-

⁵ De acuerdo con los datos de 2003, las mujeres en Medicina están ausentes de los puestos de toma de decisión. Su empuje no se percibe a la hora de promocionarse en las organizaciones sanitarias, profesionales y académicas. Las cifras señalan que sólo hay un 30% de directoras generales de departamentos autonómicos de salud, un 20% de gestoras de centros asistenciales, un 20% de jefas de servicios hospitalarios, el 35% de jefes de sección, y el 15% de catedráticas. Y únicamente presiden dos colegios de médicos: Asturias y Madrid.

⁶ Ya en 1986 la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones, de la OIT, en su estudio general sobre la igualdad de remuneración, señalaba que los empleos asignados mayoritariamente a mujeres tienden a remunerarse peor que los que ocupan los trabajadores del otro sexo; incluso tratándose del ejercicio de profesiones equivalentes o similares, la mujer suele percibir un sueldo o salario inferior al del hombre.

to a otras profesiones, provocando una importante «huida» de los hombres a profesiones con mayores expectativas como las ingenierías o el sector empresarial (sector privado), mientras que las mujeres no sólo han permanecido sino que han incrementado su presencia en el sector sanitario. Esta mayor presencia femenina puede explicarse considerando que las mujeres a la hora de elegir una profesión, además de los salarios, tienen en cuenta otro tipo de compensaciones, tales como la seguridad del sector público,⁷ la posibilidad de compatibilizar horarios de la vida familiar y profesional,⁸ sobre todo en determinadas especialidades médicas o en profesiones sanitarias como Veterinaria o Farmacia.

La idea que subyace es que las mujeres son mayoritariamente las que se encargan de los aspectos relacionados con la familia (hogar, hijos, mayores) de forma que, en su escala de preferencias, atribuyen un mayor valor a salarios menores, pero mejores horarios, y a una organización flexible del trabajo, que a unos salarios más elevados, pero con menores posibilidades de compatibilización. Este mismo patrón de conducta no se confirma para los hombres en los que el salario sigue siendo el determinante fundamental para elegir la profesión.

⁷ Tanto en la *Encuesta de la Calidad de Vida en el Trabajo 2003* como en la *Encuesta de Empleo del tiempo 2002-2003*, cuando se preguntaba sobre las preferencias de trabajar en el sector público, se observaba que tanto las ocupadas como los ocupados encuestados desearían trabajar en el sector público en mayor proporción a lo que sucede en la realidad, pero esta diferencia es mucho más acusada en el caso de las mujeres. Esto se puede interpretar como que ellas, en promedio, tienen unas preferencias más marcadas que ellos por compatibilizar las responsabilidades profesionales y familiares, lo cual es más viable cuando se trabaja para el sector público.

⁸ En las Encuesta de la Calidad de Vida en el Trabajo 2003 y en la Encuesta de Empleo del tiempo 2002-2003 también se preguntaba: «¿Se responsabiliza de las tareas domésticas?», a las ocupadas/os que tienen pareja y dos hijos a su cargo entre 0 y 12 años. La opción «Sí, principalmente soy la persona que las realiza» es contestada casi exclusivamente por mujeres: un 46,35%. Por otra parte, en cuanto a la opción «Sí, comparto la realización de las tareas con mi pareja», ésta es suscrita por el 35,30% de las ocupadas y el 30% de los ocupados. De ello se desprende que los únicos hombres-ocupados que afirman que adquieren responsabilidades en las tareas domésticas lo hacen de manera compartida con sus parejas, mientras que en el caso de las ocupadas, a pesar de estar trabajando fuera del hogar, declaran en unos porcentajes significativos, que ellas son las que se ocupan principalmente de las responsabilidades del hogar.

A fin de proporcionar una evidencia sobre esta hipótesis, basta con recurrir a los datos de la Encuesta de Estructura Salarial presentados en el capítulo 3 donde se pone de manifiesto que existe una amplia disparidad de crecimientos salariales entre 1995 y 2002. Resulta muy significativo que el crecimiento salarial de las profesiones sanitarias sea inferior al del resto de profesiones tituladas (con la excepción del Derecho, otra profesión ampliamente feminizada). Los salarios en las profesiones sanitarias crecen alrededor de la mitad de lo que crecen los salarios en el resto de profesiones, lo que corrobora nuestra hipótesis de que las mujeres tienden a trabajar en ocupaciones donde las remuneraciones son menores y, a su vez, provoca que estas profesiones resulten menos interesantes para los hombres.

4.3. Un caso de estudio: la profesión veterinaria

A lo largo de las últimas décadas, la profesión de veterinario ha sufrido cambios muy significativos que han acompañado el acelerado desarrollo de nuestro país y que todavía no han concluido. Hemos pasado de la figura tradicional del veterinario en zona rural responsable de la cabaña ganadera a un veterinario en zona urbana que trabaja en las Administraciones Públicas o que se encarga de una clínica de animales pequeños. Y que es, cada vez con mayor frecuencia, mujer.

En España hacia finales de los años cincuenta y comienzo de los sesenta se inicia el desarrollo económico, que viene dado por un incremento continuado y sostenido de la renta, lo que determina en principio un cambio en los hábitos alimentarios de la población. Este hecho implica una dinámica socioeconómica nueva, de tal manera que las preferencias del consumo se dirigen hacia productos de origen animal en detrimento del consumo de productos de origen vegetal y, por supuesto, esto supone un tremendo reto para la profesión veterinaria, que se integra en el nuevo sistema de producción intensiva. Esta nueva demanda de veterinarios provocó la necesidad de que hubiera especialistas en producción animal (genética, manejo, reproducción y alimentación), así como en bromatología, debido al

proceso de industrialización y comercialización de la producción animal.

Más tarde, el desarrollo experimentado en nuestro país durante la década de los años setenta, provocó un paulatino incremento del número de animales de compañía que a su vez conllevó la creación y posterior expansión de las clínicas veterinarias. A esta nueva situación se unió unas elevadas tasas de natalidad en esa época, que supuso un crecimiento posterior de la matrícula en la mayoría de las carreras universitarias, especialmente en Veterinaria.

Hoy, la población de este sector es joven. El 68% de los profesionales veterinarios es menor de cuarenta años, y la edad media de las mujeres que trabajan en esta profesión es la menor de todas las profesiones sanitarias: 35,6 años (frente al 37,9 de media en el total de ocupados y el 39,4 en las profesiones sanitarias).¹⁰

Esta población joven es en buena medida femenina. En el tramo 16 a 29 años, el 48% de los veterinarios ya son mujeres, y en el tramo de 30 a 49, un 38%. Además, si se analizan los datos de presencia femenina en la profesión veterinaria a lo largo del tiempo, se observa que, en la década de los años noventa, las mujeres que se dedicaban a la Veterinaria eran en su mayoría solteras (un 63,5% tenía este estado civil) ya que muchas veces el tipo de trabajo que se desarrollaba era incompatible con una familia, mientras que en la actualidad, con datos del 2005 son las mujeres casadas las que se dedican a esta profesión (un 64,6% había contraído matrimonio). Es decir, parece que existe una relación entre el modo y el lugar en el que se ejerce la profesión con el estado civil de las veterinarias.

Una diferencia importante entre la Veterinaria y otras profesiones sanitarias es el porcentaje de asalariados: en el caso de los veterinarios es muy inferior al del resto de profesiones sanitarias (un 48% frente a un 70%) y más similar al porcentaje de asalariados del conjunto de sectores de nuestra economía. Estas diferen-

⁹ En este sentido se puede señalar el impacto que causó el programa de televisión de Félix Rodríguez de la Fuente, que despertó en muchos jóvenes gran interés por el mundo animal. Existen diversos estudios que ponen de manifiesto que la popularidad o éxito de un programa o serie de televisión tienen influencia sobre las carreras que eligen los estudiantes en los meses y/o año posterior a su emisión.

¹⁰ Estos datos y el resto de los que se proporcionan en esta sección provienen de la Encuesta de Población Activa.

cias son todavía más acusadas en el caso de las mujeres, donde el 37,5% de las veterinarias tiene un contrato laboral frente al 75,4% del conjunto de profesiones sanitarias.

4.3.1. Posibles causas de la feminización: abandono gradual de los hombres de la profesión veterinaria

Tal y como se señalaba en la primera sección de este capítulo sobre las causas de feminización de la profesión sanitaria parece claro que una primera causa relevante de la mayor feminización de la profesión de Veterinaria es el abandono por parte del hombre de esta actividad, al igual que ocurría con otras profesiones como la Medicina o la Estomatología. Veterinaria es la profesión que más ha incrementado el número de efectivos, con más de un 130% en una década, al mismo tiempo que se feminizaba. Si en 1996 los hombres suponían el 80,17% de la profesión, en 2005 esta cifra se ha reducido en 20 puntos porcentuales, pasando a representar los hombres el 61,53% del total de los veterinarios.

Los hombres han empezado a ceder paso a las mujeres y, en valores acumulados, observamos que en la actualidad el número de efectivos es cada vez más igualitario (los hombres, un 61,53%, y las mujeres, un 38,48%). Además, si tenemos en cuenta los datos de las facultades de Veterinaria, observamos que esta tendencia se consolida en el futuro. Son significativas, en este sentido, las facultades de Madrid y Barcelona, en las que de acuerdo con los datos académicos del curso 2003-2004, la representación femenina es del 62,4% y del 68,5% respectivamente.

4.3.2. Cambio en el contenido de la profesión

En segundo lugar, la feminización de la profesión veterinaria se ha visto acompañada por un cambio en las tareas de esta profesión. Esta modificación del contenido de la profesión se refleja en las especialidades elegidas por los estudiantes durante la carrera. Tradicionalmente la especialidad más elegida era la de «producción animal», orientada a atender las necesidades de una producción intensiva. Conforme la sociedad generó nuevas demandas, se produjo un cambio hacia la especialidad de «medicina y sanidad», un ámbito que resulta al mismo tiempo más atractivo para la mujer.

CUADRO 4.6: Número de veterinarios según edad y sexo en España, 2002

Especialidad					Número	de veter	Número de veterinarios según sexo y edad	gún sex	o y edad				
cursada durante				H	Fecha de nacimiento	nacimien	to				E	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
la licenciatura	Hasta 1940	1940	1941-1950	1950	1951	1951-1960	1961-1970	1970	Desde 1971	1971	1004	s las eu	sans
ı	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	TOTAL
Medicina y sanidad	16	I	68	26	1.360	187	2.855	1.501	460	651	4.780	2.365	7.145
Producción animal y economía	31		129	11	579	94	1.011	427	176	70	1.926	602	2.528
Bromatología y sanidad	23		85	4	216	56	899	459	37	71	1.026	590	1.616
Medicina y producción animal	ಸರ		16	60	15		45	14	∞	60	98	20	106
Medicina y bromatología	l		12	I	40		23	51	13	27	8	78	166
Producción animal y bromatología	I		I	I	r	1	I		I		κ	1	$r_{\mathcal{O}}$
Medicina, producción animal y bromatología	ı	1	ı	ı	10	I	I	I	I	ı	10	ı	10

Fuente: GGVE. Los datos objeto de análisis corresponden a las respuestas facilitadas por los veterinarios a la encuesta realizada por el Colegio General de Veterinarios de España, han sido excluidos de este estudio aquellos que responden «no sabe/no contesta».

Este cambio de especialización, que se ha visto acompañado de una presencia mayor de la mujer en las aulas, se percibe también entre las diferentes facultades de Veterinaria. Aquellas que son más rurales, como las de León o Cáceres, cuentan con un porcentaje de mujeres mucho más reducido: 55% para la primera y 50,4% para la segunda. Por el contrario, en las facultades más urbanas, como las de Barcelona (68,5%) o Madrid (62,4%), observamos que los porcentajes de mujeres son mucho más elevados.

Que la presencia del hombre en la profesión veterinaria sea mayor cuando la actividad que debe desempeñar se realiza en el medio rural controlando una ganadería intensiva, y la presencia de la mujer sea mayoritaria cuando las actividades se realizan en el medio urbano y con pequeños animales, puede ser el resultado de varios factores. En primer lugar, puede ser consecuencia de la ventaja comparativa de hombre y mujer en las diferentes actividades. El cuidado de ganado en el medio rural es una actividad más propia de hombres que de mujeres, ya que se trata de una actividad dura, que exige frecuentes desplazamientos —a menudo en condiciones difíciles—, para realizar un trabajo en el que la fuerza física puede desempeñar un papel importante. En el cuidado de pequeños animales de compañía es mucho más importante, en cambio, una mayor delicadeza y atención al animal, cualidades que suelen atribuirse en grado mayor a las mujeres. No se ha mencionado la competencia técnica, que es sin duda la cualidad más importante para un veterinario, pero con respecto a la cual no pueden establecerse diferencias por motivos de sexo.

Puede ocurrir que estas características diferenciadas no sean reales o existan sólo en un grado limitado, pero que los demandantes de estos servicios así lo consideren. Por ejemplo, dado que los propietarios de animales de compañía incluyen en su función de utilidad el bienestar de su perro o su gato, tratarán de que reciba una buena atención, en la que el trato que se presta al animal es un elemento importante. Si, de acuerdo con la información de la que disponen, una mujer trata a los animales con mayor delicadeza que un hombre, considerarán que el sexo del veterinario es un factor relevante a la hora de escoger una clínica y optarán por una atendida por una mujer. Por el contrario, si el propietario

de un rebaño de ovejas o una granja de vacas considera que, en promedio, los hombres pueden realizar mejor la atención a este tipo de animales, contratarán a un veterinario.

¿Cómo puede alcanzarse el equilibrio en un mercado de estas características? Una posibilidad es ajustar por la cantidad. Si el sector ganadero muestra una preferencia por hombres, muchos titulados se orientarán a él. Y si los clientes prefieren mujeres en las clínicas veterinarias, muchas tituladas se orientaran hacia este sector. Los datos antes presentados parecen confirmar la validez de este análisis. Es importante señalar, en todo caso, que estas conclusiones se formulan en condiciones de *ceteris paribus*, es decir, sin tomar en consideración los restantes factores de especialización por sexo antes analizados. Y que estos factores pueden ser los de mayor relevancia explicativa en muchos casos.

4.3.3. La existencia de númerus clausus

Una tercera explicación de la feminización de la profesión veterinaria puede encontrarse en la existencia de númerus clausus en el acceso a las facultades de Veterinaria. La nota de corte durante el curso 2005-2006 fue desde un 6,15 en la facultad de Veterinaria de Lugo hasta un 7,34 en la Complutense de Madrid, es decir, unas notas de acceso superiores a la media del resto de las titulaciones de ciclo largo.

En este sentido, parecen operar dos fuerzas complementarias que conducen a una mayor presencia de las mujeres en las facultades de Veterinaria:

 Por un lado, las mujeres tienen menores tasas de abandono,¹¹ aprueban en un mayor porcentaje selectividad¹² y, además,

 $^{^{11}}$ Los datos indican que el sistema educativo español soportó, en el curso 2003-2004, un fracaso escolar de 29,6%, 2,6 puntos más que en el curso 1999-2000. El fracaso escolar femenino alcanza el 22% (un 2,8% más que en 2000), mientras que el masculino se dispara hasta el 36,9% (2,3 puntos más).

¹² Las cifras reflejan que las mujeres obtienen un porcentaje mayor de aprobados que los hombres. Así, en el 2006, el 58,1% de los candidatos que acceden a la universidad son mujeres (un porcentaje idéntico al de 2005), y aprueban el 83,5% de las que se presentan. En el caso de los hombres, el porcentaje de aprobados es del 81,6%, lo que significa casi dos puntos menos que las mujeres que aspiran a cursar estudios superiores.

obtienen mejores calificaciones en las pruebas de acceso a la universidad, por lo que pueden elegir primero lo que provoca una presencia cada vez mayor de las mismas en las facultades de Veterinaria y en las principales especialidades.

 Por otro, existe una menor competencia en el acceso a estos cupos máximos con los hombres puesto que aquellos que obtienen los mejores resultados en selectividad (potenciales competidores de las mujeres) prefieren acceder a las ingenierías o carreras de perfil científico técnico donde también se exigen altas notas de acceso.¹³

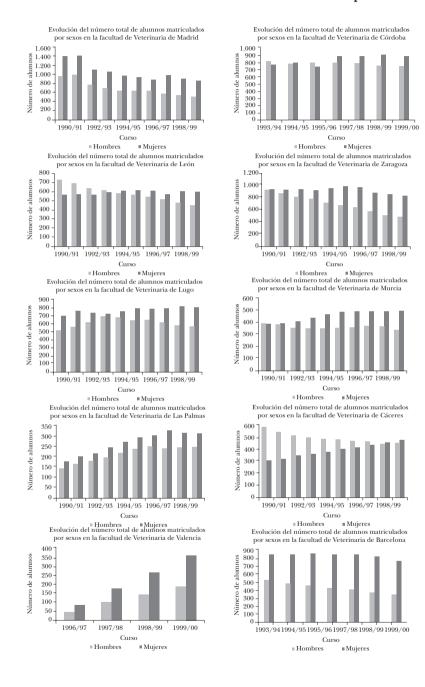
De tal modo que en las carrera de Veterinaria se está observando una ausencia masculina cada vez mayor debido a que los mejores expedientes masculinos prefieren estudiar otras carreras que ofrecen mayores expectativas en términos de salarios o de promoción y, al mismo tiempo, los peores estudiantes masculinos tampoco tienen la posibilidad de acceder a esta ocupación por la existencia de nota de corte para entrar en esta carrera. Lo que en definitiva provoca que en dicha carrera no se cuenten ni con los mejores expedientes masculinos ni tampoco con los peores.

4.3.4. Sector público y clínicas privadas

Ya comentamos en el análisis de las causas de la feminización de las profesiones sanitarias que existen motivos fundados para que las mujeres elijan carreras que se desarrollan en el sector público. Mayor seguridad, horarios más reducidos y mayor flexibilidad para compaginar la vida profesional con la vida familiar son elementos claramente valorados por la mujer en el sector público.

 $^{^{13}}$ Los datos del MEC señalan que durante el curso 2003-2004 del total de alumnos matriculados en el curso 2003-2004 en enseñanzas técnicas (ingenierías más arquitecturas) un 67,5% eran hombres mientras que sólo un 26,10% eran mujeres, el porcentaje restante (5,4%) no señala si es hombre o mujer en la matrícula.

GRÁFICO 4.4: Evolución del número total de alumnos matriculados en las distintas universidades españolas



Es significativo, en este sentido, que la feminización de las profesiones se haya visto acompañada, tal y como se puso de manifiesto en el primer capítulo,¹⁴ por una reducción notable en el número de horas trabajadas de igual forma que en otros sectores de la Medicina. Esto ha ocurrido en Veterinaria también. Así, mientras que en las profesiones sanitarias en 1996 se trabajaba una media de 39,80 horas semanales, en 2004 esa cifra se redujo a 35,30. Además, esa reducción fue más profunda entre las mujeres veterinarias (–3,9) que entre los hombres (–3,4).

El caso de la profesión veterinaria es significativo. Casi un 40% de los veterinarios trabajan en la Administración Pública. De hecho, es la que congrega ya un número mayor de ocupados del sector público, con un 60% de mujeres si nos fijamos en las cohortes más jóvenes (nacidos después de 1971). Hay que señalar que en el cuadro 4.7 las mujeres autónomas aparecen contabilizadas en la rúbrica *empresa privada*, pero los datos confirman la hipótesis de que las mujeres que ejercen como veterinarios lo hacen o bien como funcionarios o bien como autónomos, no como asalariados en el sector privado.

Las mujeres buscan muchas veces como alternativa a la seguridad que ofrece la contratación en el sector público, la flexibilidad y las posibilidades de compatibilización con la esfera familiar que ofrece la figura de los autónomos. No sólo en Veterinaria. De hecho, durante el 2006, las mujeres lideraron las altas en el régimen especial de trabajadores autónomos (RETA), que engrosó 86.702 nuevos autónomos respecto a 2005, al protagonizar el 51,7% de las mismas, mientras que los varones acapararon el 48,3% restante, con 41.877 nuevas altas.

En el caso de los veterinarios, los autónomos superan el 35% de los ocupados, de los cuales el 30% son mujeres. Lo relevante, sin embargo, es que en las cohortes más jóvenes (los nacidos a partir de 1971) las mujeres pasan a representar el 54% del total de autónomos, es decir, en las últimas generaciones de veterinarios ya hay más mujeres autónomas que hombres.

 $^{^{14}}$ Véase cuadro 1.11 del capítulo 1 «Horas medidas trabajadas de la población ocupada en sanidad, educación y justicia por sexo, 1996 y 2004.

CUADRO 4.7: Lugar donde ejercen su actividad los veterinarios de España

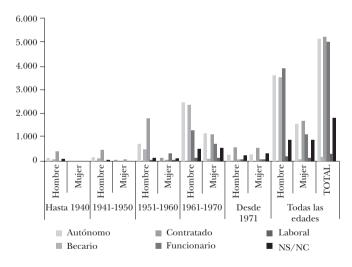
					Número	de veter	Número de veterinarios según sexo y edad	ún sexo	y edad				
Lugar					Fecha de nacimiento	nacimien	to				E	To the state of th	-
aonae ejercen su actividad	Hasta	Hasta 1940	1941-1950	1950	1951-1960	0961	1961-1970	1970	Desde 1971	1971	1002	s ias eut	ges
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total
Administración autonómica	248	I	286	I	1.592	272	1.731	1.020	26	143	3.954	1.444	5.398
Administración central	56	I	43	20	36	30	20	65	11	30	196	142	338
Autónomo	11	I	40	23	240	13	934	289	102	69	1.327	394	1.721
Ayuntamiento	15	I	16	I	56	31	69	18	l	I	156	49	205
Cooperativa	25	I	l	I	12		46	14	ಸ	10	89	24	95
Diputación	7	I	15	I	53	κ	7	18	9	I	88	23	1111
Empresa privada	111	13	150	14	855	154	3.261	1.516	583	623	4.960	2.320	7.280
Empresa pública	I	I	4	I	13		65	54	I	4	82	28	140
Fuerzas armadas	14		28	I	79		15	9	I	I	136	9	142
Internacional	I			I	I		3			I	3	I	381
ONG	65		36	\mathcal{Z}	103	24	79	50	13	6	293	88	80
Universidad	I	I	I	I	I	I		Σ	1	1	I	5	22

Fuente: CGVE.

4.3.5. La reducida tasa de paro de la profesión veterinaria

A lo largo de los años ha prevalecido la idea de que las mujeres son más aversas al riesgo que los hombres (Jianokoplos 1998); normalmente los estudios han estado centrados a la actitud de las mujeres en el ámbito financiero, pero es racional considerar que las mujeres se comportan de una manera similar ante el riesgo que supone elecciones tan importantes como la decisión de la profesión. En los últimos años han empezado a aparecer algunos estudios de economía experimental (Daruvala 2006) que parecen señalar que esa aversión viene determinada más por una percepción de que las mujeres sean renuentes al riesgo que por el hecho de que realmente lo sean.

GRÁFICO 4.5: Distribución de los veterinarios de España por el tipo de relación laboral



Fuente: CGVE.

Lo cierto es que en la actualidad, bien sea por una percepción bien por un hecho real, las mujeres se muestran más reticentes ante el riesgo en sus decisiones. Por ello, las mujeres en la elección de la profesión tienden a elegir profesiones más seguras y, por tanto, buscan profesiones donde la probabilidad de encontrar trabajo sea más elevada, es decir, se interesan por aquellas profesiones que ofrezcan tasas de paro más reducidas. En la ocupación de veterinarios, y frente a las creencias y cifras que se manejan normalmente, la tasa de desempleo se sitúa en torno al 6% del total y casi en la misma proporción en lo que se refiere a su distribución por sexos, donde destacan ligeramente las mujeres, que suponen el 58% de ese colectivo en paro, que tiene cifras muy próximas al pleno empleo.

En las profesiones sociosanitarias las tasas de paro total y masculino son similares a las observadas para el total de ocupados, mientras que la tasa de paro femenina es inferior a la del total de ocupados. Esto sugiere que el paro femenino en estas ocupaciones tiene menor incidencia que en el total de ocupados, mientras que la tasa de paro masculino es similar. Si a esto se une que la tasa de paro de la profesión de Veterinaria es incluso menor (6%) que la del conjunto de las profesiones sanitarias (9%); y además se añade que el reparto del desempleo es casi igualitario entre sexos, es lógico pensar que las personas más aversas al riesgo prefieren invertir en capital humano en profesiones como Veterinaria en las que existe una alta probabilidad de encontrar un puesto de trabajo.

4.4. Conclusiones e implicaciones

La feminización de las profesiones sanitarias es uno de los hechos más significativos que han ocurrido en el sector en las últimas décadas. Aunque el fenómeno se registra en todas las profesiones, es importante analizar las características específicas de cada una de ellas. En algunos casos, la profesión ha estado feminizada desde hace mucho tiempo, como ha ocurrido con Enfermería y, en menor grado, con Farmacia. En otros, en cambio, el fenómeno de feminización es mucho más reciente y se ha producido en grados muy diferentes. Un estudio detallado, por ejemplo, de las especialidades médicas nos permite identificar niveles de feminización muy distintos. Los datos presentados en este capítulo muestran, por ejemplo, las grandes diferencias que existen en lo que a la presencia de la mujer se refiere, en especialidades como la ciru-

gía cardiovascular, por un lado, y la obstetricia y ginecología, por otro. A partir de ellos, se analiza el problema de las causas de la feminización de las profesiones sanitarias y se intenta explicar por qué ha llegado mucho más lejos en una que en otras.

La feminización no tiene, ciertamente, en todos los casos una explicación de validez general. Hay factores que son importantes en la entrada de la mujer a todas las actividades sanitarias, entre las que destacamos, por una parte, el hecho de que la sanidad se ha convertido con el paso del tiempo en un sector controlado de forma muy predominante por la Administración Pública. El fenómeno de la feminización del sector público ha sido ampliamente estudiado; y no es difícil identificar causas que explican por qué las mujeres acuden a él en forma masiva. Básicamente, el Estado facilita realizar una actividad cómoda, más compatible con las actividades del hogar que lo que la empresa privada permite. Su desventaja es, ciertamente, un menor nivel de remuneración para actividades de alta cualificación profesional. Y las mujeres están más dispuestas que los hombres a aceptar este tipo de trabajos. Por otra parte, los ingresos de los médicos en la sanidad pública son hoy relativamente bajos en comparación con los que pueden obtenerse en otros sectores; y esto ha hecho, sin duda, que muchos hombres abandonen estas profesiones; o, si siguen en ellas, completen sus ingresos con una actividad privada en un grado significativamente mayor de lo que las mujeres lo hacen. Pero hay también razones específicas de cada profesión o especialidad. A la hora de analizar las diferencias que muestran los datos, se analiza el hecho de que, en determinadas especialidades médicas, los servicios que ofrecen las mujeres y las hombres pueden considerarse como productos diferenciados, o como productos que, al menos, son percibidos así por los usuarios. Es el caso, por citar el ejemplo más claro, de la ginecología, donde no es casualidad que más del 80% de los médicos internos residentes de las últimas promociones sean mujeres.

La profesión veterinaria, que constituye el caso de estudio de este capítulo, permite analizar cómo actúan en la práctica estos factores de feminización. En contra de lo que a veces se afirma, se trata de la profesión sanitaria en la que la feminización se ha producido de forma más acelerada. Aunque existen veterinarios hace

mucho tiempo, la profesión ha cambiado de forma sustancial en los últimos años, en los que se ha producido un desplazamiento de las actividades dominantes relacionadas con la ganadería a otras basadas en clínicas de atención a animales de compañía, a las que se han incorporado las mujeres de forma masiva.

En resumen, la feminización de las profesiones sanitarias en general, y de la Veterinaria, en particular, no es sólo el resultado de la incorporación acelerada de la mujer al mercado de trabajo, sino también del efecto de cambios estructurales importantes que han tenido lugar en estas profesiones.

Bibliografía

- Bergmann, B. «Does the Market for Women's Labor Need Fixing?». *Journal of Economic Perspectives* 3 n.° 1 (1989): 43-60.
- Boserup, E. Woman's Role in Economic Development. Londres: Earthscan, 1970.
- Consejo General de Colegios Veterinarios de España. La profesión veterinaria en el siglo XXI. Madrid: Consejo General de Colegios de Veterinarios de España, 2001.
- DAVIDSON, M. J. y C. L. COOPER. Shattering the Glass Ceiling. Londres: The Women Manager, 1992.
- DARUVALA, D. «Gender, Risk and Stereotypes». Working Papers in Economics 211 (2006) Göteborg University, Department of Economics.
- EPSTEIN, R. A. 1995 Capítulo IV. «Sex Discrimination» (capítulo 4). En Forbidden Grounds. Harvard: Harvard University Press, 1995: 274.
- GONZÁLEZ LÓPEZ VALCÁRCEL, B. y BARBER PÉREZ, P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- JIANAKOPLOS, N. A. y A. BERNASEK 1998. «Are Women More Risk Averse?». Economic Inquiry 36 n.º 4 (octubre 1998): 620-630.
- Landa, J. «A Theory of the Ethnically Homogeneous Middleman Group: An Institutional Alternative to Contract Law». *Journal of Legal Studies* 10 (junio 1981).
- Reskin, B. y P. Ross. *Queues, Gender Queues: Explaining Women's Inroads Into Male Occupations.* Philadelphia: Temple University Press, 1990.

5. Feminización de las profesiones sanitarias: una mirada sociológica

José A. Rodríguez Díaz José Luis C. Bosch Anna Ramon Aribau Universidad de Barcelona

LA llamada feminización de las profesiones sanitarias es uno de los elementos de un proceso complejo de transformación de las sociedades y los sistemas sanitarios actuales. De entre los procesos de transformación social global que influyen en la feminización debemos destacar el hecho de que nuestras sociedades son cada vez más ricas, orientadas al bienestar, tienden hacia sociedades posmaterialistas en valores y objetivos, y están sometidas a cambios demográficos importantes (envejecimiento, longevidad, problemas crónicos). Además, instituciones sociales clave, como la familia, están cambiando su papel y son cada vez menos proveedoras de servicios debido a un papel predominante del Estado y la consolidación de organizaciones especializadas en provisión de servicios. En España, todo ello coincide además, con la entrada masiva reciente de las mujeres en la educación universitaria y en los mercados profesionales de clase media.

Nuestras sociedades están experimentando también procesos de transformación en las profesiones y sus mercados hacia servicios de bienestar y calidad de vida. Todo ello está posibilitando, a la vez que requiriendo nuevas formas y modelos de ejercer y de nuevos productos como asesoramiento, calidad de vida y cuidados. Esto favorece la aparición de nuevos nichos y espacios en el mercado de servicios profesionales, en muchos casos muy atractivos y adecuados para las mujeres.

Al hablar de feminización se hace referencia a dos fenómenos diferentes, aunque indudablemente asociados. Uno alude a

la composición de género de las profesiones y al aumento de la participación de las mujeres en las mismas. El otro se relaciona con la transformación de los perfiles y características y tareas profesionales haciéndolas «más femeninas», es decir, supuestamente más cercanas a la «orientación profesional femenina».

Para entender adecuadamente el proceso de feminización es importante identificar las causas que han provocado la entrada masiva en la universidad, el cambio en el sistema sanitario, el modelo de medicina/sanidad organizada y poder discernir la permanencia temporal de las mismas en las próximas décadas. Es también importante identificar los efectos específicos, es decir, de averiguar los espacios profesionales que ocupan, por ser mujeres, y los efectos (en caso de haberlos) sobre el sistema de provisión de servicios. Aunque de más difícil respuesta, debemos también preguntarnos si la entrada de mujeres es, de hecho, una respuesta a la demanda de servicios cuidadores o si, por el contrario, es esa entrada la que está favoreciendo la creación de servicios cuidadores.

5.1. Motores de feminización

Los cambios numéricos ocurridos durante la última década en las profesiones sanitarias no dejan ninguna duda acerca de su feminización rápida y radical. En los últimos diez años (de 1994 a 2004 según datos de colegiación¹ del INE² de 2006) han aumentado considerablemente en tamaño. El total de profesionales de la Medicina, Odontología, Farmacia, Veterinaria y Enfermería era en 1994 de 408.466. En diez años su número se ha incrementado en un 30% y ha llegado a 531.457. Lo más relevante con respecto de

Los datos de colegiación nos aproximan de una forma muy fidedigna a la realidad profesional en tanto que la colegiación es obligatoria para el ejercicio profesional. La colegiación nos indica además elementos identitarios y de pertenencia a un grupo.

² Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. La información se refiere a médicos, odontólogos y estomatólogos, veterinarios, farmacéuticos, podólogos y diplomados en Enfermería. Para todos ellos se recoge sexo, edad y situación laboral y se publican resultados nacionales, por CC. AA. y provinciales. La recogida de la información se realiza en el caso de odontólogos y estomatólogos, veterinarios, farmacéuticos y podólogos a través de Consejos Generales de los Colegios Profesionales. La relativa a médicos y diplomados en Enfermería se obtiene a través de los respectivos Colegios Profesionales.

este espectacular crecimiento es el hecho de que la casi totalidad del mismo (82,6%) se debe a la entrada de mujeres profesionales. Es decir, la mayoría de los nuevos profesionales sanitarios de los últimos 10 años son mujeres.

Es importante destacar que las profesiones donde el aumento de las mujeres es más notable (que más se feminizan relativamente) son Veterinaria (donde las mujeres pasan de representar el 23% en 1994 a representar el 35% en el 2004), Odontología (del 30% al 41%) y Medicina (del 33,5% al 41%). Enfermería y Farmacia son las dos profesiones dominadas numéricamente por mujeres. Enfermería sigue feminizándose en esta última década (un 82% de sus profesionales son mujeres), mientras que en Farmacia aunque el peso de las mujeres sigue siendo dominante, su presencia se reduce un poco, del 64% al 62%. El fenómeno de la feminización de la profesión médica tiene un doble componente. Mientras que la tasa de crecimiento total se debe fundamentalmente a la entrada de mujeres, la proporción de hombres que lo hacen es cada vez menor. Así que no sólo se feminiza sino que se desmasculiniza, es decir, es un espacio cada vez menos atractivo para los varones.

Todos los indicadores apuntan a un muy rápido proceso de feminización de las profesiones sanitarias, tanto de aquellas que históricamente habían estado dominadas numéricamente por mujeres como aquellas donde los hombres eran mayoría. La rapidez de este proceso nos lleva a preguntarnos acerca de los motores del mismo (causas, razones) y también acerca de sus consecuencias presentes y futuras.

Éstas son las causas y/o motores principales de los procesos de feminización de las profesiones sanitarias en España:

1. El acceso acelerado de las mujeres a la universidad y a las profesiones en general. Producto tanto de la apertura de la universidad a mayores capas de la sociedad como del acceso creciente de la población femenina a posiciones sociales y laborales externas a la familia. La unión de los dos procesos en un período corto de tiempo, en la últimas décadas, da lugar a cambios de gran envergadura y visibilidad, como son en concreto los procesos de feminización del espacio sanitario.

- 2. La expansión del espacio de servicios de salud y sanidad. El desarrollo económico y social de nuestro país lleva aparejado tanto el crecimiento del sistema y mercado sanitario, que son parte del Estado de bienestar, como el desarrollo de los mercados y servicios de salud y bienestar asociados a las demandas de calidad de vida. Ambos procesos dan lugar a la expansión del espacio de salud con la consiguiente demanda de profesionales y la oferta de posiciones laborales atractivas social y económicamente.
- 3. La transformación progresiva del sistema sanitario donde se amplía el modelo y espacio de cuidados. El espacio de cuidados está asociado tanto a temas demográficos (como son el envejecimiento de la población) como a temas sociales relacionados con las aspiraciones de mejoras en la calidad de vida. Ambas tendencias favorecen el desarrollo de una sanidad cuidadora que deriva en una creciente demanda de profesionales para la misma.
- 4. La creación de un mercado de salud. El creciente bienestar y riqueza de nuestra sociedad favorece el desarrollo de un mercado de productos de salud y bienestar que amplía el espacio sanitario convencional. Este creciente mercado de salud y bienestar implica la demanda de profesionales y el crecimiento de las profesiones sanitarias que ofrecen servicios en el mismo.
- 5. La configuración de un nuevo modelo de salud que incluye felicidad, cuerpo, cuidados y calidad de vida. Este nuevo concepto de salud no sólo tiene impacto transformador sobre el sistema sanitario convencional sino que es además el motor de la creación de nuevos mercados de salud y de la expansión de las profesiones sanitarias.
- 6. La creación de nichos protegidos en la organización y el mercado. Existen dos tipos de protección en el mercado que configuran nichos laborales relativamente seguros. Por un lado están los espacios protegidos que ofrece un sistema sanitario público y altamente regulado y, por otro lado, está la protección que supone la restricción y control de acceso a ciertas posiciones en el mercado por criterios de acreditación profesional. Ambos procesos ofrecen a las profesiones sanitarias espacios de

ejercicio protegido y relativamente libre de la competencia no-profesional. Ello hace que esos espacios sean obviamente atractivos como espacios de profesionalización. La alta regulación de los espacios laborales públicos implica además un atractivo adicional para las mujeres profesionales al favorecer no sólo la estabilidad sino las posibilidades de compatibilización de la vida laboral y profesional con las obligaciones sociales asociadas a la maternidad y el cuidado familiar.

- 7. Cambios en el concepto de la llamada «sociedad del bienestar» y en papel del Estado. Del modelo «papá Estado» controlador se pasa progresivamente al modelo de «mamá Estado» cuidadora. El modelo de sanidad cuidadora y de calidad de vida se ajusta bien al modelo de los estilos de vida y de prevención. La «mamá Estado» nos dice cómo debemos vivir sanamente, frente al «papá Estado» que nos castiga y/o arregla los problemas. La «mamá Estado» atribuye responsabilidad al individuo. El modelo sanitario «papá Estado» atribuye la responsabilidad a elementos externos al individuo e intenta erradicarlos. El cuerpo es aquí el dominio territorial del Estado. Elementos externos lo atacan y se lucha contra ellos con una amplia batería de armas (procedentes de la ciencia y tecnología). El modelo sanitario «mamá Estado» cuida. Orienta cómo se debe vivir, intenta prevenir el problema.
- 8. La idea holística e integral de la salud y su cuidado, así como el culto al cuerpo. Ambas requieren de unos servicios integrados y personalizados. Ello potencia el crecimiento de ciertos espacios específicos en los mercados de servicios sanitarios para nuevos tipos de profesionales.
- 9. El «efecto llamada» y el efectos de posición o movilidad social. Espacios profesionales dominados por mujeres «llaman» a otras mujeres a profesionalizarse. Espacios profesionales con alto estatus social y/o con posibilidades de movilidad social han sido históricamente atractivos para partes importantes de la población. Los espacios y las profesiones sanitarias reúnen ambos elementos.

Estos elementos tendrán un efecto diferente sobre las profesiones estudiadas ya que presentan una historia distinta y, aunque

están todas ellas orientadas a cuidar la salud de un modo integral, lo hacen a través de unas tareas y organizaciones distintas. La mayoría de estos elementos tienen impacto directo en los procesos de entrada de mujeres en la profesión médica y en la de Enfermería (las dos grandes profesiones del sector). La dimensión cuidadora de la sanidad ofrece a las mujeres espacios atractivos asociados a la ampliación y consolidación de los cuidados (crónicos, ancianos, educación sanitaria, estilos de vida, prevención, etc.) y la atención primaria. El alto nivel de organización y regulación del ejercicio de ambas profesiones ofrece además nichos seguros en un sistema público altamente regulado. En términos de estatus social, en Medicina constatamos una entrada masiva de mujeres de clase media, en un proceso que podríamos denominar de reproducción de estatus. Y en Enfermería domina el ascenso social (de procedencia trabajadora a un estatus de clase media).

En su conjunto estas fuerzas de cambio (relacionadas con la modernización del país: democratización y acceso masivo de mujeres al sistema universitario, acceso masivo de mujeres profesionales de clase media; la transformación del concepto sanidad-salud: cuidados, calidad de vida; la transformación del mercado saludsanidad; y la transformación del sistema sanitario) han posibilitado y han necesitado de la entrada y participación de las mujeres en las profesiones sanitarias. Es, de hecho, un proceso dialéctico donde la entrada de la mujer es acelerada y favorecida a la vez que se convierte en motor de dichos cambios. La entrada de las mujeres (y la feminización de las profesiones) es al mismo tiempo resultado y causa de cambios sociales y conceptuales generales. Como consecuencia general, la entrada de la mujer en la vida profesional se convierte a su vez en fuerza de transformación de las profesiones, de sus espacios jurisdiccionales, del mercado y sistema sanitario e, incluso, de las mismas aproximaciones de salud y bienestar.

5.2. La importancia del género en la Medicina y la Enfermería del siglo XXI

La entrada de mujeres en las profesiones es fruto de un doble proceso: la demanda de profesionales para satisfacer las necesidades del sistema sanitario público en expansión a partir de la década de los años setenta y la entrada de la mujer en la universidad y en los mercados profesionales de clase media.

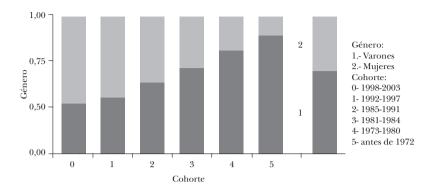
En este apartado presentamos algunas de las características más notables de las mujeres profesionales basadas en el estudio del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (Rodríguez y Bosch 2004).³ Dado que las mujeres son mayoría en las nuevas cohortes, este análisis se convierte en esencial para entender los posibles escenarios de futuro de la profesión.

La historia de la mujer médica sin duda ofrece características específicas. Entra en la profesión cuando ésta ya se ha configurado como una profesión grande que trabaja en un complejo sistema de organizaciones públicas. Su mayor presencia en la profesión, en las últimas décadas, coincide con un marco sanitario en reestructuración y reducción. Además la presencia importante de la mujer en la profesión coincide con, y se convierte en funcional para, la reforma y expansión de la asistencia primaria (espacio en el que se concentra).

La composición por género de la profesión barcelonesa es una muestra de este proceso: el 40% de los profesionales son mujeres. Su participación en la profesión ha ido aumentando rápidamente con los años. Las mujeres son una clara mayoría (creciente) de los jóvenes profesionales entrando en la profesión: el 71% de los menores de 30 años y el 61% del grupo de edad entre 31 y 35 años. Son muy numerosas, aunque no llegan a la mitad, en las cohortes intermedias (44% en el grupo de 36 a 40 años y el 43% en el grupo 41-50) y son minoritarias en las cohortes de más edad (gráfico 5.1).

 $^{^3}$ Este estudio sobre los médicos de Barcelona al inicio del nuevo milenio está basado en los resultados de una encuesta por correo con seguimiento telefónico realizada durante el tercer trimestre del año 2003 dirigido a los mismos autores. La encuesta se realiza sobre una muestra aleatoria estratificada por género, año de colegiación y especialidad. El número de casos analizados son 611, lo cual permite afirmar que el nivel de error aleatorio es del ±3,96% con un grado de confianza del 95% (p=q=0,5).

GRÁFICO 5.1: Composición de género de las cohortes médicas



Fuente: Rodríguez y Bosch, 2004.

La entrada bastante masiva de la mujer en las últimas décadas las configura como un colectivo bastante más joven (42 años de media) que los hombres de la profesión (50 años de media). En el hipotético caso de mantener una entrada profesional similar a la actual (tanto en términos del número como de la composición de género) y la estabilidad en el ejercicio: en las próximas décadas la mujer se convertirá en la fuerza dominante de la profesión. En dos saltos de cohortes (aproximadamente de 15 a 20 años) el colectivo de mujeres representará ya más de la mitad de los profesionales, siendo mayoritarias en todas las cohortes a excepción de la cúspide profesional (más de 51 años) todavía con una composición mayoritariamente masculina. La composición por género de la profesión actual, y la previsible en unos años, plantea a la profesión, a los profesionales y al sistema sanitario en su conjunto, el reto de ir adaptando los modelos dominantes de ejercicio y organización a las (nuevas) necesidades sanitarias y de salud así como a las necesidades sociales y vitales específicas de las mujeres profesionales.

Un alto porcentaje de las profesionales (28%) están casadas con otros profesionales de la medicina formando *dual-doctor families*. Y, en términos generales, sus hijos son más jóvenes que los hijos de los varones (entre 12 y 13 años frente a los 20 años de media de los hijos de los profesionales varones). Una parte importante de las mismas (40%) procede de familias de clase media y clase media alta, pero

su ascenso social es menor que la media de los varones. De hecho una cuarta parte de las mujeres (frente al 15% de los hombres) ha bajado de posición social con respecto de sus padres.

El elemento biográfico domina una parte sustancial de las vidas profesionales de las mujeres. Casi la mitad ha tenido que dejar la práctica profesional, básicamente por razones de maternidad (72% de los casos), durante períodos cortos de tiempo (entre seis meses y un año). Parece no haber tenido problemas importantes de reajuste a la profesión al reingresar. Sí que han sido importantes, sin embargo, los problemas familiares que esas situaciones generan. En cambio los varones han dejado temporalmente la profesión bastante menos que las mujeres (15%), aunque lo han hecho por razones de salud y durante períodos más largos de tiempo (más de dos años). El reingreso sí ha implicado problemas de reajuste a la estructura y dinámica profesional.

En la actualidad, las mujeres profesionales centran su especialización en la medicina general (donde representan más de la mitad de los profesionales) y tienden a tener básicamente un solo empleo (el 73% de las mismas frente al 49% de los varones), normalmente en el sector público (el 68%) y en el espacio no-hospitalario (el 53%) (cuadro 5.1 y gráfico 5.2). Además, y por término medio, tienen (al igual que los jóvenes) peores ingresos que los varones, e ideológicamente se sitúan más a la izquierda que éstos (4,1 mujeres frente a 4,9 varones en una escala donde 0 es extrema izquierda y 10 es extrema derecha). La mujer profesional tiende a concentrarse en nichos de mercado relativamente seguros, no demasiado complejos organizativamente y no altamente tecnificados. Son posiblemente los espacios que mejor garantizan la posibilidad de poder hacer de madres. Dada la juventud de las profesionales, éste es un tema de mucha relevancia para la mayoría.

Como resultado, la mujer profesional (joven, que empieza a crear familia y con hijos pequeños) mantiene tasas bajas (23%) de actividad complementaria, de combinación de tipos de actividad y espacios de ejercicio. El reto de la profesionalización para la mujer (es decir, situarse en la profesión siguiendo el modelo de carrera profesional dominante en la actualidad) implicaría aumentar su espacio de actividad complementaria. Significaría adentrarse en el mercado de ejercicio liberal.

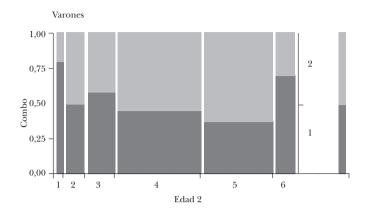
CUADRO 5.1: Dedicación de la población masculina y femenina a cada una de las profesiones sanitarias

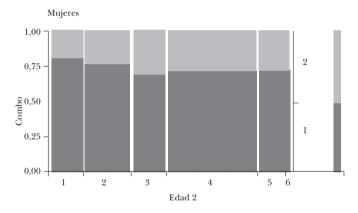
(proporción de hombres sanitarios/por 100.000 hombres; mujeres sanitarias/100.000 mujeres)

	Medicina	icina	Odontología/ Estomatología	ología/ tología	Farn	Farmacia	Veterinaria	naria	Enfermería	mería	Podología	logia	Matronas	onas
	Ratio hombres r	Ratio mujeres	Ratio hombres	Ratio mujeres	Ratio hombres	Ratio mujeres	Ratio Ratio Ratio Ratio Ratio Ratio Ratio nujeres hombres mujeres hombres mujeres hombres	Ratio mujeres	Ratio hombres	Ratio mujeres	Ratio Ratio Ratio Ratio mujeres hombres mujeres hombres	Ratio mujeres	Ratio hombres	Ratio mujeres
1994	546,44	264,76	47,29	19,08	74,63	124,87	72,76	21,44	180,13	645,92			1,24	15,18
1995	542,60	266,63	49,10	20,70	75,59	128,00	73,58	23,05	181,78	660,03			1,45	15,01
1996	558,47	282,29	51,97	23,66	79,37	137,27	76,43	24,98	184,18	697,11			1,37	15,92
1997	551,87	301,83	52,73	24,97	81,09	144,35	77,27	26,52	186,75	718,55			1,40	15,36
1998	559,46	306,73	54,12	27,43	82,32	150,84	77,78	27,86	196,38	757,84			1,46	16,03
1999	560,19	315,24	54,93	29,64	83,62	157,17	77,88	29,31	194,85	774,48			1,63	15,78
2000	561,62	327,46	55,73	31,40	85,01	163,98	77,78	30,55	201,33	795,89			1,64	15,90
2001	546,66	334,97	56,70	33,76	85,69	168,78	78,00	33,20	202,12	800,87			1,82	15,72
2002	543,91	348,11	56,97	35,61	99,98	173,41	79,65	36,27	202,86	806,87			1,86	15,65
2003	537,58	357,83	57,08	36,89	85,92	177,23	77,93	38,48	193,11	830,84	8,34	7,42	1,65	15,83
2004	536,23	367,51	58,90	38,88	86,35	180,56	78,06	41,02	194,83	839,78	8,67	8,55	1,69	15,51
2005	529,35	375,44	60,53	40,16	85,17	182,29	76,23	41,31	184,72	854,40	9,16	89,6	1,69	15,36

Fuente: INE, 2006.

GRÁFICO 5.2: Combinación de actividades profesionales médicas por grupos de edad





Nota: Combo: 1: No combinación de actividades profesionales; 2: Sí combinación. *Edad 2:* 1: 25-30; 2: 31-35; 3: 36-40; 4: 41-50; 5: antes de 1972; 6: más de 54.

Fuente: Rodríguez y Bosch, 2004.

Las mujeres profesionales que, como hemos visto, tienen fundamentalmente una sola actividad, mantienen niveles de dedicación horaria al ejercicio profesional algo más bajos que los hombres (media de 44 horas semanales frente a una media de 47 en los varones). Sin embargo dedican una media de dos horas más a la familia que los varones. Aquí es importante tener en cuen-

ta no únicamente las especificidades dominantes de los papeles sociales de género sino también el hecho de que las familias de las mujeres son más jóvenes que la media de las familias de los varones.

En su práctica las mujeres tienden a depender más que los varones de los colegas con los que trabajan en la organización. En situaciones complejas, los varones utilizan más sus relaciones (más densas) en la especialidad y en la profesión. El mundo profesional de referencia de la mujer se circunscribe más a la organización donde ejerce, mientras que el mundo profesional del varón es más amplio y se extiende por la especialidad y la profesión. El mundo relacional de la mujer es más débil (también resultado de su mayor juventud) y más limitado (por su forma de ejercer).

Los ámbitos de ejercicio dominantes en uno y otro colectivo explican en gran medida el tipo de decisiones y la forma en que se toman. Una gran parte de las decisiones de las mujeres son de tipo rutinario (72% frente al 34% en los varones) y cuando son decisiones complejas no las toman tan en solitario como los hombres. Las profesionales centran, actualmente, su trabajo en ámbitos médicos más rutinarios donde las situaciones complejas son asumidas más en equipo. Este elemento puede explicar el hecho de que, aunque muy alto, en término medio tienen un grado de libertad para tomar decisiones y un nivel de control sobre la práctica profesional algo inferior a los varones.

En la actualidad las diferencias entre mujeres y varones tienden a configurar dos visiones diferentes (no contradictorias) de práctica. Mientras que entre los hombres (el 42% de los mismos) resalta la importancia del ejercicio para solucionar problemas, entre las mujeres domina (el 53% de las mismas) la aproximación de orientación y asesoramiento de los pacientes. Estas diferencias se reflejan en (y son a la vez resultado de) los ámbitos donde mujeres y varones tienden a ejercer (sea hospitalario o extrahospitalario).

Tienden a creer, más que los varones, que la imagen pública de la profesión no es muy buena. Sobresalen además por considerar que sus colegas no valoran suficientemente su profesionalidad y dedicación y que las organizaciones las valoran mal. Quizás como resultado de ello, y de no haber alcanzado todavía posiciones destacadas en la profesión, están algo menos identificadas con la pro-

fesión que sus colegas varones y manifiestan tener más dudas ante el caso hipotético de tener que ingresar de nuevo en la profesión (57% frente al 35% de los varones). Como resultado no parecen considerar muy positivamente a la Medicina como profesión para sus hijos o familiares (46% de las mujeres frente al 58% de los varones, que sí la consideran positivamente).

Tanto hombres como mujeres mantienen posturas muy similares al valorar los diversos elementos del trabajo (sea actual o futuro). Las únicas diferencias notables son el hecho de que para las mujeres es más importante que el trabajo permita la aplicación de sus conocimientos, mientras que los hombres sobresalen por señalar la calidad de vida de las personas y el poder ver los resultados de su trabajo como elementos importantes de su ejercicio profesional.

Las mujeres se decantan más que los hombres por los pequeños grupos profesionales, con financiación pública, como forma organizativa ideal para ejercer. Entre los varones (donde domina también la misma postura) existen más defensores de otras formas organizativas (práctica individual, en grandes organizaciones, en instituciones de propiedad profesional).

Los hombres acentúan más que las mujeres una visión de profesión como lo más importante de sus vidas, como fuente de satisfacción o como forma de vida. Las mujeres acentúan un poco más el hecho de que la profesión es básicamente un trabajo. Esa mayor identificación entre vida y profesión en el caso de los varones les lleva a considerar más frecuentemente que el ejercicio de la misma requiere de dedicación total (29% frente al 14% de mujeres). Casi un tercio de las profesionales (30%) cree que el ejercicio profesional se puede realizar perfectamente durante la jornada laboral (frente al 24% de los hombres).

Las mujeres mayoritariamente (71%) apoyan el actual modelo de organización de la sanidad basada en una sanidad pública dominante (frente al 59% de apoyo entre los varones) y tienden a valorar el sistema público mejor que la media de los varones. La medicina organizada pública parece ser el modelo de ejercicio actualmente más adecuado para la mujer profesional.

Con respecto a las visiones de futuro no existen tampoco grandes diferencias entre ambos géneros. En lo que se refiere a futuros probables, los varones destacan más que las mujeres la posibilidad de cambios en el cuerpo humano, la necesidad consiguiente de nuevos profesionales, y la probable transformación del hospital en un centro de salud-bienestar. Las mujeres creen más probable que el impacto social de las enfermedades requiera de intervenciones médicas sobre el conjunto de la sociedad. Los varones destacan por su deseo de un futuro donde la salud incorpore las dimensiones de felicidad, inteligencia y belleza, mientras que las mujeres resaltan la idea deseable de un hospital como centro de salud y bienestar (Rodríguez y Bosch 2006).

Podríamos resumir los elementos diferenciadores de las mujeres profesionales de la Medicina actuales agrupándolos en varias dimensiones:

1. Elementos biográficos:

- Más jóvenes de media que los varones.
- Alto nivel de matrimonios con médicos.
- En fase de creación de familia, con hijos pequeños.

2. Posición estructural:

- Entrando en la profesión (en posiciones más precarias).
- Dominante en las nuevas generaciones profesionales.
- Mayoritariamente con una sola actividad profesional.
- Básicamente en el ámbito de la medicina primaria y en el sector público.
- Posición todavía inicial en la carrera profesional.

3. Tipo de ejercicio:

- Muy basado en la medicina organizada.
- Alta dependencia de la organización; la organización como mundo de referencia.
- Dominio de decisiones de tipo rutinario.

4. Visión de profesión:

- Como orientación y asesoramiento de pacientes (aproximación más holística).
- Como trabajo.

- Identificación con la profesión algo menor que la de los varones.
- Mayores dudas sobre un hipotético caso de vuelta a entrar en la profesión.
- Se sienten mal valoradas por los colegas y la organización.

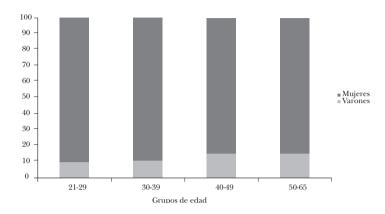
5. Modelo ideal de ejercer:

- En medicina organizada.
- En pequeños grupos con financiación pública.
- Apoyo al modelo actual de organización social de la sanidad.

Al igual que en la Medicina, las características sociales y demográficas de la profesión de Enfermería son producto y reflejo de su historia reciente y su posición tanto en la sociedad como en el mercado. Son, también, elementos clave para entender las formas dominantes de ejercicio, las problemáticas más acuciantes y las opiniones diferentes de las profesionales. La tendencia de entrada en la profesión, la composición de género, la procedencia social, el estatus social que adquieren y su papel social son, en gran medida, producto de una demanda y valoración social y organizativa cambiante a la cual va adaptándose la profesión. Para adentrarnos en la profesión de Enfermería a principios de este siglo nos basamos en el estudio del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, *Las enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser* (Rodríguez y Bosch 2005).

El colectivo profesional barcelonés está formado por un 87% de mujeres y un 13% de varones. La edad media es de 38,3 años, algo inferior en el caso de las mujeres y algo superior (40) en el caso de los varones. De hecho, más de la mitad de los varones tienen más de 40 años y, en cambio, la mayoría de las mujeres (57%) tienen una edad inferior a los 40 años. Al analizar la composición por género de las diversas cohortes profesionales constatamos una progresiva disminución de los varones entrando en la profesión o, lo que es lo mismo, una mayor feminización. Los varones, que representan un 15% del colectivo de mayores de 40 años, no llegan al 10% de los grupos que entran en la profesión (gráfico 5.3).

GRÁFICO 5.3: Enfermería 2004. Distribución de género según grupos de edad



Fuente: Rodríguez y Bosch 2005.

Es una profesión relativamente joven, con una edad media de 38 años, y con una gran entrada de nuevas profesionales. Su estructura de género, de dominio femenino, acentúa la división de los papeles sociales de las enfermeras como profesionales y como cuidadoras familiares. La división por género de los papeles sociales dominantes en nuestra sociedad hace que la importancia y la dedicación de la familia y del entorno social compitan (y se tengan que compatibilizar) con el valor y dedicación al trabajo. Compatibilizar los papeles sociales de profesional y de mujer supone para muchas profesionales una salida temporal de la profesión por razones de maternidad y durante un período de tiempo relativamente corto (menos de un año). La vuelta al ejercicio supone en muchos casos problemas de carácter contractual más que profesional.

Con el paso de los años se acrecienta su engarce con posiciones sociales medias y, objetiva y subjetivamente, su posición de clase media-media se convierte en dominante. La estructura de ingresos de las profesionales está dominada por una franja de ingresos mensuales entre 1.200 y 1.800 (el 60% de las profesionales), con un destacado (28%) grupo de profesionales (entrando en el ejer-

cicio) con ingresos inferiores y la cúspide profesional (11%) con ingresos superiores.

En términos medios es una profesión ideológicamente de izquierdas (3,8 en una escala de 0 extrema izquierda a 10 extrema derecha), de hecho más a la izquierda que la media poblacional y el resto de profesionales (Medicina, Arquitectura, Derecho, Ingeniería).

Las formas dominantes de ejercicio a principios del sigo XXI caracterizan a la Enfermería como una profesión altamente especializada, pública y hospitalaria, mayoritariamente empleada y con ejercicio fundamentalmente en marcos organizativos complejos. En tanto que la especialización responde a las demandas del sistema, es claro el ligero dominio de las especialidades hospitalarias frente a las primarias, así como el rápido crecimiento de la geriatría. El sistema sanitario público y el sector hospitalario concentran la actividad de la mayoría (dos tercios) de la profesión.

La actividad complementaria tiene también un peso importante en la profesión: un 18% de las profesionales. Esta actividad es fundamentalmente en el sector privado, en hospitales (privados y concertados) y en centros especiales y/o de enseñanza. En la actualidad sólo queda un pequeño resquicio (2%) de práctica individual donde la profesional ofrece directamente sus servicios al mercado. De hecho, casi la totalidad (98%) del ejercicio profesional toma la forma de empleo, es decir, de provisión de servicios a una organización que las provee después al mercado.

Más de la mitad de las profesionales ejerce en grandes organizaciones complejas (con más de 100 enfermeras) y también consideran importante acceder a cargos directivos. De hecho, y especialmente en los espacios organizativos más complejos, un alto número de profesionales (una quinta parte) tiene autoridad sobre otras enfermeras, y más de la mitad ejerce algún tipo de autoridad sobre otros profesionales sanitarios. La autoridad sobre otras enfermeras es de carácter fundamentalmente profesional, mientras que sobre otras profesionales es de carácter organizativo y laboral. Los bajos niveles de autoridad en asistencia primaria son reflejo de la poca organización y estructuración de su ejercicio en ese espacio. El nivel de estabilidad en el puesto de trabajo es muy

alto (especialmente en el sector público), aunque los primeros años de ejercicio (y especialmente en el sector sociosanitario) se caracterizan por una alta inestabilidad. La dedicación horaria es sustancialmente mayor en la práctica hospitalaria y en el sector sociosanitario que en asistencia primaria.

El centro neurálgico de una profesión son sus niveles de control y autonomía profesional. Nos indican sus niveles de profesionalización y su posición en las organizaciones y el mercado. En términos globales, la profesión de Enfermería de la provincia de Barcelona mantiene un alto nivel de control y autonomía técnica, en lo que podemos considerar el corazón de la profesión. Es menor, aunque considerable, sobre la organización social de su trabajo y sustancialmente menor sobre la orientación social e ideológica de la organización. El resultado del complejo sistema de elementos de control y autonomía es un grado bastante alto de libertad para la realización de su trabajo (media de 6,9 en una escala de 0 a 10).

Sólo el 55% de las enfermeras cree que la opinión pública tiene una imagen positiva de la profesión. De hecho creen que su profesionalidad y dedicación están bastante bien valoradas por sus propios colegas y los usuarios, pero insuficientemente valoradas por la organización y la sociedad. En general se sienten muy satisfechas con su profesión (media de 7,3 en una escala de 0 a 10) y, de hecho, la mayoría (80%) volvería a entrar en la misma, aunque un tercio tiene algunas dudas al respecto. Este alto nivel de satisfacción e identificación con la profesión la convierte en un espacio ideal de profesionalización futura. De hecho a más de la mitad les gustaría que sus hijos o sobrinos (y otros parientes) la ejerciesen.

Para las enfermeras de Barcelona los problemas más importantes en su ejercicio son las retribuciones insuficientes, la falta de incentivos profesionales y la falta de reconocimiento social y político. Estos problemas ponen de manifiesto la tensión estructural entre la profesión y el sistema organizado fruto de su poco control sobre la organización de su trabajo y la insatisfacción con la valoración social de su profesionalidad.

La definición del papel profesional es sin duda una de los elementos centrales de la Enfermería. Aquí constatamos la tensión entre una demanda de servicios orientados a la solución de problemas de salud y un amplio deseo de compatibilizar los cuidados sanitarios con el asesoramiento y orientación sanitaria. Las profesionales definen el papel de la Enfermería orientado al bienestar y satisfacción de las necesidades de la sociedad en su conjunto. Prima la orientación colectiva (de bienestar) por encima de la orientación individual. Sobre todo, para la mayoría de las profesionales su profesión consiste principalmente en una forma de ayudar a los demás. La visión altruista domina frente a la visión laboral o profesional, que son obviamente también importantes. No es vista, en cambio, ni como forma de vida, ni como lo más importante de sus vidas, sí como forma de ascenso social o económico.

Podemos resumir las características más importantes de la profesión de Enfermería de Barcelona en los siguientes aspectos:

1. Elementos biográficos:

- Profesionales jóvenes. Edad media de 38 años.
- Mayoritariamente femenina y con tendencia a mayor feminización.
- La gran mayoría de las profesionales se sitúa en posiciones sociales de clase media-media. La profesión ha sido una forma de movilidad social para una parte importante de las enfermeras.
- Más de la mitad de las profesionales tienen unos ingresos mensuales que oscilan entre 1.200 y 1.800 euros. Casi un tercio de las profesionales, especialmente jóvenes, al entrar en la profesión, tienen ingresos inferiores.
- En términos medios, es un colectivo ideológicamente de izquierdas.

2. Tipo de ejercicio:

- Las formas dominantes de ejercicio caracterizan la Enfermería como una profesión muy especializada, pública y hospitalaria, mayoritariamente empleada y en marcos organizativos complejos.
- Un 18% de las enfermeras tienen como mínimo otra actividad profesional.

3. Posición estructural:

- La mayoría tiene una relación contractual estable, pero existe casi un 30% que está en una situación contractual precaria (especialmente las más jóvenes).
- Muchas profesionales salen temporalmente de la profesión por razones fundamentalmente de maternidad y durante períodos cortos de tiempo. La vuelta al ejercicio supone en muchos casos problemas de ajuste a la organización.
- En términos globales, tienen un alto nivel de control y autonomía técnica. El control sobre la organización social del trabajo es menor, y mucho menor sobre la orientación de la organización. Como resultado, perciben tener un elevado grado de libertad en la realización de su trabajo.

4. Visión de profesión:

- En general, se sienten satisfechas con su profesión, un 80% volvería a entrar. Sienten que su profesionalidad y valoración están bien valoradas por sus colegas y los usuarios, pero insuficientemente valoradas por la organización y la sociedad.
- Los problemas más importantes en su ejercicio son las retribuciones insuficientes, la falta de incentivos profesionales y la falta de reconocimiento social y político.
- Por encima de todo, para la mayoría de las profesionales su profesión consiste fundamentalmente en una forma de ayudar a los demás y consideran que están al servicio del bienestar de las personas.

5.3. A modo de conclusión

El espacio sanitario no ha sido un espacio ajeno a la mujer a lo largo de la historia. Históricamente encontramos a las mujeres como curadoras (healers), a menudo definidas como «brujas» (Enrenreich y English 1973; McClain 1989; Perrone et al. 1989). Además, la mujer ha jugado también históricamente el papel de curadora

y cuidadora de la familia. Por tanto, y a pesar de que en los últimos siglos una parte de este espacio y mercado laboral ha estado delimitado y segmentado por el género (unas profesiones eran dominadas por varones, y otras, por mujeres), la entrada de la mujer en todas las profesiones sanitarias es coherente en términos culturales. Son mercados laborales que ofrecen servicios cercanos al papel histórico y sistema de valores de la mujer.

La configuración de sistemas sanitarios más humanísticos y holísticos, el desarrollo de aproximaciones terapéuticas que incluyen aspectos espirituales y mentales de la salud, así como la multiplicación de role models de mujer en la sanidad, acrecientan el atractivo de este mercado para las mujeres. Paralelamente, como hemos visto, decrece el atractivo de las profesiones sanitarias para los varones. Las razones fundamentales son la reticencia creciente de éstos a entrar en carreras con niveles de ingresos estancados y percibidos como insuficientes, y en profesiones que progresivamente están perdiendo autonomía. A ello habría que añadir el hecho de que, a medida que ciertas ocupaciones son mayoritariamente femeninas, puede decrecer su prestigio como ocupaciones masculinas. Los varones pueden obtener mayores ingresos y niveles de autonomía en otras profesiones y empiezan a dejar de entrar incluso en aquellas donde habían sido dominantes (Medicina, Veterinaria, Odontología).

A diferencia de la mayoría de los países de nuestro entorno socioeconómico donde la entrada de la mujer en las profesiones sanitarias se inició antes y ha sido progresiva, en España el proceso de feminización adquiere niveles de «dramatismo» debido a la envergadura y velocidad del cambio en un espacio de tiempo muy pequeño. Ello es más notable en las profesiones históricamente masculinas (Medicina, Veterinaria, Odontología) que han visto como su composición de género cambia radicalmente en pocos años. Parte de las reacciones, tensiones y problemas que se plantean al hablar de feminización tienen su origen en este cambio rápido y radical, y no necesariamente en la feminización en sí misma.

Estudios sobre la composición de género en países de nuestro entorno socioeconómico indican procesos similares a los que tienen lugar en nuestro país, aunque no tan rápidos ni dramáticos (Adams 2005; Bawin-Legros 1999; Cameron y Thompson 2005;

Koolmees 2000; Muzzin et al. 1994; Paik 1994). Aunque la entrada de las mujeres en la profesión médica es muy notable en otros países, no ha adquirido los niveles que ha alcanzado en España donde la feminización ha sido muy acelerada. La profesión médica se ha convertido en una de las avenidas principales de profesionalización de las mujeres, especialmente de clase media, que han entrado de forma creciente en el sistema universitario. Dada la envergadura de esta profesión, un poco menor que Enfermería, pero mucho mayor que las otras profesiones sanitarias, su feminización se convierte en algo socialmente muy notable. Enfermería es una profesión dominada por mujeres donde a los varones les cuesta entrar, ya sea por temas culturales o de prestigio como profesión masculina, y donde éstos tienden a buscar posiciones directivas.

La coincidencia temporal de la feminización con el progresivo colapso del sistema sanitario, provocado en gran medida por la falta de inversiones adecuadas y la falta de interés político generalizado en la calidad de la sanidad, coloca a las mujeres profesionales y a la feminización en el centro del debate acerca de las disfunciones del sistema. A menudo se asocia feminización de una profesión con proletarización, burocratización, y pérdida de estatus, prestigio e ingresos (Brint 1994). Ante ello hay que decir que la coincidencia (o correlación) entre los fenómenos no implica relación causal. Más bien parece que otras fuerzas están provocando esos procesos de desprofesionalización. De hecho, los sistemas sanitarios en su conjunto, las organizaciones y el mercado están apostando por la desprofesionalización, la proletarización y el bajo estatus e ingresos, en su visión de las profesiones como meros recursos humanos y en su intento de aumentar el control organizativo a costa de la autonomía de los profesionales y de reducir los costes congelando sus ingresos. La burocratización y rutinización del trabajo profesional lleva también aparejada la pérdida de estatus y su menor atractivo como profesión.

Todo indica que la entrada masiva de mujeres en ciertas profesiones (Medicina, por ejemplo) resulta funcional en esos procesos de rutinización, y que de hecho son utilizadas para favorecerlos. Como colectivo profesional más joven, más inseguro, más dependiente de la organización y algo menos ligado/integrado a la profesión en su conjunto, es mucho más vulnerable a las presiones

rutinarias y estandarizadas del sistema y sus organizaciones. La no proliferación de *role models* femeninos independientes, autónomos y con altos niveles de control en la toma de decisiones junto al dominio de *role models* dependientes, favorecen sin duda estos procesos. También favorece este proceso el hecho de que todavía la mayoría de las mujeres profesionales (todavía jóvenes) no son las proveedoras principales de ingresos y estatus en sus unidades familiares, lo que facilita las presiones desprofesionalizantes.

5.3.1. ¿Qué supone la entrada de mujeres en las profesiones?

La entrada de mujeres en las profesiones sanitarias es parte de la expansión del sistema sanitario y de sus mercados laborales. De hecho, la entrada de mujeres ha permitido la expansión del sistema y ha garantizado su supervivencia al asegurar su oferta de servicios. Sin la entrada masiva y reciente de mujeres en las profesiones sanitarias, éstas (y el sistema y mercados sanitarios) no hubiesen podido hacer frente a la creciente demanda de servicios tanto en los espacios tradicionales como en los nuevos espacios de cuidados y calidad de vida.

La entrada de mujeres en las profesiones sanitarias sin duda amplía las jurisdicciones de muchas de ellas al extender la oferta de servicios y las tareas de las mismas. Garantizan la expansión de las profesiones en las áreas de cuidados, calidad de vida, aproximaciones holísticas, etc., y como resultado aumetan el espacio de las profesiones. Pero esa ampliación de los ámbitos jurisdiccionales de las diversas profesiones sanitarias da lugar a una situación singular al configurar un abanico amplio de tareas disputado por las diversas profesiones. El entorno de cuidados-calidad de vida, donde la influencia de género femenino es muy importante, es un área de dedicación profesional e, incluso, expansión tanto de la Medicina, como de la Enfermería, de la Farmacia, de la Veterinaria e, incluso, de la Odontología. Desde la lógica de las profesiones como organizaciones en expansión, ese espacio es importante para el crecimiento de cada una de ellas y, como resultado, se convierte en un dominio de lucha jurisdiccional (en los términos planteados por Abbot). Es decir, cada una de las profesiones intenta definir cuidados-calidad de vida en términos conceptuales y operativos propios que excluyan a las otras definiciones. Como contrapartida, esa tensión y lucha jurisdiccional permitirá una mayor definición y concreción de las tareas profesionales relacionadas con cuidados y calidad de vida y superar algunas de las ambigüedades actualmente existentes (Wicks 1999). La tensión jurisdiccional, aparte de la dimensión de lucha por espacios en el mercado, implica siempre una mejor definición de las tareas que ofrece una profesión.

5.3.2. ¿Ocupan las mujeres espacios diferenciados?

¿Se está produciendo una división del mercado laboral y los servicios de las profesiones sanitarias de acorde a líneas de género?

El proceso de feminización parece afectar de forma algo particular a cada profesión. En el caso de Enfermería, este proceso parece contribuir a marcar claramente, en términos de género, un espacio profesional de clara mayoría femenina que frena la entrada de varones. En este espacio profesional las diferencias entre varones y mujeres (a excepción del número) son pequeñas, con la única excepción de la mayor tendencia de los varones a buscar espacios de dirección y coordinación.

La envergadura, la complejidad y el acelerado proceso de feminización se traducen a su vez en una imagen compleja de las posiciones de varones y mujeres en la profesión médica. En términos globales hay una mayor tendencia de las profesionales (algo más de la mitad de las mismas) a situarse en el espacio de medicina general y fuera del hospital, y una mayor tendencia de los profesionales varones (un poco más de la mitad de los mismos) a ejercer en otras especialidades (fundamentalmente médicas y quirúrgicas) y en el ámbito hospitalario. Dado que la entrada de mujeres en la profesión es reciente (masiva en las últimas dos décadas) y con gran impacto (más de la mitad de las nuevas generaciones) es importante tener en cuenta el efecto temporal (cohorte, edad) para analizar el posible posicionamiento diferenciado en el mercado profesional. La entrada en la profesión es mayoritariamente a través del sistema hospitalario, aunque para las mismas cohortes y grupos de edad los varones se centran algo más en el hospital que las mujeres con una alta proporción de dedicación al ámbito no-hospitalario. En el caso de los varones, con el incremento de edad y el paso de cohortes aumenta la proporción de dedicación a especialidades y se reduce drásticamente su dedicación a medicina general. En las

mujeres también se amplía la dedicación a especialidades, pero su dedicación a medicina general sigue siendo muy importante (alrededor de la mitad de las profesionales se siguen dedicando a esa especialidad), a excepción de las profesionales de más edad donde la especialización es alta y similar a la de los varones.

Obviamente esas diferencias y tendencias no pueden ser atribuidas exclusivamente al elemento género o a carreras profesionales diferenciadas por género. Debemos tener en cuenta también los efectos generacionales atribuibles a la dinámica del sistema y a su expansión o reducción en unas u otras áreas. La expansión reciente del espacio de atención primaria y medicina general no sólo es posible gracias a la presencia de más mujeres profesionales sino que además ofrece a éstas un espacio profesional atractivo al que dedicarse. Es clara la tendencia algo mayor de las mujeres a dedicarse a la medicina general y al espacio de atención primaria y no-hospitalario, pero esa dedicación depende obviamente de las dimensiones de dicho espacio y de la dinámica del sistema en su conjunto.

Donde existe una clara diferenciación de género es en la dedicación a la profesión. Más de la mitad de los varones tienen varias ocupaciones (combinando formas y espacios organizativos) mientras que sólo alrededor de una cuarta parte de las mujeres tienen ese tipo de dedicación múltiple. En las mujeres domina una mono-dedicación a la profesión (en un solo trabajo y, de hecho, fundamentalmente como empleo en el sector público). En cambio, en los varones es muy destacada la dedicación a varios trabajos profesionales (combinan ejercicio como empleados con ejercicio liberal, y asistencia hospitalaria con no-hospitalaria).

5.3.3. ¿Qué efectos puede tener todo ello en el futuro?

La feminización de las tareas sanitarias relacionadas con atención primaria y entorno no-hospitalario las hacen atractivas para las mujeres en profesionalización (efecto llamada), pero las pueden convertir en poco atractivas para los varones como espacios de ocupación con prestigio de género. Y dado que la expansión del sistema en las últimas décadas ha girado mucho en torno a estos ámbitos, ello quizás podría explicar, en parte, el porqué los varones acceden menos a las profesiones sanitarias. Y además los

varones son reticentes a entrar en mercados laborales con niveles de ingresos congelados, donde la autonomía profesional se resiente, o donde los *role models* tienden a ser femeninos.

Si las tendencias indicadas por los datos no cambian radicalmente, la entrada de las mujeres en las profesiones sanitarias seguirá creciendo, pero su profesionalización en espacios más primarios o más especializados dependerá obviamente de las fuerzas de demanda de profesionales generadas por el sistema y mercado sanitarios. El único problema aquí es la poca elasticidad de la oferta y la demanda, es decir, el ajuste de la oferta a la demanda es lento. Los profesionales entrando actualmente en las profesiones sanitarias responden a la demanda y expectativas generadas al menos hace una década. Nuevos tipos de demanda y expectativas tendrán efectos en las generaciones de profesionales que entren en ese sector dentro de 5 a 10 años.

Cambios en las demandas del sistema pueden también cambiar las tendencias ocupativas actuales. En el caso de la Medicina, mayores necesidades de especialistas y profesionales hospitalarios resultado de la salida del sistema (por jubilación) de los varones puede forzar a que las mujeres profesionales entren más en esos espacios. Pero dado que este tipo de ajustes son lentos, el cambio implica a menudo situaciones problemáticas (como por ejemplo, la aparente falta de profesionales en la actualidad).

La feminización de las profesiones sanitarias es parte de una gran transformación de la sociedad española y de los mercados sociolaborales y profesionales, resultado de la incorporación creciente y rápida de las mujeres a los mismos. Los efectos y retos que está suponiendo en el sistema sanitario, sus profesiones, organizaciones y mercados, son importantes. La entrada masiva de mujeres contribuye a garantizar la demanda de profesionales en los diversos colectivos sanitarios. Esta demanda ha crecido considerablemente, como hemos visto anteriormente, asociada tanto a elementos demográficos como a cambios en los sistemas de valores sociales y, consiguientemente, han provocado cambios en el tipo de demandas sanitarias. Es especialmente importante el hecho de que las mujeres sanitarias (nuevas profesionales) entran mayoritariamente en las nuevas áreas de cuidados sanitarios y son clave para cubrir la atención relacionada con la calidad de vida.

La entrada en el sector sanitario es parte de la expansión del mismo, especialmente en las áreas asociadas a cuidados y calidad de vida. El reto futuro para el sistema es asegurar que los espacios más especializados, más tecnificados y asociados a curación, sigan siendo cubiertos a pesar de la tendencia de las profesionales a ir a otros ámbitos y la salida de los mismos de los varones por jubilación no reemplazados por el decreciente número de varones que entran en la profesión. Una hipotética segmentación rígida de los espacios profesionales (mujeres: prevenir y cuidar; varones: curar) podría dar lugar a problemas de funcionalidad del sistema y poner en peligro la atención sanitaria de la población.

Al igual que en otros entornos de ocupación, la entrada de la mujeres en las profesiones sanitarias supone retos organizativos para ajustar y compatibilizar la dedicación profesional. De la adecuación de los sistemas de ajuste dependerá la plena contribución de las mujeres a las profesiones sanitarias y que éstas (en tanto que profesiones) sigan cumpliendo su parte del contrato social con la sociedad. La gran presencia de mujeres en el espacio sanitario supone un reto importante para esta parte de la población en cuyas manos progresivamente recaerá la salud y el bienestar de los ciudadanos. Ello requerirá que paulatinamente se incorpore a todas las áreas profesionales y no se cierre en aquellas que temporalmente son protectoras.

La feminización de las profesiones sanitarias, que en la mayoría de los casos ha supuesto su expansión tanto numérica como jurisdiccional, crea varios dilemas y retos a las profesiones. Las áreas más afectadas por la feminización están relacionadas con la dedicación y la orientación, pero también están ligadas a temas de control y autonomía, estatus, formas de organización, ingresos y, especialmente, a las tensiones jurisdiccionales.

La feminización no es problemática en sí misma, de hecho más bien lo contrario. Ha permitido la expansión y supervivencia del sistema y mercado sanitarios. El dilema central, planteado por el aumento del número y peso de las mujeres en la sanidad, es el enfoque futuro de la sanidad y de la oferta, tareas y tipos de competencias de los profesionales y en qué medida será capaz de satisfacer la demanda creciente tanto de cuidados y servicios asociados a la calidad de vida como de servicios curativos.

Bibliografía

- ABBOTT, A. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- Adams, T. L. «Feminization of Professions: the Case of Women in Dentistry». *Canadian Journal of Sociology* 30 (2005).
- BAWIN-LEGROS, B. y L. BAWIN. «Feminization of the Medical Profession». Rev Med Liege (1999).
- Brint, S. G. In an Age of Experts: The Changing Roles of Professionals in Politics and Public Life. Nueva Jersey: Princeton University Press, 1994.
- CAMERON, P. A. y R. D. THOMPSON. «Changing the health-care workforce». *International Journal of Nursing Practice* 11 n. ° 1 (2005): 1-4.
- EHRENREICH, B. y D. ENGLISH. Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers. Nueva York: Feminist Press, 1973.
- Freidson, E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: The University of Chicago Press, 1970.
- —. Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- —. Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.
- KOOLMEES, P. A. «Feminization of Veterinary Medicine in the Netherlands 1925-2000». Argos 23 (2000): 125-131.
- LEVINSON, W. y N. LURIE. «When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead?». *Annals of Internal Medicine* 141 n.º 6 (21 septiembre 2004): 471-474.
- McClain, C. S. Women as Healers: Cross-Cultural Perspectives. Nueva Jersey: Rutgers University Press, 1989.
- MUZZIN, L. J., G. P. BROWN y R. W. HORNOSTY. «Consequences of Feminization of a Profession: the Case of Canadian Pharmacy». Women Health 21 n. ° 2-3 (1994): 39-56.
- PAIK, J. E. "The Feminization of Medicine". The Journal of the American Medical Association 283 (2000): 666.
- Perrone, B., H. H. Stockel y V. Krueger. *Medicine Women, Curanderas and Women Doctors*. Oklahoma: University of Oklahoma Press, 1989.
- ROHLFS, I., P. ARRIZABALAGA, L. ARTAZCOZ, C. BORRELL, M. FUENTES y C. VALLS. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. Barcelona: Fundació Galatea (www.fundaciogalatea.org), 2007.
- RODRÍGUEZ, J. A. y J. L. C. BOSCH. Els Metges de Barcelona a l'inici del Nou Mil·lenni. Barcelona: COMB (www.comb.es), 2004.
- —. Infermeres Avui: Com som i com voldríem ser. Barcelona: COIB (www.coib.org), 2005.
- —. «Futuros sanitarios: entre ciencia y organización». En Rodríguez, J. A., ed. Sociología para el futuro. Barcelona: Icaria, 2006.
- RODRÍGUEZ, J. A. «Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio». *Educación Médica* 7 nº 1 (enero-marzo 2004).
- WICKS, D. Nurses and Doctors at Work: Rethinking Professional Boundaries. Nueva York: Allen and Unwin, 1999.
- WILSFORD, D. Doctors and the State: the Politics of Health Care in France and the United States. Durham: Duke University Press, 1991.

6. Ajuste ocupacional y pluriempleo de los médicos: ¿importan las parejas?

Juan José Dolado Lobregad
Universidad Carlos III de Madrid
Centre for Economic Policy Research (CEPR)
Florentino Felgueroso Fernández
Universidad de Oviedo
Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)
Centre for Economic Policy Research (CEPR)

6.1. Introducción

El capítulo 3 se dedicó al análisis de la temporalidad entre los profesionales superiores de la sanidad. Tal como se comentaba allí, la precariedad laboral, en sus diversas formas, es una característica común en varios países, que puede explicar la escasez de profesionales del sector, dada la existencia de otras alternativas ocupacionales con mayores salarios relativos y menores cargas laborales y necesidades de formación inicial y continua. Varios expertos han relacionado la precariedad en el sector sanitario con la existencia de características monopsonísticas en los mercados de trabajo de los profesionales de la sanidad. De hecho, un ejemplo comúnmente utilizado en los manuales de Economía para ilustrar el fenómeno del *monopsonio* es el mercado de trabajo de las enfermeras. Algunos economistas llegan incluso a afirmar que «si no se encuentra evidencia de monopsonio en este mercado, resulta difícil argumentar que la competencia monopsonística sea un hecho relevante del mercado de trabajo».¹

Agradecemos, para la elaboración de este capítulo, los comentarios de los participantes en un seminario en FEDEA.

¹ Staiger et al. (1999), citado en Hirsh y Schumacher (2004).

La teoría económica alude a este tipo de mercado de trabajo y a sus implicaciones cuando los trabajadores tienen acceso a escasas alternativas ocupacionales. En este caso, en contraposición con un mercado de trabajo competitivo, las ofertas de trabajo a las que se enfrentan las empresas no son perfectamente elásticas. Debido a ello, una disminución del salario o un empeoramiento de las condiciones laborales en una empresa no conlleva un abandono inmediato de toda la plantilla hacia otras empresas, esto es, los problemas de retención del personal son menores cuanto mayor sea el «poder de monopsonio» de la empresa. En estos mercados, no solo aparece la denominada explotación monopsonista (menores salarios y peores condiciones laborales que en los mercados competitivos) sino también la discriminación monopsonística, según la cual dos grupos de trabajadores, igualmente productivos, pueden percibir salarios diferentes en función de las posibilidades que tengan de ejercer su profesión en otras empresas.

Las alternativas ocupacionales vienen determinadas, en gran parte, por la movilidad de los trabajadores desde sus mercados locales a otros, a la búsqueda de mejores empleos. Conseguir el ajuste ocupacional óptimo de un individuo requiere una mayor movilidad geográfica cuanto mayor sea su nivel educativo y menor sea el número de establecimientos locales que dispongan de vacantes adecuadas a sus cualificaciones o capital humano. Además, cuanto más específico sea el tipo de estudios adquiridos, mayor será la necesidad de movilidad, dado que escaseará el número de establecimientos con vacantes acordes a dicho capital humano. En este sentido, las enfermeras han constituido el ejemplo tradicional para explicar y aportar evidencia sobre los efectos de mercados monopsonistas. Ello se debe al escaso número de establecimientos del sector sanitario que demandan sus servicios, además de tratarse de una profesión no genérica, esto es, que no se ejerce en cualquier tipo de sector, como puede ser el caso de los economistas.

Siguiendo este razonamiento, cuando se trata de conseguir el ajuste ocupacional de dos personas que conviven en pareja, la probabilidad de que al menos una de las dos sufra un desajuste será aún mayor. En efecto, cuando una de las dos tiene mayor nivel educativo o asume una mayor participación en el mercado de trabajo, la maximización de la utilidad conjunta del hogar puede lle-

var a que el otro miembro de la pareja se vea desplazado fuera de su emplazamiento ocupacional óptimo, pudiendo además experimentar con mayor probabilidad la explotación y discriminación monopsonista cuanto menores sean las alternativas del mercado local al que se haya desplazado. Esta sería una posible explicación de por qué, en el pasado, las mujeres —con menores niveles educativos y menor participación laboral que los varones— han sido tradicionalmente más propensas a experimentar este tipo de situaciones, incluyendo el no empleo.

Si las dos personas tienen el mismo nivel de estudios, podría ocurrir que el ajuste óptimo individual supusiera trabajar en distintas regiones. En un extremo, si los dos miembros de la pareja tienen no sólo el mismo nivel sino también el mismo tipo de estudios, y éste es específico, la maximización de la utilidad conjunta puede llevar a que ambos permanezcan en su región de residencia actual, lo que implica un desajuste mutuo respecto de su óptimo individual. En este caso extremo, si la movilidad de cualquier de los dos lleva al ajuste de uno y al desajuste del otro, al proporcionar la misma utilidad conjunta independientemente de quién esté o no desajustado, podríamos hablar de discriminación de género intra-pareja.

El objetivo de este capítulo es analizar hasta qué punto podemos encontrar evidencia empírica favorable al anterior razonamiento teórico sobre las diferencias de género en el ajuste laboral en el caso de los titulados superiores universitarios de Ciencias de la Salud en España. Este caso de estudio tiene un interés especial al venir reforzado por cuatro hechos estilizados que se ilustran en este trabajo:

- La profesión médica es una de las que más se ha feminizado en las dos últimas décadas. Hasta entonces, las mujeres estaban concentradas en los niveles intermedios e inferiores de las profesiones sanitarias.
- En España, los titulados superiores universitarios en Ciencias de la Salud son los que más se emparejan con otras personas con su mismo nivel y tipo de estudios.
- La proporción de personas desajustadas, esto es, personas que trabajan en ocupaciones distintas de las profesiones sa-

nitarias superiores es muy alta, especialmente en el caso de las mujeres. Cerca de una tercera parte de las mismas están empleadas en otro tipo de ocupaciones, o simplemente no están empleadas. Este porcentaje dobla la proporción de varones desajustados en cada cohorte de edad.

— Además de un mayor desajuste ocupacional, las mujeres que trabajan como médicas experimentan una tasa de temporalidad muy superior a la de los varones, lo que también puede estar relacionado con un menor grado de movilidad o ajuste en un empleo indefinido.

Las aportaciones principales de este capítulo son tres. En primer lugar, extendemos la investigación sobre los posibles efectos monopsonistas en el mercado de trabajo de las profesiones de la sanidad a los profesionales de nivel superior, esencialmente los médicos. La literatura económica se ha limitado a relacionar el monopsonio en el mercado de trabajo de las enfermeras, es decir, en un nivel educativo intermedio. La inmovilidad geográfica de las mujeres podría explicarse por un menor capital humano que los hombres. Sin embargo en la actualidad, la presencia femenina en los niveles superiores de las profesiones sanitarias ya ha superado incluso a la de los varones, y están frecuentemente emparejadas con otros médicos o con personas de nivel educativo similar.

En segundo lugar, nos centramos en los efectos monopsonistas sobre la situación laboral y, más concretamente, sobre el ajuste ocupacional, ignorando cuestiones salariales. Así pues, el objetivo central de este trabajo es investigar si existen diferencias de género en los determinantes del ajuste ocupacional y de sus situaciones alternativas (distinguiendo entre ajuste temporal e indefinido, desajuste y no empleo), y analizar hasta qué punto los niveles y tipos de estudios de los otros miembros de las parejas y la movilidad geográfica de ambos miembros influyen sobre estas situaciones.

Finalmente, una tercera aportación es analizar si existen también diferencias de género en los determinantes del pluriempleo. El pluriempleo es otra de las peculiaridades de los profesionales de la sanidad que puede explicar las diferencias de renta laboral entre hombres y mujeres. Sin embargo, el pluriempleo también puede interpretarse como una respuesta a los posibles efectos mo-

nopsonistas. Por ejemplo, tener una consulta privada puede hacer que la oferta de trabajo sea más elástica. Por tanto, si los varones tienen mayor propensión al pluriempleo, ello explicaría que estén sometidos en menor medida a explotación monopsonista. La falta de disponibilidad de tiempo para ejercer más de una tarea puede también estar en el origen de posibles diferencias salariales o de ingresos entre hombres y mujeres. Estas últimas no sólo se verían sometidas a una mayor explotación monopsonista en las empresas sino que, adicionalmente, sus rentas laborales también serían inferiores al disponer de un único empleo.

El capítulo se estructura en las siguientes secciones. En el apartado 6.2 se presenta una panorámica del análisis económico de las cuestiones tratadas en este trabajo: monopsonio, movilidad y desajuste ocupacional, y pluriempleo. En el apartado 6.3 se ilustran brevemente los hechos estilizados que caracterizan la situación familiar del colectivo de los titulados universitarios superiores en Ciencias de la Salud en España. En los apartados 6.4 y 6.5 se analizan, respectivamente, los determinantes del ajuste educativo y del pluriempleo utilizando varios enfoques econométricos. Finalmente, en la sección 6 se resumen las principales conclusiones de este capítulo.

6.2. El análisis económico de la movilidad, el desajuste educativo y el pluriempleo: revisión de la literatura

6.2.1. Monopsonio y mercados de trabajo de los profesionales de la sanidad

El modelo teórico tradicional del monopsonio en el mercado de trabajo se basa en la presencia de una única empresa demandante de empleo que, por tanto, hace frente a toda la oferta de profesionales del mercado. En consecuencia, para emplear a más trabajadores, deberá ofrecer un salario mayor y elevar el coste de toda su plantilla. Ello implica que, en equilibrio, el coste marginal del trabajo y, por lo tanto, la productividad marginal del trabajo, sean superiores al salario, surgiendo la denominada *explotación monopsonista*, concepto desarrollado originalmente por Joan Ro-

binson (1933). En este tipo de mercados de trabajo surge además la discriminación monopsonista: cuanto más inelástica sea la oferta de trabajo, menores serán los salarios en relación con la productividad; por ello, una empresa que maximice sus beneficios debería discriminar a sus trabajadores pagando menores salarios al grupo que tenga una menor elasticidad de la oferta del trabajo. Si la oferta de trabajo femenina es más inelástica que la masculina, las mujeres percibirían salarios inferiores a los de los hombres, y, por tanto, harían frente a un mayor nivel de explotación en el mercado laboral.

Un ingrediente importante de la discriminación monopsonista es que la curva de oferta de trabajo de las mujeres sea más inelástica que la de los varones. Éste es uno de los aspectos que más se ha puesto en entredicho por parte de los economistas. En efecto, la evidencia empírica ha mostrado que la oferta de trabajo de mercado femenina parece ser más sensible a los salarios que la masculina, por lo que si ésta es la oferta a la que se enfrenta la (única) empresa demandante de sus servicios, las mujeres deberían percibir un mayor salario que los varones. Esta posible contradicción ha sido resuelta por la moderna teoría del monopsonio, que muestra que la existencia de una única empresa no es condición necesaria para el mismo, es decir, para que las empresas se enfrenten a curvas de oferta de pendiente positiva.² Las curvas de oferta de las empresas son distintas de las de mercado y su elasticidad depende no sólo del no empleo, sino también del grado de acceso de los trabajadores a mejores alternativas salariales en otras empresas.

Según Blau et al. (1998), la existencia de monopsonio es más aplicable a ocupaciones y mercados de trabajo específicos que al diferencial salarial agregado entre hombres y mujeres. Precisamente, un ejemplo comúnmente utilizado en los manuales de

² Burdett y Mortensen (1998) y Manning (1994, 2003). Los argumentos que encontramos en los nuevos modelos de monopsonio se centran en los análisis de flujos entre empleos en un contexto de búsqueda, en los que cada empresa o establecimiento hace frente a una curva de oferta de trabajo individual. Los trabajadores abandonan la empresa de forma endógena y tienen que ser reemplazados por nuevos trabajadores, lo cuál representa un proceso costoso que las empresas pueden evitar elevando el salario: cuanto más elevado sea, menor será el número de abandonos y, por lo tanto, más fácil será atraer a nuevos trabajadores.

Economía para explicar los monopsonios es el mercado de trabajo de las enfermeras. La mayoría de los mercados de trabajo para el personal sanitario consisten en uno o pocos grandes empleadores (hospitales u otras instituciones del sistema sanitario) que deberían hacer frente a una curva de oferta con pendiente positiva.

De hecho, diversas políticas han sido debatidas para combatir la escasez de enfermeras, y aumentar su reclutamiento y su retención, así como el número de horas que estarían dispuestas a trabajar. En este contexto, ha sido ampliamente discutido el papel de los incrementos salariales con el fin de incentivar aumentos en la oferta de trabajo de las enfermeras. Sin embargo, los estudios econométricos sobre oferta de trabajo encuentran generalmente que dicha oferta no responde significativamente a los cambios salariales. Así, los trabajos realizados en los países anglosajones indican que la elasticidad media de la oferta de trabajo de las enfermeras es especialmente baja, y se sitúa alrededor de 0,3.3

Ante esta baja elasticidad, varios expertos han cuestionado el hecho de que la naturaleza del mercado de trabajo de los profesionales de la sanidad sea monopsonista. Sin embargo, esta conclusión negativa ha sido puesta en entredicho por otro tipo de estudios que investigan los efectos de la concentración hospitalaria o el tamaño del mercado de trabajo sobre los salarios y las situaciones de empleo relativas de las enfermeras lo que, sin embargo, no permite apoyar empíricamente la existencia de efectos predichos por el modelo clásico del monopsonio. En realidad, aunque puede ser una condición relevante, la moderna teoría del monopsonio no requiere que exista un importante concentración de mercado; basta con que, por ejemplo, los costes de búsqueda de un nuevo empleo u otro tipo de fricciones en el mercado de trabajo impidan que las personas se muevan hacia otras empresas con mejores salarios o condiciones laborales. ⁵⁻⁶

³ Véanse Antonazzo et al. (2003) y Shields (2003), para una revisión de estudios realizados en EE. UU. y el Reino Unido; véanse también los estudios de Staiger et al. (1999) y de Sullivan (1989).

⁴ Por ejemplo, Adamache y Sloan (1982) o Hirsch y Schumacher (1995).

⁵ Véanse Bashakar et al. (2002), Manning (2004) y Hirsch y Schumacher (2004).

⁶ Por otra parte, la baja elasticidad de la oferta de trabajo de las enfermeras también puede deberse a otras posibles explicaciones distintas de las monopsonistas. Por ejemplo, se pueden estar omitiendo características relevantes de los mercados de tra-

6.2.2. Desajuste, movilidad y parejas

Una de las condiciones básicas para que se produzcan los efectos predichos por los modelos monopsonistas es que los trabajadores de la empresa no tengan mejores alternativas salariales y condiciones laborales, o si las tienen, se enfrenten a dificultades para trasladarse a estos empleos. Esto es, la explotación y discriminación monopsonista están fuertemente relacionadas conr los límites que tengan las personas en su movilidad geográfica.

Una movilidad geográfica limitada también puede dar lugar a salarios bajos sin necesidad de que los mercados sean monopsonistas. Incluso en mercados competitivos, las personas con baja movilidad geográfica pueden estar concentradas en sectores de salarios bajos, obteniendo una remuneración igual a su productividad, aunque inferior a su productividad potencial en otros sectores diferentes de su mercado local. No obstante, si los mercados son además monopsonísticos, al existir muy pocos establecimientos en el mercado local, los trabajadores percibirían una salario inferior a su productividad real en la empresa en la que trabajan, surgiendo explotación y discriminación con otras personas con menores límites de movilidad.

Además de menores salarios y peores condiciones laborales, una movilidad geográfica limitada puede producir desajustes educativos que resulten en *sobreeducación* o *sobrecualificación*, esto es, situaciones en las que los trabajadores tienen un stock de capital humano superior al que requiere el empleo. Frank (1978) desarrolla un modelo en el que los empleos aceptados que no se ajusten al capital humano de las personas producen un coste sobrecualifi-

bajo del personal de la salud, como son las características de los empleos o los acuerdos contractuales. También puede existir un problema de selección en el trabajo a la hora de explicar por qué las enfermeras no son tan sensibles a los cambios salariales a la hora de decidir sobre las horas de trabajo. En los países anglosajones y escandinavos, una parte muy importante de enfermas trabajan a tiempo parcial, por lo que aumentos de la oferta implicarían pasar a jornadas y formas contractuales no deseadas por los oferentes (Askildsen et al. 2002). Finalmente, una primera condición para que se produzca discriminación monopsonista es que se pueda distinguir entre hombres y mujeres en el proceso de determinación salarial. En realidad, en sistemas sanitarios en los que el sector público es preponderante, las relaciones laborales están muy reguladas y controladas por los sindicatos. Por ello, puede resultar dificultoso para las empresas ofrecer salarios distintos para grupos de trabajadores con distintas elasticidades, por lo que la discriminación salarial no se encuentra prevista en el modelo de monopsonio.

cación que es mayor cuanto más elevado es el nivel educativo y cuanto menor sean las ofertas de empleo en el mercado local. El objetivo de cada individuo es tratar de minimizar este coste.

Uno de los orígenes más documentados de las limitaciones en la movilidad geográfica es la formación de parejas, por ejemplo, a través del matrimonio. La movilidad familiar es una decisión conjunta en la que las necesidades del marido y de la esposa son sopesadas para maximizar el bienestar conjunto de la familia. La búsqueda de empleo para un par de personas que convivan en pareja está constreñida geográficamente: los trabajos que se acepten deben estar en el mismo mercado de trabajo. Sólo por coincidencia, las mejores ofertas de empleo para ambos esposos coincidirán en la misma localidad. Cuando no es así, uno de los dos o ambos habrán de aceptar menos que la mejor oferta que podría obtener fuera de la localidad en que residen.

Tradicionalmente, compromisos de este tipo han sido generalmente menos costosos en términos de renta familiar y consumo para las mujeres cuyas parejas trabajen más horas y posean *stocks* de capital humano (educación, formación, experiencia, etc.) mayores que las mujeres. Por ello, los movimientos geográficos familiares se habrían realizado habitualmente para beneficiar el ajuste del miembro de la familia que aporte la renta principal. Por ejemplo, en el modelo de Frank (1978), la elección de los puestos de trabajo dentro del hogar se realiza para minimizar el coste de sobrecualificación conjunto. Si los varones tienen más educación que las mujeres, ello explicaría que sean ellos los que estén mejor ajustados dentro de la pareja. Es decir, la mujer acompañaría al varón hacia la localidad donde minimice el nivel de sobrecualificación total.⁷

La relación entre el tamaño de mercado y los niveles de sobrecualificación esperada juegan un papel crucial en el proceso de identificar las consideraciones de localización que dictan los diferenciales de sobrecualificación entre sexos. Un mercado de trabajo de tamaño reducido dispone en general de una menor cantidad y diversidad de vacantes, por lo que reducirá la probabi-

⁷ En algunas empresas, también ocurre frecuentemente que no pueden trabajar parejas casadas, por lo que si el mercado es monopsonista, disminuirán las posibilidades de ajuste de ambos.

lidad de que el cónyuge de la que optimice su ajuste pueda, a su vez, optimizarlo. Por ello, se verá obligada a aceptar empleos que no se adecuen a sus cualificaciones o incluso a tener que permanecer desempleada.

La evidencia empírica sobre la relación entre diferenciales de género en sobreeducación y movilidad también es bastante amplia. Cabe destacar que este tipo de explicación de las diferencias salariales, no justificadas por diferencias en productividad, no implica que los empleadores sean discriminadores y, excepto en el caso en el que ambas personas tengan exactamente el mismo capital humano, tampoco se debería a «discriminación intrapareja», sino simplemente a maximización de la renta familiar.

Estudios recientes muestran que las parejas formadas por titulados superiores tienden a residir en las grandes ciudades. Las explicaciones dadas, sin embargo, para esta tendencia son algo contradictorias. Por una parte, las parejas más con mayores niveles educativos tienen que enfrentarse a problemas de localización que satisfagan las aspiraciones de carreras profesionales de ambos, lo que puede facilitarse en mercados de trabajo locales más amplios.9 Otra explicación es que los rendimientos de la educación son mayores en estas ciudades y que, en ellas, se produzcan con mayor probabilidad emparejamientos de personas educadas, así como posibilidades de inversiones adicionales en capital humano. 10 Una implicación importante de esta discrepancia es el momento en el que se produce el emparejamiento. Si se produce antes de que las personas estén ajustadas laboralmente, la inmovilidad geográfica puede afectar al posterior ajuste de ambas personas o, al menos, de una de las dos. Si el emparejamiento se produce posteriormente, aunque no se observe desajuste, de nuevo la inmovilidad podría afectar negativamente al desarrollo de la carrera profesional de, al menos, uno de los dos miembros de la pareja.

⁸ Véase, por ejemplo, Sicherman (1991), McGoldrick y Robst (1996), Hartog (2000) y Dolado et al. (2009). En relación a sobreeducación y commuting, veáse Buch y Van Ham (2003) y, para el caso español, Sanromá y Ramos (2004). El tema de la sobreeducación en España ha sido también abordado por Alba-Ramírez (1993) y Dolado et al. (2000), entre otros.

⁹ Costa y Khan (2000).

¹⁰ Compton y Pollak (2004).

La especialización educativa ajustada a un escaso número de empresas se encuentra de forma específica en algunas profesiones como puedan ser las de los médicos o los académicos, sin embargo no existe, a nuestro entender evidencia empírica sobre los ajustes y posteriores trayectorias laborales en ambas profesiones.¹¹

6.2.3. El análisis económico del pluriempleo

Las situaciones de pluriempleo en el sector sanitario constituyen un fenómeno destacable en la mayoría de los países, tanto en vías de desarrollo como avanzados y en aquellos en los que existe tanto un sector sanitario privado como público. La combinación más usual es la de empleos en ambos sectores. La literatura teórica sobre la conveniencia de este pluriempleo sobre la calidad de los servicios sanitarios ha sido discutida en varios trabajos. Sin embargo, existe una evidencia menos concluyente sobre sus determinantes.¹²

El análisis económico destaca dos posibles motivaciones para que una persona esté pluriempleada: las restricciones impuestas a las jornadas de trabajo y la complementariedad de las ocupaciones.

Usualmente las empresas ofrecen puestos de trabajo con combinaciones de salarios y horas fijas. Si el número de horas que se ofrecen se encuentran por debajo del número óptimo de horas que el trabajador elegiría dado un determinado nivel salarial, entonces los individuos decidirán buscar otro empleo y aceptarlo con la condición de que se le remunere más que su salario de reserva en este segundo empleo. En este sentido, la escasa literatura empírica existente sobre pluriempleo ha aportado esencialmente tres tipos de evidencias. Por una parte, el pluriempleo parece constituir una solución directa a una solución de subempleo, mientras que se busca un puesto de trabajo que ofrezca un número de horas de trabajo objetivo. 13 Por otra, el pluriempleo permite que la oferta de trabajo se convierta en más elástica a los cambios en el

Además, en ambas profesiones, pueden existir diferencias intra-pareja derivadas del hecho de que los hombres puedan tener especialidades con distintas retribuciones. Sobre las diferencias de género en la especialización de investigadores en Economía ver Dolado et al. (2006).

 $^{^{\}rm 12}$ En García-Prado y González (2006) se puede encontrar una excelente revisión de la literatura sobre los determinantes y efectos del pluriempleo de los médicos.

¹³ Paxon y Sicherman (1996).

salario.¹⁴ Finalmente, la decisión de un miembro de una pareja de mantener un segundo empleo puede constituir un sustituto a la entrada en el mercado de trabajo del otro miembro de la pareja.¹⁵

El pluriempleo no está sin embargo motivado exclusivamente por una restricción de horas. Otros individuos pueden decidir asignar su tiempo de trabajo entre dos o más empleos debido a que tienen preferencias personales por la diferenciación de puestos de trabajo. ¹⁶ En estos casos, Renna y Oaxaca (2006) hallan que, debido a la compensación de los efectos propios y cruzados, un cambio proporcional en los salarios de ambos empleos dejaría prácticamente inalterada la oferta de trabajo total y que las elasticidades-renta y salariales compensadas son mucho más elevadas para la oferta de trabajo en el segundo empleo.

En el caso del pluriempleo en el sector sanitario, aunque sea un hecho conocido, no existe mucha evidencia en relación con la extensión y los efectos de este fenómeno. Además de los motivos destacados en la literatura genérica sobre pluriempleo, surgen otros factores no pecuniarios, tales como las complementariedades entre trabajos y otras variables institucionales, profesionales y personales que también tienen un papel preponderante a la hora de explicar este fenómeno.

Biglaiser y Ma (2006) y Delfgaauw (2007), por ejemplo, argumentan que también pueden existir motivaciones altruistas para explicar por qué no todos los médicos eligen situaciones de pluriempleo. Estos autores denominan a este tipo de personas «doctores dedicados», en el sentido de que proporcionan un servicio de elevada calidad en el sector público, aunque puedan faltar incentivos para permanecer en el mismo. ¹⁷ Los trabajadores del sector público pueden tener, además, distintos incentivos para participar en el sector público y/o en el privado. Por ejemplo, el regulador del sector público puede disponer de menos instru-

¹⁴ Shisko and Rostker (1976).

¹⁵ Krishnan (1990).

¹⁶ Es lo que Renna y Oaxaca (2006) denominan la motivación de cartera (portfolio motive for multiple job holding).

¹⁷ Según estos autores, es la presencia de este tipo de profesionales la que permite entender por qué la calidad de la sanidad en el sector público no es necesariamente extremadamente pobre.

mentos para incentivar a los trabajadores que en el sector privado. Biglaiser y Ma (2006) señalan que los contratos en el sector privado tienen que ser más eficientes que en el público, dado que en este sector sólo se pueden imponer penalizaciones limitadas a los médicos y los niveles actuales de calidad sólo puede ser observados por el regulador con supervisiones muy costosas. Así, los pluriempleados «oportunistas» pueden «escaquearse» y disponer rentas de información adicionales sobre los pacientes. Algunos médicos «dedicados» pueden elegir no estar en una situación de pluriempleo, mientras que otro tipo de médicos sí lo escojan, en función de cómo afecten estos incentivos a sus preferencias. Delfgauw (2007) indica que, aunque los médicos deberían servir a los intereses de los pacientes, a lgunos están más inclinados a hacerlo que otros ya que difieren en su grado de altruismo. 18

En cualquier caso, uno de los hechos no destacados en estos estudios es que la posibilidad de pluriempleo podría atenuar los efectos de los mercados de trabajo monopsonistas. Las evidencias empíricas sobre el pluriempleo muestran precisamente que la oferta de trabajo se convierte en más elástica, al suponer el segundo empleo una posible alternativa al primero sin necesidad de trasladarse geográficamente.

6.3. Situación familiar, movilidad, desajuste y pluriempleo: hechos estilizados para los titulados superiores en Ciencias de la Salud en España

6.3.1. Situación familiar

Una de las características personales más destacadas de los profesionales superiores del sector sanitario en España es su estado civil. En concreto, presenta la mayor proporción de personas emparejadas con otras que ostentan el mismo nivel y tipo de estudios, tanto para los varones como para las mujeres.

¹⁸ Ejemplos serían la reacción de los médicos en situaciones extremas como la del 11S o el papel de Médicos sin Frontera. También pone como ejemplo, el hecho de que los empleados de los sistemas de salud suelen declarar que trabajan más horas que las convenidas en contrato, en la mayoría de los casos sin recibir remuneraciones extraordinarias.

En el cuadro 6.1, se muestra el porcentaje de emparejamientos entre titulados universitarios superiores en Ciencias de la Salud y el del resto de titulaciones, así como el nivel y tipo de estudios del otro miembro de la pareja, para cada grupo de edad. En los cuadros 6.2 y 6.3, se presenta una información similar por tipo de estudios para la población menor de 65 años.

CUADRO 6.1: Población menor de 65 años con estudios superiores, emparejada, para sexo y grupos de edad, Ciencias de la Salud y otro tipo de estudios (porcentaje sobre población total)

	Titula	dos universi	arios su	periores en		Otro	s titulados	
		Ciencias o	de la Salı	ud		universita	rios superior	es
	Todos	Ciencias de la Salud	Mismo nivel	Mismo nivel, CC. de la Salud	Todos	Mismo tipo de estudios	Mismo nivel de estudios	Mismo nivel, mismo tipo
Varones								
< 65 años	79,6	36,4	35,6	22,5	62,1	14,6	28,4	11,3
25-34	41,2	21,5	24,2	15,1	32,3	8,5	18,2	7,3
35-44	85,0	38,2	44,3	27,9	76,1	20,3	40,8	16,1
45-54	89,5	42,3	37,4	24,4	84,8	18,8	29,9	13,0
55-64	95,3	37,4	28,9	16,2	87,6	11,2	25,2	7,9
Mujeres								
< 65 años	61,5	21,8	37,8	20,8	53,3	12,9	30,5	11,8
25-34	43,6	10,2	23,5	8,8	39,0	7,6	17,8	6,9
35-44	70,3	26,3	40,1	25,4	76,4	18,3	42,0	16,6
45-54	82,3	30,8	51,6	30,1	69,8	19,1	43,8	17,8
55-64	58,9	25,4	47,3	25,4	67,4	11,7	43,5	11,4

Fuente: EPA (2.º trimestre del año 2004).

Los varones titulados superiores en Ciencias de la Salud son los que más conviven en el hogar con una pareja de la misma familia de estudios (Ciencias de la Salud), 36% frente al 15% de media (22% del mismo nivel y 14% de nivel inferior). También son los que más están emparejados con mujeres con este tipo de estudios pero de nivel inferior. Por edades, se puede observar que estas tasas, y las diferencias con la media del resto de las titulaciones, son

aún mayores. Ello ocurre especialmente en la proporción de personas emparejadas con otras de Ciencias de la Salud del mismo nivel educativo para el grupo de edad de 35 a 44 años, y para el grupo de edad de 45 a 54 años, con personas en la misma familia de estudios, pero esta vez con una titulación inferior.

CUADRO 6.2: Población con estudios universitarios superiores casados y con pareja que convive en el hogar, por tipo de estudios

	V	arones	M	Iujeres
		Conviven		Conviven
	Casados	con su	Casados	con su
		pareja		pareja
Ciencias de la Educación	57,6	61,7	51,1	51,7
Artes	50,7	55,3	46,6	50,0
Humanidades	51,9	53,0	52,4	57,6
Ciencias Sociales y del comportamiento	60,8	63,4	49,1	53,2
Periodismo e Información	47,4	54,5	32,8	43,6
Enseñanza comercial y Administración	55,4	56,6	45,6	48,4
Derecho	64,2	65,2	51,5	51,3
Ciencias de la Vida	53,9	57,7	50,3	52,3
Ciencias Físicas, Químicas y Geológicas	65,4	63,2	50,4	57,0
Matemáticas y Estadística	68,7	70,2	56,1	64,0
Informática	38,0	40,3	38,9	49,7
Mecánica, electrónica y otra formación técnica	56,3	61,6	45,4	48,4
Industria Manufacturera y Producción	60,1	68,6	43,3	37,5
Arquitectura y Construcción	66,7	68,6	47,2	51,7
Agricultura, Ganadería y Pesca	55,9	60,1	38,0	37,9
Veterinaria	67,4	77,2	49,1	53,6
Medicina	77,7	79,6	60,1	61,5
Servicios Sociales	19,7	19,7	36,9	60,3
Servicios Personales	57,2	52,0	46,0	49,4
Total	60,1	62,1	50,0	53,3

Fuente: EPA (2.º trimestre del año 2004).

CUADRO 6.3: Población con estudios universitarios superiores con pareja que convive en el hogar, por tipo y nivel de estudios del otro miembro del hogar, para cada tipo de estudios

(porcentaje sobre el total de personas, incluidas las que no conviven con su pareja)

	Titul	ados univ	Titulados universitarios superiores en Ciencias de la Salud	iores en (Siencias	de la Salud		Otros	Otros titulados universitarios superiores	ersitarios	superior	es
		Varones	sə		Mujeres	sə		Varones	səı		Mujeres	sə.
	Misma	Mismo	Mismo Mismos nivel	Misma	Mismo	Mismo Mismos nivel	Misma	Mismo	Mismo Mismos nivel	Misma	Mismo	Mismo Mismos nivel
	familia	nivel	y familia	familia	nivel	y familia	familia	nivel	y familia	familia	nivel	y familia
Ciencias de la Educación	18,7	19,5	7,7	5,8	16,3	2,8	23,4	60,5	21,0	7,9	13,1	7,1
Artes	18,1	27,4	15,9	11,7	29,6	11,3	0,0	2,6	0,0	3,5	2,5	0,0
Humanidades	14,6	25,5	13,6	8,2	32,1	8,1	1,9	7,0	8,0	0,9	2,9	9,0
Ciencias Sociales y del Comportamiento	14,8	28,0	13,1	7,2	26,4	7,0	9,5	19,2	9,9	5,3	7,7	2,5
Periodismo e Información	10,1	31,9	9,5	8,6	30,0	7,9	7,0	2,0	0,0	1,9	2,7	0,0
Enseñanza Comercial y Administración	14,3	21,8	7,5	12,6	21,8	8,6	13,8	13,6	5,8	8,8	12,1	5,0
Derecho	13,1	56,9	12,3	14,5	28,8	14,2	5,3	12,2	3,9	6,1	8,1	2,9
Ciencias de la Vida	20,0	38,6	20,0	13,6	26,5	13,6	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	0,0
Ciencias Físicas, Químicas y Geológicas	6,6	28,0	8,6	12,9	29,8	12,9	0,0	7,7	0,0	82,5	6,7	5,8
Matemáticas y Estadística	11,8	49,5	11,8	12,6	33,3	12,6	4,5	12,9	4,5	71,3	7,9	4,0
Informática	3,8	13,1	1,9	7,8	27,6	7,8	3,8	13,2	2,8	11,3	19,3	8,1
Mecánica, Electrónica	5,4	24,0	4,5	30,7	39,5	29,9	2,4	15,1	2,5	25,3	19,1	16,7
y oua romacon comea Industria Manufacturera y Producción	2,7	17,5	2,7	32,5	25,9	25,9	2,5	12,5	1,8	29,7	11,7	0,0
Arquitectura y Construcción	9,5	31,3	7,5	14,5	38,0	12,8	3,4	11,7	2,5	10,4	12,7	6,9
Agricultura, Ganadería y Pesca	2,9	22,6	2,9	15,6	27,6	10,3	2,8	17,3	1,7	5,6	6,7	4,7
Veterinaria	12,9	34,3	12,9	16,3	33,3	16,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciencias de la Salud	32,2	32,9	9,61	8,02	36,5	19,9	19,2	22,8	12,5	9,1	11,2	3,4
Servicios Sociales	19,7	19,7	19,7	2,9	11,2	2,9	8,9	25,2	8,9	2,0	11,7	2,0
Servicios Personales	16,0	25,2	16,0	15,0	29,8	15,0	7,4	15,0	7,4	3,8	12,0	2,7
TOTAL	13,3	26,5	10,2	12,0	28,6	11,0	8,6	16,4	7,1	7,7	11,8	5,1

Fuente: EPA (2.° trimestre del año 2004).

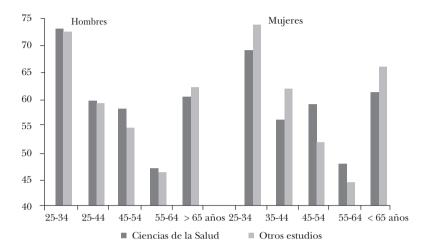
Las mujeres tituladas superiores en Ciencias de la Salud, son también las que más parejas tienen de la misma familia de estudios (21%), sólo detrás de algunas ingenierías (titulaciones con duración superior a las demás, al igual que los de Medicina). También son las que más están emparejadas con personas del mismo nivel educativo (37% frente a la media de 29%), sólo precedidas por las ingenieras mecánicas y las arquitectas. Por edades, es destacable el porcentaje de mujeres de más de 35 años que están emparejadas con personas del mismo nivel de estudios en Ciencias de la Salud.

6.3.2. Movilidad geográfica

El indicador de la movilidad geográfica que utilizamos en este trabajo es la comparación de la provincia de residencia actual con la de nacimiento. Como se puede observar en el gráfico 6.1, el porcentaje de titulados universitarios superiores en Ciencias de la Salud de menos de 65 años que permanecen viviendo en su provincia de nacimiento es globalmente menor para varones que para mujeres. Sin embargo, al igual que el capítulo anterior, nos encontramos con un importante efecto composición por edades. Para ambos sexos, en los menores de 65 años observamos una relación positiva entre movilidad y edad, al igual que para el resto de titulaciones. No obstante, las diferencias de género son distintas entre los más jóvenes (para los que las mujeres son mayoritarias) y los de más edad (entre las que la proporción de hombres es mayor). En efecto, la movilidad entre las mujeres profesionales superiores de la sanidad de menos de 45 años ha pasado a ser superior a los de los varones de la misma edad, mientras que para las de edad más avanzada ocurre lo contrario.

En comparación con el resto de titulaciones, la movilidad de los varones parece ser inferior para cada grupo de edad, aunque por efecto composición sea mayor entre la población de menos de 65 años. Para las mujeres, sin embargo, observamos un patrón distinto. Su movilidad es superior a la del resto de titulaciones en el segmento más joven (de 25 a 44 años) e inferior para las de mayor edad (de 45 a 64 años). De hecho la movilidad es mayor entre las de 35 a 44 que entre las de 45 a 54 años.

GRÁFICO 6.1: Porcentaje de titulados universitarios superiores que siguen viviendo en su provincia de nacimiento, para cada sexo y grupos de edad, Ciencias de la Salud y otros tipos de estudios



Fuente: EPA (2.º trimestre de los años 2000, 2002 y 2004).

Otro indicador de la movilidad laboral de los titulados superiores de la sanidad es el del número de cambios de provincias en las que han trabajado en este sector a lo largo de la vida laboral, información ofrecida por los registros laborales de la Seguridad Social. En el cuadro 6.4 se presentan los resultados de la regresión de modelos binomiales negativos, similares a los presentados en el capítulo anterior para analizar el número de bajas laborales no voluntarias. En este cuadro se puede observar cómo las mujeres parece mostrar una menor movilidad geográfica que los varones. Sin embargo esta diferencia desaparece con la interacción entre el sexo y la edad. Además, también se observa una mayor movilidad de las personas entre 35-44 años, aunque este efecto desaparece cuando se tienen en cuenta los posibles efectos cohorte (estimaciones para cada cohorte hasta los 35 años y hasta los 45 años).

CUADRO 6.4: Determinantes del número de provincias trabajadas como asalariados del grupo 1 de la sanidad. Regresiones binomiales negativas

(coeficientes estimados transformados en ratios de tasas de incidencia)

	Toda la	muestra	Hasta	Hasta	Hasta
			los 35 años	los 45 años	los 55 años
Mujer	0,96°	0,97	0,92	0,94	0,98
30-34 años	1,34°	1,27			
35-39 años	1,52°	1,55°			
40-44 años	1,50°	1,56°	0,87		
45-49 años	$1,47^{\circ}$	1,51 °	0,91		
50-54 años	1,46 °	$1,40^{\mathrm{b}}$	0.75^{b}	0,87	
55-59 años	1,45 °	1,46 b	0.70^{b}	0,86	
60-64 años	1,38°	1,33	0,83	0,76	0,94
Mujer × 30-34 años		0,11			
Mujer × 35-39 años		0,10			
Mujer × 40-44 años		0,10	1,03		
Mujer × 45-49 años		0,10	0,99		
Mujer × 50-54 años		0,11	1,03	1,07	
Mujer × 55-59 años		0,12	1,07	1,04	
Mujer × 60-64 años		0,16	1,06	1,06	0,99
Edad primer					
empleo	0,98°	$0,98^{\mathrm{c}}$	$0,90^{c}$	$0,96^{c}$	$0,97^{\mathrm{c}}$
asalariado sanidad					
N	5.613	5.613	4.151	2.685	778
R ² ajustado	0,018	0,018	0,113	0,045	0,033

Nota: las estimaciones incluyen un efecto fijo provincial (provincia de afiliación).

En cualquier caso, conviene apuntar que ambos indicadores de movilidad no son comparables. El primero trata del desplazamiento desde la provincia de nacimiento, mientras que el segun-

^a significativo al 1%.

^b significativo al 5%.

^c significativo al 10%.

do trata de la movilidad laboral durante la vida laboral, que se puede haber iniciado fuera de la provincia de nacimiento.

El primer indicador de movilidad también se puede combinar con el del otro miembro de la pareja. El cuadro 6.5 muestra esta información, para cada sexo, nivel y tipo de estudios, para el otro miembro para los titulados universitarios superiores de Ciencias de la Salud que conviven en el hogar con su pareja.

CUADRO 6.5: Indicador de movilidad de los miembros de la pareja, para cada sexo y para cada nivel y tipo de estudios del otro miembro de la pareja

	Nivel y	tipo de est	udios del o	tro miembro	(b)
	Titulado univ. sup., CC. Salud	Titulado univ. sup., otro tipo	No titulado univ. sup., CC. Salud	No titulado univ. sup., otro tipo	Total
Varones (a)					
PNa = PNb, PRa = PNa	37,3	45,7	34,8	37,2	38,2
PNa = PNb, PRa ≠ PNa	16,8	14,7	12,4	12,3	14,0
PNa \neq PNb, PRa \neq PNa, PRb = PNb	15,4	8,8	16,3	19,4	16,0
PNa \neq PNb, PRa = PNa, PRb \neq PNb	13,4	17,3	11,6	16,6	15,0
PNa \neq PNb, PRa \neq PNa, PRb \neq PNb	17,1	13,5	24,8	14,5	16,8
Mujeres (a)					
PNa = PNb, PRa = PNa	33,3	34,3	21,7	44,3	37,0
PNa = PNb, PRa ≠ PNa	19,9	16,9	20,7	16,0	17,6
PNa \neq PNb, PRa \neq PNa, PRb = PNb	15,6	17,4	28,4	16,0	16,5
PNa \neq PNb, PRa = PNa, PRb \neq PNb	14,7	12,0	29,2	10,9	12,8
PNa \neq PNb, PRa \neq PNa, PRb \neq PNb	16,5	19,4		12,9	16,0

Provincia de nacimiento (PN) y localización de la empresas actual (PR); (a): individuo; (b): otro miembro de la pareja.

Fuente: EPA (2.º trimestre de los años 2000, 2002 y 2004).

Se observa que la situación de inmovilidad total de los dos miembros de la pareja (nacieron ambos en la misma provincia y residen en esta misma provincia) es la situación más frecuente para los varones y la mujeres, para todos los niveles y tipos de estudios del otro miembro, excepto en el caso de las mujeres cuya pareja tiene estudios de Ciencias de la Salud de un nivel inferior al de titulado universitario superior. En cualquier caso, la inmovilidad total es mayor entre los varones que entre las mujeres, excepto cuando el otro miembro no es titulado superior, ni tiene estudios de Ciencias de la Salud, en cuyo caso ocurre lo contrario.

6.3.3. Ajuste temporal, desajuste educativo y no empleo

Entre los profesionales médicos también es destacable el porcentaje de aquellos que no trabajan como tales, ya sea por qué están desajustados (empleados en otra ocupación) o, simplemente, no empleados. Los cuadros 6.6 y 6.7, presentan la distribución de titulados superiores de Ciencias de la Salud residentes en España para tres situaciones alternativas: empleados ajustados, empleados no ajustados y no empleados. 19

CUADRO 6.6: Ajuste, titulados superiores en Ciencias de la Salud, 2000-2004 (porcentaje)

	Varones			Mujeres		
	2000	2002	2004	2000	2002	2004
Ajustados indefinidos y autónomos	53,6	58,5	55,1	31,6	35,8	34,6
Ajustados temporales	25,1	25,7	26,2	27,4	31,5	29,0
Empleados no ajustados	11,9	11,6	11,5	25,2	18,6	19,7
No empleados	9,4	4,2	7,2	15,9	14,1	16,8

Fuente: EPA (2.º trimestre de los años 2000, 2002 y 2004).

Como puede observarse en el cuadro 6.6, el desajuste es más importante entre las mujeres que entre los varones. Más de un 15% de los hombres no estaban ajustados y cerca de 33% de las mujeres

¹⁹ Para los titulados superiores en Ciencias de la Salud, definimos aquí como «ocupación sanitaria» las siguientes ocupaciones: 113: Dirección de áreas y departamentos especializados; 212: Médicos y odontólogos; 214: Farmacéuticos; 219: Otros profesionales de nivel superior de la sanidad, y 221: Profesores de universidades y otros centros de enseñanza superior.

tampoco en el período 2000-2004. Entre un 12% de los varones y un 19% de las mujeres tituladas superiores estaban empleados en una ocupación distinta, y el resto, 4% y 14%, respectivamente, no estaban empleados. Durante el período 2000-2004, también se puede observar un aumento del grado de ajuste a expensas de una disminución de la proporción de no empleados, y se mantiene el porcentaje de personas que trabajan en otras ocupaciones.

CUADRO 6.7: Ajuste, titulados superiores en Ciencias de la Salud por grupos de edades (porcentaje)

		Varones				Mujeres			
	25-34	35-44	45-54	55-64	25-34	35-44	45-54	55-64	
Ajustados indefinidos y autónomos	53,4	69,8	72,3	56,1	40,4	49,9	43,4	36,4	
Ajustados temporales	25,2	21,7	16,7	26,1	27,8	25,3	26,9	29,4	
Empleados no ajustados	18,5	7,4	5,9	11,4	21,0	16,0	9,4	18,9	
No empleados	2,9	1,2	5,0	6,3	10,8	8,8	20,3	15,4	

Fuente: EPA (2.º trimestre de los años 2000, 2002 y 2004).

Por grupos de edad, también se puede constatar que el ajuste es menor entre los más jóvenes. El porcentaje de empleo desajustado alcanza su máximo en la edad de 35-44 años. Además, el porcentaje de personas ajustadas con contratos temporales, el de empleados desajustados y el de no empleados es mayor para las mujeres que para los varones para todos los grupos de edad. También es destacable la elevada proporción de mujeres no empleadas por encima de los 55 años, 20% (cuatro veces más que los varones).

6.3.4. Pluriempleo

Entre todas las profesiones existentes en España, las relativas al sector sanitario son las que presentan mayor incidencia de pluriempleo. Según la EPA, las seis ocupaciones de los profesionales de la salud se encuentran entre las veinte con más pluriempleo en la misma ocupación, esto es, trabajando como médico en dos empleos. Sobre todas las demás, destaca la de los médicos y odontólogos con un 20% de personas que están pluriempleadas. En el caso

de los varones, va incluso más allá dado que cinco ocupaciones de la sanidad se encuentran entre las seis con mayor pluriempleo (véanse cuadros 6.8, 6.9 y 6.10).

CUADRO 6.8: Ocupaciones (tres dígitos) de la clasificación nacional de ocupaciones: porcentaje de personas con más de un empleo en la misma ocupación, 2006 (ambos sexos)

	Código	Denominación de la ocupación	%
(1)	212	Médicos y odontólogos	20,2
(2)	204	Arquitectos, urbanistas e ingenieros planificadores de tráfico	6,6
(3)	313	Diversos técnicos de sanidad no clasificados en rúbricas anteriores	6,5
(4)	264	Arquitectos técnicos	5,6
(5)	243	Sociólogos, historiadores, filósofos, filólogos, psicólogos y asimilados	4,4
(6)	354	Profesionales del mundo artístico, del espectáculo y de los deportes	4,2
(7)	911	Empleados del hogar	3,8
(8)	251	Escritores y artistas de la creación o de la interpretación	3,3
(9)	219	Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	2,3
(10)	512	Trabajadores dedicados al cuidado de personas y asimil. (excepto auxiliares de enfermería)	2,3
(11)	201	Físicos, químicos y asimilados	2,2
(12)	912	Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros trabajadores asimilados	2,2
(13)	272	Enfermeros	2,1
(14)	223	Otros profesionales de la enseñanza	1,8
(15)	265	Ingenieros técnicos	1,8
(16)	311	Técnicos de las ciencias naturales y profesionales auxiliares asimilados	1,6
(17)	511	Auxiliares de enfermería y asimilados	1,6
(18)	304	Operadores de equipos ópticos y electrónicos	1,5
(19)	111	Dirección general y presidencia ejecutiva	1,4
(20)	312	Técnicos de sanidad	1,4

Fuente: EPA (2.º trimestre del año 2006).

CUADRO 6.9: Ocupaciones (tres dígitos) de la clasificación nacional de ocupaciones: porcentaje de personas con más de un empleo en la misma ocupación, 2006 (varones)

	Código	Denominación de la ocupación	%
(1)	212	Médicos y odontólogos	25,8
(2)	511	Auxiliares de enfermería y asimilados	8,8
(3)	219	Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	8,4
(4)	272	Enfermeros	8,2
(5)	204	Arquitectos, urbanistas e ingenieros planificadores de tráfico	8,0
(6)	313	Diversos técnicos de sanidad no clasificados en rúbricas anteriores	7,3

Fuente: EPA (2.º trimestre del año 2006).

CUADRO 6.10: Ocupaciones (tres dígitos) de la clasificación nacional de ocupaciones: porcentaje de personas con más de un empleo en la misma ocupación, 2006 (mujeres)

	Código	Denominación de la ocupación	%
(1)	212	Médicos y odontólogos	12,4
(2)	264	Arquitectos técnicos	10,6
(3)	313	Diversos técnicos de sanidad no clasificados en rúbricas anteriores	6,0
(4)	354	Profesionales del mundo artístico, del espectáculo y de los deportes	5,8
(5)	243	Sociólogos, historiadores, filósofos, filólogos, psicólogos y asimilados	5,4
(6)	911	Empleados del hogar	3,8
(7)	922	Vigilantes, guardianes y asimilados	2,5
(8)	912	Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros trabajadores asimilados	2,3
(9)	512	Trabajadores dedicados al cuidado de personas y asimilados (excepto auxiliares de enfermería)	2,2
(10)	312	Técnicos de sanidad	1,8
(11)	241	Profesionales en organización y administración de empresas	1,6
(12)	204	Arquitectos, urbanistas e ingenieros planificadores de tráfico	1,6

CUADRO 6.10 (cont.): Ocupaciones (tres dígitos) de la clasificación nacional de ocupaciones: porcentaje de personas con más de un empleo en la misma ocupación, 2006

(mujeres)

	Código	Denominación de la ocupación	%
(13)	223	Otros profesionales de la enseñanza	1,5
(14)	251	Escritores y artistas de la creación o de la interpretación	1,2
(15)	272	Enfermeros	1,2
(16)	239	Otros profesionales del derecho	1,1
(17)	221	Profesores de universidades y otros centros de enseñanza superior	0,9
(18)	122	Gerencia de empresas de comercio al por menor con menos de 10 asalariados	0,9
(19)	511	Auxiliares de enfermería y asimilados	0,9

Fuente: EPA (2.º trimestre del año 2006).

CUADRO 6.11: Porcentaje de personas con más de un empleo en la misma ocupación, profesiones sanitarias (CNO-1994 3 dígitos, 2006)

Código CNO		Varones	Mujeres
212	Médicos y odontólogos	26	13
214	Farmacéuticos	0	0
219	Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	8	0
272	Enfermeros	9	1
312	Técnicos de sanidad	4	3
511	Auxiliares de enfermería y asimilados	9	1

Fuente: EPA (2.º trimestre del año 2006).

En el cuadro 6.12 se muestra la distribución de los profesionales de la sanidad en función de distintas situaciones de exclusividad o pluriempleo en diversos sectores, así como la distinción entre asalariados y autónomos. Se observa que, para todas las ocupaciones, es mayor la presencia de mujeres que se dedican en exclusividad como asalariadas del sector público, cuya diferencia con los varones es de casi 20 puntos porcentuales. Estas diferen-

cias por sexos se explican esencialmente por una mayor presencia de varones como autónomos en exclusiva (4 puntos más que las mujeres) y como autónomos y empleados del sector público (11 puntos más que las mujeres). En cualquier caso, también se ha reducido la proporción de mujeres que se dedican a trabajar como asalariadas en exclusiva del sector privado. No obstante, esta reducción ha venido casi completamente compensada por un aumento de los autónomos en exclusiva, mientras que la combinación de autónomo y asalariado del sector público es aún muy residual.

CUADRO 6.12: Distribución del personal sanitario por combinaciones de situaciones laborales como empleados (exclusividad o pluriempleo en la misma ocupación). Médicos y odontólogos (1994, 2000 y 2006)

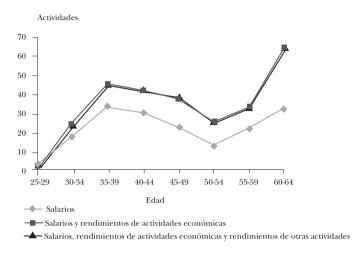
	,	Varone	s	Mujeres		
Asalariados del sector público en exclusiva	60	60	45	77	63	64
Asalariados del sector privado en exclusiva	10	10	9	8	17	10
Autónomos en exclusiva	14	15	23	11	12	17
Asalariados de ambos sectores (público y privado)	2	4	7	0	6	3
Asalariados del sector público y autónomos	12	11	14	3	1	3
Asalariados del sector privado y autónomos	1	0	2	2	1	1

Fuente: EPA (2.º trimestre de los años 1994, 2000 y 2006).

Para evaluar el efecto del pluriempleo sobre las diferencias de rentas laborales entre hombres y mujeres profesionales superiores de la Sanidad se puede acudir a la información procedente de la Muestra Continua de Vidas Laborales del año 2005 (véase el capítulo anterior para una explicación de los datos y del procedimiento utilizado). En el gráfico 6.2, se muestran las diferencias en las rentas laborales anuales medias entre hombres y mujeres para este tipo de titulados superiores, por cada grupo de edad. Los ingresos laborales incluyen los salarios y aquellos generados por las actividades profesionales.

GRÁFICO 6.2: Diferencias en ingresos laborales anuales
(salarios e ingresos por actividades profesionales)
entre hombres y mujeres

(porcentaje)



Fuente: Muestra Continua de Vidas Laborales, 2004.

Los salarios muestran un comportamiento distinto del los rendimientos de actividades económicas y profesionales.²⁰ Como se puede observar, las diferencias salariales medias anuales son casi nulas en el inicio de las carreras laborales y aumentan progresivamente hasta los 35-39 años. Luego disminuyen para volver a aumentar y alcanzar un máximo entre los 60-64 años. Los rendimientos de actividades económicas y profesionales, por su parte, suponen una diferencia adicional sobre las diferencias salariales medias que se mantiene estable entre los 35 y los 55 años.

²⁰ Rendimientos de actividades económicas, pero también los procedentes de cursos, conferencias, seminarios y similares, así como los de elaboración de obras literarias, artísticas o científicas.

6.4. Diferencias de género en el ajuste ocupacional

En el apartado anterior se han documentado las elevadas tasas de no empleo, desajuste educativo y temporalidad de los profesionales superiores de la sanidad, así como las importantes diferencias de género existentes en cada una de estas situaciones. En esta sección, se trata de analizar en qué medida estas diferencias son determinadas por las características de los emparejamientos y la movilidad geográfica.

Para investigar la relación entre el nivel de estudios y la situación laboral de la pareja sobre el empleo y el ajuste ocupacional se realizan dos tipos de regresiones. En primer lugar, se estiman los determinantes de la probabilidad de ajuste ocupacional. En segundo lugar, se estiman cómo cambian las probabilidades relativas del ajuste ocupacional con contrato temporal, del desajuste y del no empleo, tomando como referencia el ajuste ocupacional con contrato indefinido o como autónomo. Las estimaciones se han realizado por separado para los varones y para las mujeres con el fin de analizar si existen diferencias de género en los determinantes de cada situación laboral. La muestra procede de la EPA y está constituida por 3.019 (1.552 mujeres, 51,4%) titulados universitarios superiores en Ciencias de la Salud menores de 65 años, entrevistados en los segundos trimestres de los años 2000, 2002 y 2004.

Se analizan los efectos de tres grupos de variables independientes:

- 1. Las características personales de la persona de referencia (la edad, la convivencia en pareja —ya esté casado o no—, la diferencia de edad con el otro miembro de pareja y la presencia en el hogar de hijos menores de edad).
- 2. El nivel educativo y la situación de empleo/ajuste del otro miembro.
- Finalmente, un indicador de la movilidad geográfica que combina las provincias de nacimiento y de residencia de los dos miembros de la pareja, tal como se definió en la sección anterior.

Los dos últimos grupos de variables independientes dan lugar, a su vez, a dos modelos de regresión. En el modelo A, las variables utilizadas son el nivel y tipo de estudios del otro miembro de la pareja y, cuando éstos son similares a los de la persona de referencia (es decir, cuando ambos son titulados universitarios superiores en Ciencias de la Salud), el nivel de ajuste ocupacional del otro miembro. En los modelo B y C, las variables son el nivel de estudio del cónyuge y el indicador de movilidad geográfica (en el modelo C, además, se incorpora la interacción entre estas dos variables). Los resultados de las regresiones se muestran en los cuadros 6.13 y 6.14.

En el cuadro 6.13, se presentan los efectos marginales (en medias) estimados por el método de regresión probit, esto es, un indicador de cómo afectan los cambios en las variables independientes a las probabilidades de ajuste ocupacional en puntos porcentuales. Los principales resultados obtenidos son los siguientes:

CUADRO 6.13: Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Efectos marginales de regresiones probit para cada sexo

		Varones			Mujeres	
	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)
25-34 años						
35-44 años	0,008	0,000	0,004	$0,\!117^{\mathrm{a}}$	0,112	0,115 a
45-54 años	0,120°a	0,121 a	0,111 a	0,148 a	0,155 a	0,159 a
55-64 años	0,112ª	0,114ª	0,110 a	0,040	0,042	0,041
No tiene pareja	-0,190°a	-0,051	-0,079	$-0,297^{\rm a}$	$-0,190^{\mathrm{b}}$	-0.217 b
Misma edad que la pareja	0,066 ^b	0,076 в	0,080 ^b	-0,015	0,004	-0,006
Mayor edad que pareja	0,004	0,003	0,006	- 0,049 b	- 0,041 ^c	- 0,040 °
Menor edad que pareja	0,012	0,004	0,002	0,007	0,009	0,010
Hijos menores	0,034	0,038	0,032 в	-0,126 a	-0,129 a	-0,138 a

Estudios y ajuste del otro miembro de la pareja

Tit. univ. sup. CC.

de la Salud

CUADRO 6.13 (cont.): Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Efectos marginales de regresiones probit para cada sexo

		Varones			Mujeres	
	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)
Tit. univ. sup. CC. de la Salud, no ajustado	_			_		
Tit. univ. sup. CC. de la Salud, ajustado ocup. en otro sector	-0,547ª			-0,571 ª		
Tit. univ. sup. de otro tipo	-0,149 b	0,005	-0,124	-0,230 a	-0,140 a	-0,184°
No univ. sup., CC. Salud	-0,061	0,048	0,102	0,110	0,198	-0,522°
No univ. sup., ni CC. Salud	-0,186ª	-0,004	-0,020	-0,271 a	-0,178 a	-0,177°
Provincia de nacimiento (a: individuo i; b: pareja)	(PN) y loc	alización de	e la empre	sas actual (l	PR)	
PNa = PNb, PRa = PNa		_	_		_	_
PNa = PNb, PRa ≠ PNa		-0,064	0,007		-0,152 ^b	-0,067
× Tit. univ. sup. de otro tipo			0,127			-0,142
× No univ. sup., CC. Salud			-0,200			
× No univ. sup., ni CC. Salud			-0,334°			-0,189
$PNa \neq PNb$, $PRa \neq PNa$, $PRb = PNb$		-0,025	-0,072		0,125 в	0,111
× Tit. univ. sup. de otro tipo			0,131			0,101
× No univ. sup., CC. Salud			-0,084			
× No univ. sup., ni CC. Salud			0,017			-0,085
$PNa \neq PNb$, $PRa = PNa$, $PRb \neq PNb$		0,039	0,082		0,005	-0,091
× Tit. univ. sup. de otro tipo						0,247°

CUADRO 6.13 (cont.): Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Efectos marginales de regresiones probit para cada sexo

		Varones			Mujeres	
	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)
× No univ. sup., CC. Salud	l		-0,506 b			
× No univ. sup. ni CC. Salud			-0,118			-0,043
PNa ≠ PNb, PRa ≠ PNa PRb ≠ PNb	,	0,005	-0,039		0,023	-0,029
× Tit. univ. sup de otro tipo			0,093			0,003
× No univ. sup., CC. Salud	l		0,008			
× No univ. sup. ni CC. Salud			0,001			0,179
Pareja no empleada	-0,202 a	-0,065	-0,279 ^b	-0,309 a	-0,077	-0,255
× Tit. univ. sup de otro tipo			0,142 ^b			0,153
× No univ. sup. CC. Salud			0,030			
× No univ. sup. ni CC. Salud			0,133 °			0,164
Comunidad autónoma d	e residenci	a				
Andalucía	_	_	_	_	_	_
Aragón	-0,094	-0,079	-0,085	0,164 a	$0,\!144^{\mathrm{b}}$	0,153
Principado de Asturias	–0,142 $^{\rm c}$	-0,113	-0,128	$0,150^{\circ}$	0,124	0,127
Illes Balears	0,081	0,091	0,077	0,030	0,049	0,047
Canarias	- 0,101 ^c	-0,093°	-0,103°	0,113	0,099	0,104
Cantabria	-0,123	-0,113	-0,099	0,054	0,060	0,064
Castilla y León	0,034	0,030	0,028	0,056	0,048	0,048
Castilla-La Mancha	0,019	0,025	0,020	0,052	0,043	0,068
Cataluña	-0,008	0,004	0,004	0,092	0,089	0,088
Comunitat Valenciana	-0,047	-0,045	-0,037	$0,104^{\mathrm{c}}$	$0,092^{c}$	$0,101^{h}$
Extremadura	$0,095^{\mathrm{b}}$	$0,094^{\mathrm{b}}$	$0,091^{\mathrm{b}}$	0,014	0,002	0,021
Galicia	-0,044	-0,038	-0,041	0,116°	0,123 в	0,125 b

CUADRO 6.13 (cont.): Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Efectos marginales de regresiones probit para cada sexo

		Varones			Mujeres	
	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)
Comunidad de Madrid	-0,036	-0,049	-0,030	-0,002	-0,031	-0,027
Región de Murcia	$0,102^{h}$	0,105 b	0,102	0,082	0,072	0,059
Comunidad Foral de Navarra	-0,042	-0,035	-0,053	0,153 ^h	0,140	0,144 ^b
País Vasco	-0,002	-0,010	0,014	0,038	0,027	0,041
La Rioja	-0,039	-0,024	-0,016	-0,004	-0,037	-0,068
Ciudad de Ceuta y Ciudad de Melilla	-0,299 h	-0,302 b	-0,277 h	-0,038	-0,052	-0,034
Año						
2000	_	_	_	_	_	_
2002	-0,018	-0,030	-0,035	-0,047	-0,057	-0,058
2004	0,010	0,009	0,010	0,024	0,022	0,022
N	1.439	1.439	1.439	1.482	1.482	1.482
Pseudo R ²	0,129	0,103	0,125	0,081	0,067	0,076
Log Pseudo-verosimilitud	-584,4	-602,0	-581,6	-876,0	-889,1	-875,7
Probabilidad observada	0,823	0,823	0,821	0,657	0,657	0,654
Probabilidad predicha	0,858	0,851	0,855	0,671	0,670	0,667

^a significativo al 1%.

Muestra: Todas las personas con estudios superiores en Ciencias de la Salud menores de 65 años. EPA (2.º trimestre de los años 2000, 2002 y 2004).

La edad tiene un efecto positivo en el caso de los varones para los grupos de 45 a 64 años. Por contra, para las mujeres, la probabilidad de ajuste ocupacional sólo aumenta significativamente en los grupos intermedios de edad, de 35 a 54 años, es decir, no se observan diferencias de ajuste entre las más jóvenes y las de edad más avanza-

^b significativo al 5%.

^c significativo al 10%.

da (55-64 años). En ambos casos, sin embargo, la probabilidad de ajuste máximo se alcanzaría en el tramo de edad de 45 a 54 años.

Tener hijos no adultos (menores de 18 años) que convivan en el hogar no afecta al ajuste de los varones, pero sí al de las mujeres, puesto que se muestra un efecto negativo significativo sobre las probabilidades de estar ajustada.

No tener pareja tiene un efecto negativo sobre el ajuste de las mujeres. En el caso de los varones, esta variable tiene efectos distintos en función de los modelos A y B-C, por lo que ha de analizarse de forma conjunta con el nivel y tipo de estudios del otro miembro de la pareja y el indicador de movilidad geográfica. En concreto, en el modelo A, no tener pareja tiene un efecto negativo al compararse con una situación en la que el otro miembro de la pareja es un titulado superior de la sanidad ajustado. Los signos de esta variable son los mismos independientemente del sexo de la persona de referencia. Sin embargo, para el ajuste ocupacional, el efecto marginal es mayor en el caso de las mujeres. Por contra, en los modelos B y C, donde la referencia no requiere que el otro miembro de la pareja esté ajustado, no existe un efecto negativo significativo sobre el ajuste ocupacional de los varones.

La diferencia de edad con la pareja también tiene efectos distintos para cada sexo. Para los varones, la probabilidad de ajuste sólo es mayor cuando ambos miembros tienen la misma edad. En el caso de las mujeres, tener la misma edad o tener menor edad no parece cambiar el ajuste, cuya probabilidad sí que se reduciría cuando la mujer es mayor que el varón.

El hecho de que el otro miembro de la pareja tenga un nivel inferior y/o un tipo de estudios diferente del de Ciencias de la Salud no parece tener efectos sobre la probabilidad de los varones. Para las mujeres, sin embargo, sí que se observan efectos negativos, independientemente del nivel educativo (modelos B y C).

En el modelo A, donde la referencia es una compañero/a con titulación superior universitaria en Ciencias de la Salud con ajuste ocupacional, se puede observar que el ajuste de los dos miembros de la pareja parece estar correlacionado, tanto en el caso de los varones como en el de las mujeres. El ajuste ocupacional de los varones disminuiría hasta 54 puntos cuando su pareja no está ajustada, y el de las mujeres incluso algo más, unos 57 puntos, en este mismo caso.

También disminuiría sustancialmente cuando el otro miembro de la pareja tiene estudios de un tipo distinto al de Ciencias de la Salud.

El último bloque de variables del modelo B trata de captar los posibles efectos de la movilidad geográfica sobre el ajuste ocupacional. La referencia en este caso es la situación en la que los dos miembros de la pareja han nacido en la misma provincia y trabajan también en esta provincia (inmovilidad). Como puede observarse en el cuadro 6.13, en el caso de los varones no se observan efectos significativos de la movilidad de los miembros de la pareja. Por el contrario, en el de las mujeres, la probabilidad de ajuste se reduciría en el caso en los que los dos miembros provengan de la misma provincia y se han desplazado a otra, mientras que aumentaría cuando, proviniendo de provincias de nacimiento distintas, la mujer se ha desplazado a la provincia de origen del varón. Las interacciones entre el tipo de estudios de la pareja y los indicadores de movilidad (modelo C) indican que este último caso es estadísticamente significativo cuando el otro miembro de la pareja tiene el mismo nivel educativo pero en un tipo de estudios diferentes de Ciencias de la Salud.

Finalmente, se observa que el ajuste ocupacional no es el mismo en todas las comunidades autónomas. Los varones ven aumentar su probabilidad de ajuste en mayor medida en Extremadura y en la Región de Murcia, mientras que disminuyen en el Principado de Asturias y Canarias. Las mujeres, por su parte, verían aumentar esta probabilidad en Aragón, Comunitat Valenciana, Galicia y Comunidad Foral de Navarra. Y si atendemos a sus características, no parece que haya habido un aumento de la probabilidad de ajuste en el período considerado.

En el cuadro 6.14, se presentan los resultados de las regresiones de los modelos logit multinomiales que confirman en gran parte y complementan las estimaciones previas sobre el ajuste ocupacional. En comparación con estas estimaciones, se separan los ajustes educativos con contrato indefinido o como autónoma y el ajuste con contrato temporal. El caso de no ajuste también se divide entre empleado no ajustado y no empleado. La situación de referencia es la de empleado ajustado con contrato indefinido o como autónomo. Los resultados se muestran en forma de ratio de riesgo relativo, esto es, la probabilidad relativa de que ocurra cada una de las situaciones alternativas en comparación con la situación de base.

CUADRO 6.14: Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Ratios de riego relativo en regresiones logit multinomiales para cada sexo

(referencia: empleado ajustado autónomo o con contrato indefinido)

,						
		Varones			Mujeres	
	Ajustado	Empleado	No	Ajustado	Empleado	No
	temporal	desajustado	empleados	temporal	desajustado empleados	empleados
Edad						
25-34 años			I	I	I	I
35-44 años	$0,267^{\mathrm{a}}$	1,170	$0,163^{a}$	0.558^{a}	$0,643^{\mathrm{b}}$	$0,265^{a}$
45-54 años	$0,194^{a}$	$0,387^{\mathrm{b}}$	$0,057^{\mathrm{a}}$	0,367 ^a	0,411a	$0,184^{a}$
55-64 años	$0,152^{\mathrm{a}}$	$0,204^{\mathrm{a}}$	$0,166^{a}$	$0,328^{\mathrm{a}}$	0.373^{b}	$0,507^{\circ}$
Sin pareja	1,645	1,179	$5,591^{\mathrm{b}}$	1,080	$3,766^{a}$	1,659
Misma edad que la pareja	1,024	$0,430^{a}$	0,886	0,892	1,323	0,639
Mayor edad que pareja	1,054	0,963	0,955	1,101	$1,291^{\mathrm{b}}$	1,194
Menor edad que pareja	0,987	0,928	1,161	1,000	0,984	0,894
Hijos menores	$1,542^{\mathrm{b}}$	0,991	0,605	$0,613^{a}$	$1,746^{a}$	1,287
Nivel y tipo de estudios del otro miembro de la pareja	areja					
Titulados universitarios superiores Ciencias	l	I		l		
de la Salud						
Titulados universitarios superiores de otro tipo	0,995	2,040	1,508	1,105	$2,315^{\mathrm{b}}$	$2,166^{\circ}$
No universitarios superiores Ciencias Salud	0,889	0,357				
No universitarios superiores ni Ciencias Salud	1,025	1,098	0,705	$1,787^{\circ}$	$3,220^{a}$	$2,366^{\circ}$
*						

CUADRO 6.14 (cont.): Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Ratios de riego relativo en regresiones logit multinomiales para cada sexo

(referencia: empleado ajustado autónomo o con contrato indefinido)

		Varones			Mujeres	
	Ajustado	Empleado	No	Ajustado	Empleado	No
	temporal	desajustado empleados	empleados	temporal	desajustado empleados	empleados
Provincia de nacimiento (PN) y provincia de residencia actual (PN)	dencia actua	1 (PN)				
(a: individuo i; b: pareja)						
PNa = PNb, PRa = PNa	I	I		I	1	
PNa = PNb, PRa ≠ PNa	1,341	1,113		$3,\!016^{a}$	0,922	$4,006^{a}$
× Tit. Univ. sup. de otro tipo	0,989	0,215		0,379	2,564	0,726
× No univ. sup., CC. Salud	0,974	3,789				
× No univ. sup., ni CC. Salud	$5{,}900^{\circ}$	$14,171^{\mathrm{b}}$		0,271	$5,335^{\circ}$	0,352
$PNa \neq PNb$, $PRa \neq PNa$, $PRb = PNb$	0,814	1,597		0,798	$0,117^{c}$	0,901
× Tit. univ. sup. de otro tipo	$0,095^{\circ}$	$0,083^{\circ}$		$3,215^{\mathrm{b}}$	5,007	0,499
× No univ. sup., CC. Salud	0,709	1,005				
× No univ. sup., ni CC. Salud	1,376	0,988		0.589	3,877	0,927
$PNa \neq PNb$, $PRa = PNa$, $PRb \neq PNb$	0,944	0,151	1,569	1,220	$2,360^{\circ}$	0,771
× Tit. univ. sup. de otro tipo	1,861			1,123	0.248°	0,134
× No univ. sup., CC. Salud	0,867					
× No univ. sup., ni CC. Salud	1,572	6,340	2,399	0,564	0,775	0,698

CUADRO 6.14 (cont.): Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Ratios de riego relativo en regresiones logit multinomiales para cada sexo

6
ŏ
·Ĕ
Ē
ē
Þ
Ξ.
0
Ŧ
H
5
- 5
C
п
8
_
0
2
Ξ
2
=
Ę,
Ξ
ď
_
z.
St
Ħ
·æ
0
ಹ
g
=
ď
Ξ
e
ъ:
Ę.
Ï
5
œ.
eF
٤
_

		Varones			Mujeres	
	Ajustado	Empleado	No	Ajustado	Empleado	No
	temporal	desajustado empleados	empleados	temporal	desajustado	empleados
PNa≠ PNb, PRa≠ PNa, PRb≠ PNb	0,527	1,018	1,045	0,340 ^b	1,140	0,465
× Tit. univ. sup. de otro tipo	1,427	0,661		$3,323^{\circ}$	0,591	$4,224^{\circ}$
× No univ. sup., CC. Salud	1,037	0,991				
× No univ. sup., ni CC. Salud	0,210	1,067	2,664	1,123	0,315	0,460
× Tit. univ. sup. de otro tipo	1,019	$0,137^{c}$	0,105	3,477	2,684	0,371
× No univ. sup., CC. Salud	0,776	0,076				
× No univ. sup., ni CC. Salud	0,779	0,253	0,274	0.559	0,950	$0,115^{\mathrm{c}}$
Comunidad autónoma de residencia						
Andalucía	I	I	I	I	I	I
Aragón	0,744	1,923	1,471	1,074	0,662	$0,273^{\mathrm{b}}$
Principado de Asturias	0,819	1,697	3,272	0.820	$0,116^{\mathrm{c}}$	0,674
Illes Balears	0,686	0,685		0,459	0,317	0,763
Canarias	1,531	$3,644^{a}$	1,133	0,928	0,808	$0,416^{\mathrm{c}}$
Cantabria	0,389	0,758	1,851	0,704	0,945	0,387
Castilla y León	1,256	0,855	0,820	1,280	0,771	1,014
Castilla-La Mancha	1,069	1,038	0,642	0,895	0,763	0,610
Cataluña	0,610	1,084	0,538	0,705	0,645	$0,483^{\mathrm{b}}$
Comunitat Valenciana	1,336	$2,\!020^{\mathrm{c}}$	1,121	1,147	0,992	$0,392^{a}$

CUADRO 6.14 (cont.): Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Ratios de riego relativo en regresiones logit multinomiales para cada sexo

	_	
	0	١
,	ಕ	
	=	
	Ξ	
Š	-	
	ب	
1	ਕੂ	
	\vdash	
•	_	
	9	
	ಕ	
	£	
	Ħ	
	=	
	×	
	_	
	⊏	
	0	
	C	
	0	
	ò	
	\simeq	
	Ħ	
	0	
	₽	
١	0	
	≘	
	_	
	a	
	<u> </u>	
1	9	
	z	
	S	
	₽	
	ਫ਼	,
	=	,
	ы 0	
,	=	,
•	ы 0	
	ы 0	
	pleado ai	
	npleado al	
	mpleado al	
	mpleado al	
	a: empleado al	
	: empleado al	
	ıcıa: empleado al	7
	cia: empleado al	6
	ıcıa: empleado al	ſ
	ıcıa: empleado al	
	ıcıa: empleado al	
	ıcıa: empleado al	6

		Varones			Minieres	
					and facility	
	Ajustado	Empleado	No.	Ajustado	Empleado	Š
	temporal	desajustado empleados	empleados	temporal	desajustado	empleados
Extremadura	0,470 €	0,477	0,086 ^b	0,895	0,707	0,856
Galicia	0,731	1,781	0,615	$0,410^{b}$	ь 0,408	0.344^{b}
Comunidad de Madrid	$0,393^{\mathrm{b}}$	1,504	$0,379^{\circ}$	0,291a	a 1,114	$0,343^{a}$
Región de Murcia	$0,491^{\circ}$	$0,137^{\circ}$	0,358	1,133	1,389	0,316
Comunidad Foral de Navarra	0,723	1,673	0,747	1,414	1,008	$0,221^{\circ}$
País Vasco	0,844	1,070	0,594	1,284	1,197	0,737
La Rioja	0,639	1,498	0,924	1,425	1,993	1,365
Ciudad de Ceuta y Ciudad de Melilla	0,803	$7,281^{\mathrm{b}}$		5,265	5,240	2,739
Año						
2000						
2002	1,011	1,336	1,326	1,110	$1,950^{a}$	0,893
2004	1,001	1,228	$0,471^{\circ}$	1,210	1,270	0,762
Z	1.439			1.482		
Pseudo R ²	0,158			0,105		
Log verosimilitud	-1.329,68		T	-1.763,98		

^a significativo al 1%.
^b significativo al 5%.

c significativo al 10%.

Mustra: Todas las personas con estudios superiores en Ciencias de la Salud menores de 65 años. EPA (2.º trimestre de los años 2000, 2002 y 2004).

Como puede observarse, las probabilidades relativas de las dos primeras alternativas disminuyen en mayor medida con la edad en el caso de los varones que en el de las mujeres. Por ejemplo, el probabilidad relativa de un ajuste temporal en comparación con la del indefinido es del 0,27 para los varones, al pasar de 25-34 años a 35-44 años, mientras que, en el caso de las mujeres, esta ratio es más del doble, 0,56. Lo mismo ocurre con las edades más avanzadas para las que la ratio relativa sigue siendo cerca del doble o más que la de los varones. Las probabilidades relativas de empleo desajustado también disminuyen con la edad, en el caso de los varones a partir de los 45-54 años y, para las mujeres, a partir de 35-44 años. Las probabilidades relativas de no empleo son más de tres veces superiores para las mujeres que para los varones a partir de 45-54 años. En el caso de las mujeres, además, no se observan diferencias entre las más jóvenes y las de edad más avanzada.

La titulación del otro miembro de la pareja no afecta a ninguna de las probabilidades relativas en el caso de los varones, excepto cuando se ponen en relación con los indicadores de movilidad. Así, las ratios de riesgo relativo del ajuste temporal y del empleo desajustado son mayores que las de ajuste indefinido cuando la mujer tiene un nivel de estudios inferior que no pertenece a la familia de Ciencias de la Salud, y los dos se han desplazado fuera de su provincia de origen. Lo contrario ocurre con ambas probabilidades cuando la mujer es titulada universitaria superior en un tipo de estudios distintos y se ha desplazado a la provincia de origen del varón.

En el caso de las mujeres, sí que parece afectar el nivel de estudios del otro miembro de la pareja a las probabilidades relativas en la mayoría de las situaciones alternativas y, en algunos casos, incluso, independientemente de la movilidad. Igualmente, los indicadores de desplazamiento también afectan a estas probabilidades relativas independientemente del nivel de estudios del varón.

En concreto, si el varón tiene estudios del mismo nivel pero distinto tipo, las probabilidades relativas de empleo no ajustado y no empleo resultan significativamente mayores de las de ajuste indefinido, independientemente de la interacción con los indicadores de movilidad. Si el varón tiene inferior nivel educativo y un tipo de estudios distinto de Ciencias de la Salud, las tres situaciones alternativas de desajuste son superiores a la del ajuste indefi-

nido en comparación con una situación en la que tenga el mismo nivel educativo en Ciencias de la Salud.

Independientemente del nivel de estudios, la comparación de una situación de inmovilidad con una en la que ambos se hayan desplazado supondría una mayor probabilidad de ajuste temporal o de no empleo de la mujer. Por tanto, el desplazamiento de la mujer a la provincia de nacimiento del varón supondría una menor probabilidad de empleo desajustado, y el desplazamiento de ambos, cuando no proceden de la misma provincia de origen, también resulta en una menor probabilidad de ajuste temporal, en comparación con el ajuste indefinido, excepto en el caso de que el varón tenga una titulación de igual nivel distinta de Ciencias de la Salud. En este caso, ocurre lo contrario. De hecho, es cuando el varón tiene esta educación, la mujer titulada superior en Ciencias de la Salud se ve más perjudicada en relación con el ajuste indefinido. Así, su probabilidad de ajuste temporal es mayor en todos los casos en los que se haya desplazado de su provincia, mientras que las de desajuste y no empleo también se ven reforzadas.

Por comunidades autónomas, los resultados son diferentes a los obtenidos con las regresiones de modelos probit. Por ejemplo, los titulados superiores en Ciencias de la Salud en Madrid tienen una menor probabilidad de ajuste temporal y de no empleo que de ajuste indefinido tanto para los varones como para las mujeres. Además, a lo largo del período examinado, se observa una reducción de la probabilidad relativa de no empleo en el caso de los varones, y una mayor probabilidad relativa de empleo desajustado en el caso de las mujeres.

En resumen, los resultados obtenidos en esta sección indican que las probabilidades de ajuste, desajuste y no empleo de los titulados superiores de la sanidad tienen patrones distintos por sexos.

- Tener hijos menores de edad que convivan en el hogar, no afecta a las probabilidades de ajuste y empleo de los varones, pero sí que reducen las de las mujeres.
- El nivel y tipo de estudios del otro miembro de la pareja no afecta al ajuste de los varones, pero sí al de las mujeres. Cuando no tiene estudios de Ciencias de la Salud la probabilidad de ajuste disminuye considerablemente.

- La movilidad geográfica sólo parece afectar al ajuste de las mujeres. En el caso de que los dos miembros de la pareja hayan nacido en la misma provincia, pero se hayan desplazado a otra posteriormente, la probabilidad relativa de que la mujer esté desempleada aumenta en relación con la de ajuste ocupacional, independientemente de la educación del varón (incluyendo la titulación universitaria superior en Ciencias de la Salud). En esta misma situación de movilidad, también aumenta la probabilidad relativa de estar empleada aunque no ajustada, cuando el otro miembro no tiene una formación en Ciencias de la Salud. Esta misma probabilidad también aumentaría en el caso de que quien se haya desplazado desde su región de origen sea el varón con una titulación superior diferente de Ciencias de la Salud.
- Sólo encontramos un elemento de similitud de género: existe una correlación positiva en el ajuste ocupacional cuando el otro miembro también es titulado superior en Ciencias de la Salud. En este caso, las probabilidades de ajuste aumentan cuando el otro miembro también está ajustado y disminuye si no lo está.

6.5. Diferencias de género en el pluriempleo

Tal como se mostró en el apartado 6.3, una de las características importantes de la situación laboral de los profesionales de la sanidad es el pluriempleo, esto es, la no dedicación en exclusiva a una empresa, por lo que pueden combinar situaciones laborales en el mismo o distintos sectores (por ejemplo, público y privado, en actividades sanitarias y docentes, o como asalariado y por cuenta propia). Aun siendo uno de los hechos característicos de esta profesión, existe escasa evidencia sobre los determinantes del pluriempleo de los médicos. Por otro lado, también se ha mostrado que los varones tienen una tasa de pluriempleo mayor que las mujeres, lo que hay que tener en cuenta al intentar explicar las diferencias en ingresos laborales por sexos entre los profesionales de la sanidad. El objetivo de esta sección es aportar evidencia al respecto, prestando una atención especial a las diferencias por gé-

nero y, al igual que en el apartado anterior, a los efectos que tiene la situación laboral, los estudios del otro miembro de la pareja, y la movilidad geográfica de ambos miembros sobre la probabilidad de estar pluriempleado.

El método econométrico que se sigue aquí es similar al del apartado anterior. En una primera parte, se analizan los determinantes del pluriempleo a partir de regresiones de modelos probit para cada sexo. A continuación, este análisis se complementa para las personas que conviven el hogar con una pareja, esta vez con modelos de regresión logit multinomiales en los que se estiman las probabilidades relativas de diversas situaciones alternativas de segundo empleo en comparación con el caso de referencia consistente en disponer únicamente de un empleo. La muestra utilizada también procede de la EPA y está constituida por 3583 personas que tiene un empleo principal de médico u odontólogo, menores de 65 años (1.445 de las cuales son mujeres, 40,3%), entrevistados en los segundos trimestres de los años pares en el período 1996-2006.²¹

Los controles también son, en gran parte, similares a las de la Sección 4 y se pueden dividir en cuatro bloques:

- 1. Las características individuales de la persona de referencia (la edad, la convivencia en el hogar con su pareja —ya esté casado o no—, la diferencia de edad con el otro miembro de pareja y la presencia de hijos menores de edad en el hogar).
- 2. La situación laboral y las características del empleo principal (antigüedad, tipo de contrato, jornada semanal y situación laboral como asalariado en la sanidad privada o pública, autónomo u empleado en otro sector, por ejemplo, como por profesor universitario).
- 3. El nivel educativo y la situación de empleo del otro miembro de la pareja.
- 4. Finalmente, el indicador de movilidad geográfica que utiliza las provincias de nacimiento y de residencia de los dos miembros de la pareja como indicadores.

²¹ El período de estudio es más amplio que en la Sección 4, dado que, al contrario de la clasificación de estudios utilizada en aquella sección, la clasificación de ocupaciones no ha cambiado a lo largo de este período en la EPA.

En el cuadro 6.15 se muestran los resultados de una estimación de los determinantes del pluriempleo utilizando el método de regresión probit para cada sexo. El modelo A se refiere a todos los médicos de la muestra, mientras que los modelos B y C toman como muestra a los médicos con pareja. Así, las personas de referencia son éstas: (A) en el modelo A, un asalariado de la sanidad pública con contrato indefinido, que no convive en el hogar con una pareja y trabaja 40 horas a la semana; (B) en el modelo B, el mismo tipo de asalariado, pero convive con una pareja asalariada de la sanidad pública en exclusiva, y (C) en el modelo C, un asalariado con contrato indefinido en la sanidad pública, que trabaje 40 horas a la semana y cuyo otro miembro de la pareja es titulado superior asalariado de la sanidad pública.

Los principales resultados obtenidos se pueden resumir como sigue:

En primer lugar, las características individuales sólo parecen afectar relativamente a los varones, de forma que su probabilidad de estar pluriempleado aumenta linealmente con la edad y con la de hijos menores en el hogar. Además, para los varones con pareja, se observa que dicha probabilidad también aumenta con la diferencia de edad con el otro miembro, cuando el varón es mayor que la mujer.

En segundo lugar, la jornada laboral en el empleo principal parece ser la variable que más influye sobre la probabilidad de estar pluriempleado, tanto para los hombres como para las mujeres, aunque el aumento de la probabilidad en relación con una jornada ordinaria es mucho mayor en el caso de los varones. Por ejemplo, en comparación con un varón empleado con una jornada de 40 horas, aumenta la probabilidad en 52 y 56 puntos para un empleado con menos de 20 horas. También es significativo el aumento de la probabilidad, entre 7 y 9 puntos, para aquellas personas que trabajan de 30-40 horas, aunque la mayor parte trabaje a tiempo completo.

En tercer lugar, la situación laboral en el empleo principal muestra patrones bastante similares entre hombres y mujeres. Tomando como situación de referencia la de asalariado con contrato indefinido de la sanidad pública, la probabilidad de estar pluriempleado aumenta para ambos sexos si se es asalariado fijo del sector privado (en mayor medida para los varones) y disminuye si se es autónomo (también en mayor medida para los varones).

CUADRO 6.15: Determinantes del pluriempleo de los médicos y odontólogos. Efectos marginales de regresiones probit para cada sexo (menores de 65 años, 1996-2006)

	2	(A)	D	(B)		(C)
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Edad	0,023 b	0,005	0,025 €	-0,010	0.026°	-0,009
$Edad^2 \times 100$	-0,017	-0,004	-0,019	0,012	-0,020	-0,011
No tiene pareja	I	I				
empleada	0,023	-0.029	0,021	-0,031	0,012	-0.073^{a}
Tiene pareja empleada	0,034	0,016	1	I	I	I
eja [–2 años, +2 años]	0,031	0,001	1	I	I	I
Mayor edad que pareja (> 2 años) – (dif. de edad – 2 años) –	-0,003	-0,005	$-0,006^{\circ}$	-0.004	$-0,006^{\circ}$	-0,006
Menor edad que pareja (< 2 años) – (dif. de edad – 2 años) –	-0.020	0,003	-0.027	0,003	-0,029	0,003
Hijos menores	$0,015^{\circ}$	-0.007	$0,019^{\circ}$	-0.000	$0,019^{\circ}$	-0,007
el empleo principal	-0,002	-0.003	-0.003	0,000	-0,003	-0,001
$(Antiguedad\ en\ el\ empleo\ principal)^2 imes 100$	0,012	0,012	0,016	0,000	0,016	0,000
Horas/semana en empleo habitual:						
< 20	$0,523^{a}$	0,171a	0.552^{a}	$0,213^{a}$	0.559^{a}	$0,238^{\mathrm{a}}$
	$0,362^{a}$	$0,124^{a}$	$0,467^{\mathrm{a}}$	$0,175^{a}$	$0,464^{a}$	$0,167^{\mathrm{a}}$
[30-40]	$0,073^{a}$	$0,034^{\mathrm{b}}$	$0,088^{a}$	$0,047^{\mathrm{b}}$	$0,087^{a}$	$0,046^{\mathrm{b}}$
40		I	I	I	I	I
> 40	-0.019	-0,011	-0,007	0,013	-0,008	0,015
Asalariado fijo sanidad pública	I	I	I	I	I	I
íblica	-0.052	-0.033^{b}	-0.035	-0.046^{b}	-0.032	-0.047 ^b
	$0,077^{\mathrm{b}}$	$0,038^{\circ}$	$0,070^{\circ}$	$0,\!052^{\circ}$	$0,095^{\mathrm{b}}$	$0,043^{\circ}$
Asalariado temporal sanidad privada	-0.124	-0.021	-0.141		-0,137	
Autónomo sanidad	$-0,106^{a}$	-0.029°	-0.161 a	$-0,057^{a}$	$-0,160^{a}$	-0.058^{a}
Empleado en otro sector (no sanidad)	0,044	0,000	0,042	-0,010	0,047	-0,013

CUADRO 6.15 (ont.): Determinantes del pluriempleo de los médicos y odontólogos. Efectos marginales de regresiones probit para cada sexo (menores de 65 años, 1996-2006)

	-,	, ,				
	Todas las	Todas las personas		Personas	Personas con pareja	
	7)	(A)	0	(B)		(C)
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Situación laboral y educación del otro miembro de la pareja						
Asalariado sanidad pública			I	1		
Asalariado sanidad privada			$0,175^{a}$	0,007		
Autónomo sanidad			$0,147^{\mathrm{b}}$	$0,212^{a}$		
Empleado en otro sector			0,036	0,023		
Pareja pluriempleada			$0,243^{a}$	0,081a		
Tit. univ. superior, asalariado en el sector de la sanidad					1	I
Tit. univ. superior, ocupado en otro sector					0,062	$0,071^{a}$
No tit. univ. superior, ocupado					0,022	0,028
Autónomo sanidad en su empleo principal					$0,125^{\mathrm{b}}$	$0,233^{a}$
Autónomo sanidad empleo secundario					0.586 ^a	$0,089^{\mathrm{c}}$
Provincia de nacimiento (PN) y localización de la empresas						
actual (PR); a) individuo i, b) pareja						
PNa = PNb, PRa = PNa			1	I	1	1
PNa = PNb, PRa ≠ PNa			-0.018	-0,019	-0,016	-0.259
PNa \neq PNb, PRa \neq PNa, PRb = PNb			-0.036	-0,017	-0,037	-0,016
PNa \neq PNb, PRa = PNa, PRb \neq PNb			0,073	-0.026	$0,094^{\circ}$	-0.024
PNa \neq PNb, PRa \neq PNa, PRb \neq PNb			-0.012	-0.038°	-0,012	$-0,038^{\circ}$
	2.135	1.445	1.811	892	1.811	892
Pseudo R ²	0,115	0,124	0,124	0,195	0,120	0,194
ilitud	-981,4	-334,0	-858,9	-212,9	-863,0	-213,3
	0,214	0,074	0,232	0,087	0,232	0,087
	0,186	0,051	0,204	0,049	0,206	0,048

a significativo al 1%, b significativo al 5%, c significativo al 10%.

Muestra: Todas las personas empleadas como médicos u odontólogos, menores de 65 años. EPA (2.º trimestre de los años pares 1996-2006). Todas las estimaciones incluyen efectos fijos temporales (año) y de CC. AA.

La única diferencia destacable de genero se encuentra en que la temporalidad no parece afectar a los varones, pero sí a las mujeres que ven reducir sus situaciones de pluriempleo cuando son asalariadas temporales de la sanidad pública.

En cuarto lugar, el tipo de estudio y situación laboral del compañero de la pareja tiene efectos distintos en el pluriempleo según se trate de hombres o mujeres. Para los hombres, el tipo de estudios no parece influir en el pluriempleo, aunque sí que aumenta dicha probabilidad si la compañera trabaja en la sanidad como asalariada del sector privado o como autónoma, especialmente si es autónoma en su segundo empleo. No se observan efectos significativos, sin embargo, si la compañera carece de estudios universitarios superiores o los tiene, pero no en Ciencias de la Salud. En el caso de las mujeres, tomando como persona de referencia una médica con compañero médico, aquellas cuyo cónyuge también posee estudios universitarios superiores tienen una mayor probabilidad de estar pluriempleadas, especialmente, si el compañero es autónomo en el sector de la sanidad, tanto en su primer empleo como en su segundo empleo. Por otra parte, también aumenta la probabilidad de pluriempleo para las mujeres médicas cuando el compañero tiene estudios superiores distintos de Ciencias de la Salud y disminuye cuando su pareja no está empleada.

Este último resultado parece mostrar de nuevo la presencia de discriminación en el seno de la pareja, así como una forma de evitar la presencia de efectos monopsonistas. En efecto, para las mujeres, el hecho de que la probabilidad de estar pluriempleada aumente cuando el compañero también tiene estudios universitarios, pero distintos de Ciencias de la Salud, puede deberse a su intento de escapar de los efectos monopsonistas derivados de un mayor ajuste del marido. Recuérdese que, en la sección anterior, observamos también que estas personas estaban menos ajustadas que las demás.

Finalmente, el indicador de movilidad demográfico sólo es significativo en el caso las mujeres, cuando las dos personas se han desplazado a provincias distintas de las que han nacido (entre –3 y –4 puntos), mientras que en el caso de los varones aumenta más de 9 puntos cuando se han desplazado a la provincia de origen de la mujer.

Por otra parte, estos resultados también parecen mostrar la presencia de economías de aglomeración cuando ambas personas comparten consulta: el pluriempleo de una persona aumenta la probabilidad de pluriempleo de la otra y, si el otro miembro es autónomo (en su primer o segundo empleo), aumenta de forma significativa la probabilidad de pluriempleo de la persona de referencia. En este caso, se podría pensar que quien evita el efecto monopsonio creando una consulta es el varón que es desplazado a la provincia de su mujer.

En el cuadro 6.16, se muestran las estimaciones de un modelo logit multinomial tomando como referencia no estar pluriempleado, y otros cuatro tipo de situaciones como pluriempleado: las tres primeras se refieren al sector sanitario como asalariado del sector público, del sector privado y como autónomo, respectivamente, mientras que la cuarta considera a los segundos empleos fuera del sector sanitario.

Al igual que en los modelos probit de pluriempleo, las características personales sólo parecen afectar a los varones: la edad reduce la probabilidad relativa (en relación con no tener un segundo empleo) de tener un segundo empleo en la sanidad pública y aumenta la probabilidad relativa de tener un segundo empleo como autónomo.

Cuanto menor es el número de horas semanales que trabaje en el empleo principal, mayor es la probabilidad relativa de cada una de las cuatro alternativas de pluriempleo. Para los varones, además, la realización de horas extraordinarias aumenta la probabilidad relativa de tener un segundo empleo como asalariado de la sanidad privada y reduce la probabilidad relativa de que sea como autónomo. También en este caso, el tener un empleo principal como autónomo de la sanidad aumenta la probabilidad relativa de tener un segundo empleo en la sanidad pública.

Para la mujeres, la probabilidad relativa de ser autónoma en su segundo empleo aumenta de forma considerable cuando el otro miembro de la pareja no es un profesional superior asalariado de la sanidad. Esto ocurre no sólo cuando es un profesional autónomo de la misma, sino también cuando es titulado universitario superior que no trabaje en el mismo sector o cuando no es titulado superior (posibilidad de evitar efectos monosponio).

CUADRO 6.16: Determinantes de la situación laboral en el segundo empleo de los médicos y odontólogos.

Ratios de riego relativo en regresiones logit multinomiales para cada sexo, sólo personas con parejas, 1996-2006 (referencia: no pluriempleado)

4								
		Var	Varones			Mujeres	S	
	Asalariado sanidad pública	Asalariado sanidad privada	Autónomo sanidad	Otros empleos	Asalariada sanidad pública	Asalariada sanidad privada	Autónoma sanidad	Otros empleos
Características individuales								
Edad	0,63 °	1,07	$1,60^{\circ}$	1,05	0,44	0,62	0,62	1,17
Edad^2	$1,00^{\circ}$	1,00	$1,00^{\circ}$	1,00	1,01	1,01	1,01	1,00
Misma edad que la pareja	I	Ι	I	Ι	I	Ι	I	Ι
Mayor edad que pareja	0,87 €	0,94	66,0	0.86^{b}	0,00	0,00	1,15	69,0
Menor edad que pareja	0,95	0,50	98'0	0,48	0,72	1,17	1,10	1,03
Hijos menores	1,17	1,04	1,13	1,15	0,55	1,24	1,05	$0,52^{\mathrm{b}}$
Características del empleo principal								
Antigüedad en el empleo principal	1,03	0,97	96,0	1,00	1,13	0,89	1,21a	1,04
Antigüedad en el empleo principal²	1,00	1,00	1,00	1,00	86,0	1,00	1,00	1,00
Horas/semana en empleo habitual:								
< 20	37,09a	$23,75^{a}$	$23,49^{a}$	3,41	126,65 ^b	$44,66^{a}$	$7,74^{\circ}$	4,13
[20-30]	$33,83^{a}$	$9,19^{a}$	$8,66^{a}$	$4,99^{a}$	99,97 ^b	0,00	$9,78^{a}$	$6,03^{\mathrm{b}}$
[30-40[6.21^{a}	$2,90^{a}$	$1,60^{a}$	1,03	$11,14^{\circ}$	$4,09^{\mathrm{c}}$	2,17	1,55
40	I	l	Ι	I	I	I	Ι	I
> 40	06,0	$2,16^{\circ}$	$0,60^{\circ}$	1,48	0,00	1,69	2,16	0,95
Asalariado fijo sanidad pública	I	I	I	I	I	I	I	I
Asalariado temporal sanidad pública	0,81	1,27	0,89	0,43	0,00	0,61	0,37	0,16
Asalariado fijo sanidad privada	$29,68^{a}$	0,83	86,0	$2,58^{\mathrm{b}}$	0,37	2,68	$3,22^{\circ}$	0,95
Asalariado temporal sanidad privada	0,00	3,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Autónomo sanidad	$5,15^{\mathrm{a}}$	$0,08^{\mathrm{b}}$	$0,03^{\mathrm{c}}$	0,87	0,18	0,36	0,00	0,28
Empleado en otro sector (no sanidad)	2,85	1,44	1,26	1,33	1,54	5,66	0,65	0,31

CUADRO 6.16 (cont.): Determinantes de la situación laboral en el segundo empleo de los médicos y odontólogos.

Ratios de riego relativo en regresiones logit multinomiales para cada sexo, sólo personas con parejas, 1996-2006

(referencia: no pluriempleado)

		Var	Varones			Muj	Mujeres	
	Asalariado sanidad pública	Asalariado sanidad privada	Autónomo sanidad	Otros empleos	Asalariada sanidad pública	Asalariada sanidad privada	Autónoma sanidad	Otros empleos
Tit. univ. superior, ocupado en otro sector	1,18	0,77	1,76 ℃	1,55	36,99 a	1,36	7,37	1,21
No tit. univ. superior, ocupado	0,40	0,58	$1,54^{\circ}$	1,22	17,57	0,29	$4,05^{\circ}$	2,96
No ocupado	0,31	0,59	$1,83^{\circ}$	0,92	I	0,00	$0,00^{a}$	0,00°
Autónomo Sanidad en su empleo principal	0,00	0,00	$4,04^{a}$	2,42	0,00	9,92 b	21,81a	$9,74^{b}$
Autónomo Sanidad empleo secundario	$22,90^{\mathrm{b}}$	0,00	24,41 a	8,37a	0,00	0,00	$12,86^{a}$	8,38b
Provincia de nacimiento (PN) y localización de la empresas actual	de la empresas	actual						
(PR); a: individuo i; b: pareja)								
PNa = PNb, $PRa = PNa$	I	I	I	I	I	I	I	I
PNa = PNb, PRa ≠ PNa	0,79	1,20	1,05	0,79	1,29	0,26	0,71	0,13
PNa ≠ PNb, PRa ≠ PNa, PRb = PNb	0,31	0,73	96,0	0,89	1,27	1,80	$0,14^{\mathrm{b}}$	0,47
PNa ≠ PNb, PRa = PNa, PRb ≠ PNb	0,77	1,44	$2,78^{a}$	0,78	1,62	0,00	0,75	69,0
PNa≠PNb, PRa≠PNa, PRb≠PNb	0,40	0,59	1,40	0,75	2,53	89,0	$0,10^{\mathrm{b}}$	0,14
Z	1.811				892			
Pseudo R ²	0,183				0,357			
Log verosimilitud	-1.169,3				-237,1			

^a significativo al 1%, ^b significativo al 5%, ^c significativo al 10%. Todas las estimaciones incluyen efectos fijos temporales (año) y de CC. AA.

Muestra: Todas las personas empleadas como médicos u odontólogos que conviven con su pareja en el hogar, menores de 65 años. EPA (2.º trimestre de los años pares 1996-2006). Tal como se intuía en las estimaciones de los modelos probit, las variables de movilidad indican que, para los varones, ser desplazado a la provincia de origen de la mujer aumenta la probabilidad relativa de ser autónomo en la sanidad en su segundo empleo. Para las mujeres, por contra, el desplazamiento hacia la provincia de origen del varón reduce esta probabilidad relativa, al igual que ocurre cuando los dos son desplazados fuera de sus distintas provincias de nacimiento.

6.6. Conclusiones

La especialización educativa, ajustada a un escaso número de empresas demandantes de dichas cualificaciones, es un fenómeno característico de algunas profesiones, como la médica o la académica. En ambos casos, se puede producir una elevada proporción de emparejamientos entre individuos con la misma profesión, debido a la larga duración del proceso formativo y la elevada concentración de los centros de trabajo donde pueden ejercerla. Estos casos de estudio son de especial interés para investigar los determinantes de las diferencias de género, tanto en los ajustes ocupacionales iniciales como en las posteriores trayectorias laborales, al permitir contrastar la posible presencia de discriminación monopsonística e intrapareja, asociadas con la movilidad geográfica. Sin embargo, a nuestro entender, este tema aún no ha sido abordado empíricamente en la literatura económica.

En este trabajo se ha mostrado que existen importantes diferencias de género en las situaciones laborales de los titulados superiores del sector sanitario: las mujeres ejercen en menor medida su profesión y, cuando lo hacen, el ajuste ocupacional a través de contratos temporales es más frecuente que en el caso de los varones. Éstos, por el contrario, complementan el ejercicio de su profesión con un segundo empleo (pluriempleo) en mayor medida que las mujeres.

Por otra parte, también se ha mostrado evidencia de que los titulados superiores de la sanidad tienen una característica personal que podría reforzar los posibles efectos monopsonistas asociados a los mercados de trabajo de las profesiones sanitarias (explotación en forma de menores salarios y peores condiciones laborales), dado el escaso número de establecimientos con vacantes ajustadas a su capital humano. En efecto, entre todos los titulados superiores universitarios, los de Ciencias de la Salud son los que más están emparejados con otras personas del mismo nivel educativo y/o del mismo tipo de estudios. En este sentido, el ajuste óptimo de cada persona, que ya es complejo *per se* por las características específicas de los estudios de Ciencias de la Salud, se complica aún más cuando las parejas tienen niveles y tipos educativos similares. En este caso, la movilidad geográfica —que puede ser una de las condiciones necesarias para el ajuste ocupacional óptimo a nivel individual—podría ir en detrimento del ajuste del otro miembro de la pareja, al tiempo que la inmovilidad geográfica, favorecida por el emparejamiento, podría disminuir las probabilidades de ajuste de ambas.

Además, la elevada proporción de parejas en las que los dos miembros tienen titulaciones superiores en Ciencias de la Salud también permite examinar otra posible explicación de la diferencias de género que no son interpretables por las diferencias en las productividades de hombres y mujeres y que se deben a la discriminación intrapareja, según la cual la movilidad geográfica de las parejas resultaría en un mejor ajuste ocupacional de los varones, aunque ambos tengan el mismo capital humano.

Adicionalmente, otra hipótesis teórica consiste en que el pluriempleo pueda ser una vía para atenuar los efectos de los mercados de trabajo monopsonistas al aumentar la elasticidad de la oferta y suponer una alternativa al empleo principal sin necesidad de moverse geográficamente.

En este capítulo se ha investigado si las diferencias de género en las situaciones de ajuste y pluriempleo de los médicos pueden estar relacionadas con los estudios de los otros miembros de las parejas y con la movilidad geográfica, utilizando para ello los datos de la Encuesta de Población Activa.

Los resultados obtenidos indican que cuando los dos miembros de la pareja tienen estudios universitarios superiores en Ciencias de la Salud, se constata que existe una elevada correlación positiva entre las situaciones de ajuste y de pluriempleo de ambos. Esto es, cuando el otro miembro de la pareja está ajustado ocupacionalmente, la probabilidad de que la persona de referencia también lo esté

es más elevada que en cualquier otra circunstancia (ajuste o nivel y tipo educativo del otro miembro). Por el contrario, un menor ajuste del otro miembro también tiene asociada la menor probabilidad de ajuste posible, incluso inferior a la de estar emparejado con una persona de distinto nivel y/o tipo de estudios. Aunque se carece de información sobre el momento en el que se ha iniciado el emparejamiento, esta evidencia puede asociarse con el hecho de que la probabilidad de ajuste de ambos miembros será mayor cuando la fecha de inicio del emparejamiento haya sido posterior a la del ajuste. Cuando ha ocurrido previamente, la probabilidad de ajuste es aún menor que en aquellas parejas en las que el otro miembro no tiene estudios en Ciencias de la Salud.

La probabilidad de estar pluriempleado y, especialmente, la de trabajar como autónomo en un segundo empleo también aumenta cuando la otra persona es a su vez autónoma, ya sea en su primer o en su segundo empleo, lo que puede interpretarse como una posible evidencia de economías de aglomeración en la creación y mantenimiento de una consulta propia.

Cuando no atendemos al ajuste de la otra persona, la probabilidad de ajuste y de pluriempleo (exceptuando el caso que se acaba de comentar) de los varones no se vería afectado por el nivel y tipo de estudios del otro miembro de la pareja. Por el contrario, en el caso de las mujeres, la probabilidad de ajuste disminuye de forma sustancial cuando su cónyuge no tenga estudios de Ciencias de la Salud (en especial, las situaciones de empleo desajustado y la de no empleo), al tiempo que la probabilidad de pluriempleo (como autónoma u asalariada de la sanidad pública) también aumenta considerablemente.

Asimismo, la movilidad geográfica sólo parece afectar al ajuste ocupacional de las mujeres. En el caso de que los dos miembros de la pareja hayan nacido en la misma provincia, pero se hayan trasladado a otra provincia, las probabilidades relativas de ajuste a través de contratos temporales o no empleada aumentan de forma significativa, independientemente del nivel educativo del varón (incluyendo la titulación universitaria superior en Ciencias de la Salud). Adicionalmente, en esta misma situación de movilidad, también aumenta la probabilidad relativa del desajuste, cuando el otro miembro no tiene una formación en Ciencias de la Salud.

Cuando es el varón, con titulación superior de distinto tipo, el que se ha se desplazado hacia la región de origen de la mujer, esta última también tiene una mayor probabilidad relativa de desajuste.

Finalmente, la movilidad geográfica sólo parece afectar al pluriempleo de los varones. Cuando se desplazan a la provincia de origen de la mujer, la probabilidad de que esté pluriempleado aumenta, lo cual puede interpretarse también como una respuesta a los posibles efectos monopsonísticos derivados del desplazamiento a la localidad de la otra persona.

Bibliografía

- Adamache, K. W. y F. A. Sloan. «Unions and Hospitals: Some Unresolved Issues». *Journal of Health Economics* 1 n.º 1 (1982): 81-108.
- Alba-Ramírez, A. «Mismatch in the Spanish Labor Market: Overeducation?». *The Journal of Human Resources* 28 (1993): 259-278.
- ALLEN, W. «The moonlighting decision of Unmarried Men and Women: Family and Labor Market Influences». *Atlantic Economic Journal* 26(2) n.º 2 (1998): 190-205.
- Antonazzo, E., A. Scott, D. Skatun y R. Elliot. «The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature». *Health Economics* 12 (2003): 465-478.
- ASKILDSEN, J. E., B. H. BALTAGI y T. H. HOLMAS. «Will Increased Wages Reduce Shortage of Nurses? A Panel Data Analysis of Nurses' Labor Supply». *Working Paper Series* 794 Universidad de Bergen, 2002.
- Averett, S. «Moonlighting: Multiple Motives and Gender differences». Applied Economics 33 n.º 11 (2001): 1391-141.
- BHASKAR, V., A. MANNING y T. To. «Oligopsony and Monopsonistic Competition in Labor Markets». *Journal of Economic Perspectives* (2002): 155-174.
- BIGLAISER, G. y C. Ma. *Moonlighting: Public Service and Private Practice.* WP2006-014. Universidad de Boston, Department of Economics, 2006.
- BLAU, F., M. A. FERBER y A. E. WINKLER. *The Economics of Women, Men and Work*, Nueva Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River, 1998.
- BÜCHEL, F. y M. VAN HAM. «Overeducation, Regional Labour Markets and Spatial Flexibility». *Journal of Urban Economics* 53 n.º 3 (2003): 482-493.
- Burdett, K. y D. Mortensen. «Equilibrium Wage Differentials and Employer Size». International Economic Review 39 (1998): 257-73.
- Compton, J. y R. A. Pollak. Why Are Power Couples Increasingly Concentrated in Large Metropolitan Areas? NBER Working Paper 10.918, 2004.
- DELFGAAUW, J. Dedicated Doctors: Public and Private Provision of Health Care with Altruistic Physicians. Tinbergen Institute Discussion Paper, TI 2007-010/1, 2007.
- Dolado, J. J., F. Felgueroso y M. Almunia. Do Men and Women Economists Choose the Same Research Fields? Evidence from Top 50 Departments. CEPR DP N.º 5.421, 2005.
- DOLADO, J. J., F. FELGUEROSO y J. F., JIMENO. «Youth Labour Markets in Spain: Education, Training and Crowding-out». European Economic Review 44 n.º 4/6 (2000): 943-956.

- DOLADO, J. J., M. JANSEN y J. F. JIMENO. «On-the Job Search in a Matching Model with Heterogeneous Jobs and Workers». *The Economic Journal* 119 (2009): 200-228.
- Frank, R. «Why Women Earn Less: The Theory and Estimation of Differential Overqualification». *American Economic Review* 68 n.º 3 (1978): 360-373.
- GARCÍA-PRADO, A. y P. GONZÁLEZ. Who do Physicians Work for? WP ECON 06.28, Universidad Pablo de Olavide, 2006.
- HARTOG, J. «Over-Education and Earnings: Where Are We, Where Should We Go». Economics of Education Review 19 (2000): 131-147.
- HIRSCH, B. T. y E. J. SCHUMACHER. «Monopsony Power and Relative Wages in the Labor Market for Nurses». Journal of Health Economics 14 n.º 4 (1995): 443-476.
- —. Classic Monopsony or New Monopsony? Searching for Evidence in Nursing Labor Markets. IZA DP n.º 1154, 2004.
- KIMMEL, J. y K. S. CONVAY. «Male Labor Supply Estimates and the Decision to Moonlight». *Labour Economics* 5 n.º 12 (1998): 135-166.
- KRISHNAN, P. «The Economics of Moonlighting: A Double Self-Selection Model». The Review of Economics and Statistics (1990): 361-367.
- Manning, A. «Labor Markets with Company Wage Policies». *Discussion Paper n.* ° 214. Londres: Centre for Economic Performance, 1994.
- —. Monopsony in Motion: Imperfect Competition in Labor Markets. Princeton: Princeton University Press, 2003.
- McGoldrick, K. M. y J. Robst. «Gender differences in overeducation: a test of the theory of differential overqualification». *American Economic Review* 86 n.° 2 (1996): 280-284.
- FRIJTERS, P., M. A. SHIELDS y S. W. PRICE. Investigating the Quitting Decision of Nurses: Panel Data Evidence from the British National Health Service. IZA Discussion Paper n.º 794, 2003.
- Paxson, C. H. y N. Sicherman. «The Dynamics of Dual Job Holding and Job Mobility». *Journal of Labor Economics* 14 n.° 3 (1996): 357-393.
- PHILLIPS, V. «Nurses' Labour Supply: Participation, Hours of Work and Discontinuities in the Supply Function». *Journal of Health Economics* 14 (1995): 567-582.
- Renna, F. y R. L. Oaxaca. *The Economics of Dual Job Holding: A Job Portfolio Model of Labor Supply.* IZA Discussion Paper n.° 1.915, 2006.
- ROBINSON, J. (1933): The Economics of Imperfect Competition, Mc Millan, Londres
- Sanromá, E. y R. Ramos (2004): Overeducation and Local Labour Markets in Spain. Universidad de Barcelona, 2004. Documento inédito.
- SHIELDS, M. y M. WARD. «Improving Nurse retention in the National Health Service in England: The Impact of Job Satisfaction in Intentions to Quit». *Journal of Health Economics* 20 (2001): 677-701.
- SULLIVAN, D. «Monopsony Power in the Market for Nurses». Journal of Law & Economics (1989): S135-S178.
- STAIGER, D., SPETZ, J., y C. PHIBBS. Is there Monopsony in the Labor Market? Evidence from a Natural Experiment. NBER Working Paper n.º 7.258, 1999.
- SCHUMACHER, E. «Relative Wages and Exit Behavior Among Registered Nurses». Journal of Labor Research 20 (1997): 581-592.
- Shisko, R. y B. D. Rostker. «The Economics of Multiple Job Holding». *American Economic Review* 66 n.º 3 (1976): 298-308.
- SICHERMAN, N. «Overeducation in the labour market». Journal of Labor Economics 9 (1991): 101-122.

7. Conclusiones

Alfonso Arellano Espinar
Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)

Pablo Vázquez Vega
Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)

Universidad Complutense de Madrid

7.1. Introducción

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995 y auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, cuyo objetivo es «eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada». Para conseguir dicha meta, se señalaron una serie de medidas, que debían adoptar diferentes agentes económicos, encuadradas en doce áreas de especial preocupación.

Estos doce ámbitos de actuación se centran en aspectos como la pobreza, la educación, la salud, la violencia y, por supuesto, la igualdad de oportunidades de género en el contexto de las relaciones laborales así como en la toma de decisiones. Aunque no se propusieron acciones ni cifras concretas en las Conferencia, sí se reafirmó la importancia de adoptar medidas que favorecieran la igualdad de género.

Siguiendo este mismo espíritu, la Comisión Europea definió la igualdad entre hombres y mujeres como un aspecto destacable dentro de su agenda de investigación y empleo. En este sentido, la estrategia de Lisboa estableció el objetivo de lograr una tasa de ocupación femenina por encima del 60% en el año 2010.

Las cifras que dispone Eurostat confirman que la tasa de empleo en España ha convergido al nivel de la Unión Europea (UE), al pasar del 44% al 54% entre 1999 y 2007, mientras que en la UE se ha mantenido en torno al 51,5%. Esta evolución tan positiva de nuestro país es debida en gran parte a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. La tasa de empleo femenina ha pasado del 30,4% en 1999 al 44% en 2007, mientras que las cifras para los hombres han sido 58% y 65%, respectivamente.

Uno de los sectores económicos más interesantes para estudiar el comportamiento de la igualdad de oportunidades en materia laboral es el de la Sanidad. El peso relativo de la mujer en este sector ha sido históricamente superior a la media del resto de actividades económicas. Según los datos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de la Encuesta de Población Activa (EPA), la proporción de mujeres en el total de personas ocupadas en España ha pasado del 39,6% al 41,5% entre el primer trimestre de 2005 y el primer trimestre de 2008, mientras para ese mismo período en el sector de las actividades sanitarias y veterinarias, y servicios sociales las cifras han sido 73,3% y 76,1% respectivamente. Según los datos presentados en el capítulo 4, ocho de cada cien puestos de trabajo de las mujeres en España en 2005 se centraban en este sector, mientras que la cifra para los hombres se reducía a dos.

Con este marco de referencia, en este capítulo final se hace un repaso a las causas de las feminización expuestas en los capítulos anteriores, se revisan las principales conclusiones sobre las condiciones de trabajo y se realizan algunas sugerencias sobre cómo abordar el fenómeno de la feminización.

7.2. El factor de género en la sanidad

Una de las responsabilidades que han asumido las mujeres en el ámbito de la salud ha sido la de la atención al parto, la asistencia y el cuidado de la infancia en los primeros años de vida, experiencia que impulsó la incorporación de las mujeres a las actividades sanitarias, aunque a lo largo de la historia tuvieron que afrontar grandes problemas para acceder a las universidades.

El proceso de feminización en la sanidad ha tenido una vida larga y llena de percances. Según Ortiz-Gómez et al. (2004), la vinculación entre las médicas y el campo de la salud pública data de la segunda mitad del siglo XIX, cuando las mujeres de la burguesía empezaron a interesarse por este campo y a ejercer la profesión. Se centraron en la higiene y la medicina preventiva, dado que consideraban que era un campo en el que podían obtener influencia y autoridad.

Desde que en 1849 Elizabeth Blackwell se convirtiera en la primera mujer en graduarse en Medicina en Estados Unidos, las mujeres pioneras (en algunos casos sufragistas activas) lucharon por poder desarrollar su actividad en las mismas condiciones que los hombres (More 2000). En 1920, las mujeres representaban en EE. UU. el cinco por ciento de los doctores. A finales del siglo XIX ya se fueron organizando en asociaciones médicas, y organizaciones, como la Asociación Americana de Mujeres de Medicina (fundada como la The Medical Women's National Association en 1915 y renombrada en 1937), que han procurado facilitar la incorporación profesional de la mujer en la sanidad y avanzar en las oportunidades y el éxito de su trabajo, así como su reconocimiento en la sociedad (More 1990).

En el caso de España, Flecha-García (2001) relata que las primeras mujeres se incorporan a los estudios universitarios en la década de 1870, y precisamente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona se acogió la matrícula de varias alumnas. Teniendo en cuenta que las universidades de la mayoría de los países europeos vetaron la entrada de las mujeres hasta finales del siglo XIX, constituye un hecho relevante que dos de esas primeras alumnas defendieran la Tesis doctoral en la Universidad Central de Madrid en 1882, ya que era la única universidad que podía proporcionar tal grado en España.

Si como señala More (2000), el mayor obstáculo para las generaciones pioneras fue el acceso a la profesión, el objetivo para sus sucesoras ha constituido la consolidación, promoción y desarrollo del estatus alcanzado. Centrándose en las últimas dos décadas, la feminización de la sanidad en España ha sido común a otros países europeos, como se señala en el capítulo 5, aunque el proceso se ha realizado de forma más intensiva, lo que ha podido causar fricciones y problemas. Sin embargo, gracias a esta incorporación ha sido posible incrementar la oferta de servicios y asistencia sanitaria a la sociedad.

En gran parte de los países de la OCDE, el porcentaje de mujeres en la educación universitaria es similar o incluso supera a los hombres en la actualidad. Según la OCDE (2004), más de dos tercios de los titulados universitarios o equivalentes en humanidades, arte, educación, salud y bienestar son mujeres en el promedio de los países de la OCDE. Sin embargo, el peso de las mujeres en las titulaciones de Matemáticas e Informática no llega a un tercio, y representan menos de un quinto de los titulados en Ingeniería, Industria manufacturera y Construcción son mujeres. La elección de titulaciones condiciona posteriormente su salida profesional. Según las cifras que se presentan en el capítulo 2 para el período 1994-2003, las mujeres seleccionan carreras que se caracterizan por ocupaciones que tienen un número medio de horas de trabajo menor y con tasas de desempleo más elevadas. Respecto a esta última variable, hay excepciones como Veterinaria (véase el capítulo 4), que presenta tasas de paro muy reducidas y donde el peso de la mujer joven (menor de cuarenta años) es mayoritario.

La igualdad de oportunidades en la participación a la educación ha supuesto que todas las áreas relativas a las Ciencias de la Salud hayan experimentado una mayor participación de la mujer, incluso en las especialidades que tradicionalmente han sido dominio de las mujeres como es el caso de Farmacia. Según el capítulo 4, al analizar la participación de las mujeres en las titulaciones superiores universitarias más relevantes de la rama de Ciencias de la Salud, el comportamiento de Veterinaria se distancia de los médicos, odontólogos y farmacéuticos por su crecimiento e intensidad.

Según los datos que ofrecen la Encuesta de Población Activa (EPA), la Encuesta de Estructura Salarial (EES) y el Consejo de Coordinación Universitaria (capítulos 1 y 3), el número de profesionales sanitarios se ha duplicado entre 1994 y 2006, especialmente entre los técnicos sanitarios y los auxiliares de enfermería. Sin embargo, este factor ha ido acompañado por la reducción del peso del sector de actividades sanitarias y un aumento de la demanda de personal sanitario en otras actividades económicas. El propio desarrollo de la sociedad ha propiciado estos cambios en amplios sectores económicos que requieren unos niveles de conocimiento en Ciencias de la Salud que sólo estos profesionales pueden proporcionar.

En términos de género, las especialidades sanitarias han ido convergiendo con el paso del tiempo hacia un mayor peso de la mujer. Como se indica en el capítulo 4, la ocupación de las mujeres ha crecido no sólo en las profesiones que tradicionalmente han mostrado mayor representación femenina como Farmacia, Enfermería, técnicos en sanidad y auxiliares de enfermería, sino también en otras especialidades más androcéntricas, como la Medicina. Este aumento puede estar motivado en parte por un «efecto llamada», de tal forma que las mujeres se incorporan en sectores donde otras mujeres ya están participando. Este argumento serviría para explicar por qué las mujeres más preparadas tienden a elegir con más probabilidad carreras médico-sanitarias en vez de ingenierías, aunque no podría justificar los límites de este proceso.

La aparición de nuevas demandas en especialidades como Veterinaria o la médico-sanitaria motivadas en parte por un paulatino envejecimiento de la población, a su vez ha favorecido la incorporación de más mujeres, lo que ha generado un proceso de retroalimentación en el fenómeno de la feminización. Según el capítulo 4, la incorporación progresiva de la mujer a la Veterinaria podría estar relacionada con el hecho de que la actividad económica predominante de esta especialidad en el sector privado sea, en la actualidad, el de las clínicas privadas de atención a pequeños animales.

Las especialidades también han evolucionado marcadas por el avance de los conocimientos médicos y de la participación de la mujer en dichas áreas. A nivel general, este fenómeno se representa por la transición de una sanidad orientada principalmente a curar a otro tipo de servicio sanitario que se enfoca en la prevención como se señala en el capítulo 5. Los resultados de Britt et al. (1996) y Lurie et al. (1993) parecen confirmar dicha idea, ya que estos dos estudios concluyen que las decisiones clínicas varían en función del sexo del médico, de tal forma que los hombres optan más por medidas invasivas y tratamientos costosos (como la cirugía), mientras que las mujeres se decantan por la prevención.

Esta última característica se encuentra estrechamente relacionada con la opción de que hombres y mujeres ofrecen productos diferenciados o así lo perciben y lo demandan los propios consumidores. Según el capítulo 4, esta hipótesis se puede aplicar a determinadas especialidades como el caso de Veterinaria. La presencia de los hombres en Veterinaria es mayor en las zonas rurales donde predomina la ganadería intensiva, mientras las mujeres son mayoritarias en actividades dentro de un entorno urbano y con pequeños animales. Sin embargo, por sí solo no constituye un argumento general que permita explicar el fenómeno de la feminización.

En el ámbito de la sanidad la distinción de género se mezcla con otros factores tan significativos como la convivencia de un sector público con la provisión de servicios de carácter privado, así como las diferencias en el nivel educativo entre diplomados y licenciados en Ciencias de la Salud. Todos estos elementos han ido incrementando la complejidad del papel de la mujer en el sector sanitario.

Aunque la participación de las mujeres en el sector sanitario es más elevada que la de los hombres, existen diferencias significativas entre especialidades. Por ello es necesario realizar una distinción entre los ciclos universitarios cortos y largos de las Ciencias de la Salud. Según el capítulo 3, durante los últimos veinte años, el número de alumnos en los ciclos cortos se ha triplicado frente a la reducción en torno a un 20% de los alumnos de ciclo largo.

Este último factor está generando y generará consecuencias determinantes en la estructura de género de los titulados superiores de la Sanidad, dando lugar a unas pirámides de edad diferentes a otras áreas del conocimiento donde no se produce la reducción de la oferta educativa. En la medida en que se vayan reemplazando las cohortes de profesionales de más edad por cohortes más jóvenes, las mujeres se irán incorporando a profesiones que fueron tradicionalmente ejercidas por hombres.

Por otro lado, las mujeres suelen preferir estudios universitarios de nivel medio frente a licenciaturas con excepción de Farmacia. Al haberse dedicado mayoritariamente a estudios de nivel medio, las mujeres ocupan puestos asociados a su cualificación y se encuentran menos representadas entre médicos de especialidades como traumatología y UCI que entre el personal especializado en ATS y Matronería. Sin embargo, cada vez tendrán más peso

en las primeras especialidades debido a que los hombres están abandonando estas áreas.

Como se señala en el capítulo 2, los hombres han ido abandonando las carreras que tradicionalmente escogían y que eran de ciclo largo. El capítulo 4 expone una serie de teorías que justifican esta salida por la falta de atractivo que supone a los hombres una actividad donde las mujeres se incorporan progresivamente, lo que genera a su vez efectos negativos en las remuneraciones y el status de la profesión. En este caso, la feminización se presenta como un proceso de no retorno.

Los capítulos 2 y 5 también presentan otros motivos que justifican este abandono, como son el estancamiento de los ingresos, el deterioro de las condiciones laborales (junto a un aumento del riesgo de desempleo) y la pérdida de autonomía de la profesión.

Diversos estudios destacan que los salarios de los médicos en España se encuentran entre los más bajos de toda la UE y que esas diferencias crecen a medida que se desarrolla la vida laboral del profesional. Tras la descentralización de las competencias en materia sanitaria, las diferencias de salarios entre comunidades autónomas han aumentado, dado que en cada una de ellas se están estableciendo distintos salarios bases, complementos salariales variables por turnos y pagos por horas extraordinarias.

Estudios sobre las diferencias de ingresos entre hombres y mujeres argumentan que cada grupo tiene diferentes visiones sobre lo que realmente importa en un puesto trabajo. Así, las mujeres estarían menos dispuestas a renunciar a una ventaja que ofreciera su puesto de trabajo por un salario mayor (Daymont y Andrisani 1984).

Rizzo y Zeckhauser (2007) analizan los motivos por los que los hombres ganen más dinero que las mujeres en el caso de la sanidad estadounidense, donde la provisión del sector privado es preponderante y los médicos trabajan en mayor proporción como profesionales autónomos. Las razones que establecen son que los hombres tienen unos salarios de referencia mayores y son más aversos a pérdidas de ingresos que las mujeres. Si se extrapolan estos argumentos al caso de España, la salida de los hombres del sistema sanitario es la única respuesta que tienen, pues la regula-

ción de los salarios en la sanidad europea está condicionada por el elevado peso del sector público.

El argumento de los ingresos no sólo está motivado por las características laborales del sector público, que favorece la estabilidad del puesto de trabajo a cambio de menores remuneraciones. En ese sentido, la feminización en la sanidad no sería más que un caso particular del mismo fenómeno que se desarrolla en las Administraciones Públicas. Este argumento más clásico de la seguridad no se puede aplicar de forma indiscriminada a todas las cohortes de edad. Así, la profesión veterinaria puede considerarse un contraejemplo de este razonamiento dado que más de la mitad de los autónomos nacidos antes de 1971 son mujeres, según los datos ofrecidos en el capítulo 4.

En cuanto a las condiciones laborales, el capítulo 3 muestra el proceso de deterioro de las condiciones laborales en la sanidad, a través de una elevada tasa de temporalidad del empleo asalariado, la sucesión de múltiples contratos en los mismos establecimientos y el aumento del número de bajas no voluntarias (por cese de contrato) durante la última década. Todo ello desincentiva la ingente inversión en capital humano que requieren estas disciplinas.

Finalmente, la pérdida de autonomía se encuentra relacionada con la propia estructura organizativa de la sanidad pública y su papel determinante en las Ciencias de la Salud. A su vez, la conciencia de que ciertas actividades se asocian a tareas donde la mujer predomina desincentivan que participen los hombres en ellas.

7.3. Mujer y condiciones laborales en la sanidad

Según se señala en el capítulo 3, estudios realizados en Gran Bretaña y en los países nórdicos confirman la relación existente entre escasez de personal sanitario y un deterioro de las condiciones de empleo en este sector. La Comisión Europea realizó una comunicación al Consejo de Europa, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, el 26 de noviembre de 2003, donde insistía que «la calidad del empleo constituye uno de los objetivos principales de las directrices 2003-

2005, así como de las propuestas por la Comisión para el período 2005-2008».

Existen diferentes planos de evaluación que definen la calidad en el empleo y que afectan de forma decisiva al comportamiento de la mujer en el campo de la salud, como son la seguridad en el empleo y la flexibilidad laboral, la conciliación con la vida familiar y el desarrollo personal así como la diversidad, no discriminación e igualdad entre hombres y mujeres.

7.3.1. Seguridad en el empleo, flexibilidad laboral y conciliación con la vida familiar

La seguridad en el empleo constituye uno de los factores en materia laboral señalados en la preferencia de las mujeres por la Sanidad, debido en parte al gran peso que tiene el sector público en ella. Esta conclusión se confirma con estudios que analizan las decisiones entre hombres y mujeres y cómo las mujeres son menos proclives a tomar decisiones arriesgadas que los hombres.

Sin embargo, el capítulo 3 destaca las elevadas tasas de temporalidad que soporta el sector sanitario durante los últimos diez años, mayor en las mujeres que en los hombres (frente a casi un 40% en ellas, la relación se reduce a la mitad en ellos) y superior en el sector público que en el sector privado, aunque estas últimas diferencias se van reduciendo.

Al margen del hecho de que la existencia de una oferta pública de servicios sanitarios puede condicionar el tamaño y la importancia del sector privado, el peso de las mujeres en la sanidad privada es menor. Esto se refleja tanto si se considera el puesto de trabajo principal del profesional como el posible desarrollo de otros trabajos. Las Administraciones Públicas permiten compaginar mejor la vida profesional con otras opciones personales, como el pluriempleo, la maternidad y la vida familiar. Las mujeres que se dedican a la sanidad no complementan tanto su trabajo con otras actividades profesionales, a diferencia de los hombres. A través de esta forma, los hombres participan en el ámbito privado de la sanidad como ejercicio liberal, por lo que presentan un perfil de autonomía profesional y competitividad más elevado.

El pluriempleo es una característica predominante en países donde el sector sanitario es de carácter público y privado, como así se señala en el capítulo 6. Según la EPA, las actividades económicas donde más se practica el pluriempleo se centran en gran parte en el sector sanitario. Dos razones que justifican esta situación laboral son el número de horas trabajadas (cuando el puesto de trabajo principal proporciona una jornada laboral más reducida que la deseada por el propio profesional) y la complementariedad de actividades (el deseo de realizar diferentes actividades complementarias a la actividad principal a lo largo de la jornada laboral).

Considerando todas las ocupaciones, el pluriempleo así como el trabajo como autónomo es desarrollado en gran parte por los hombres, pues las mujeres prefieren ser asalariadas en exclusiva en el sector público. Este resultado se produce también cuando se analiza el sistema sanitario, aunque en el caso particular de que ambos miembros de la pareja compartan consulta, las mujeres aumentan la probabilidad de ser pluriempleadas. Así, utilizando cifras de la Muestra Continua de Vidas Laborales, el capítulo 6 presenta diferencias de ingresos entre hombres y mujeres, pues si ya existen cuando se consideran exclusivamente los salarios, la inclusión de los rendimientos de actividades económicas las aumenta.

Dentro de la necesidad de los mercados de trabajo europeos de adaptarse mejor al cambio motivado por la globalización de los mercados, las empresas y los trabajadores deben ser más flexibles en lo tocante a la organización del trabajo, el tiempo de trabajo, las prácticas contractuales y la movilidad nacional o geográfica. Al mismo tiempo, esta flexibilidad debe ir acompañada de una seguridad adecuada para los trabajadores que facilite su integración y progresión permanente en el mercado de trabajo y fomente una mayor aceptación de los cambios.

Sin embargo, la sanidad no se enfrenta a una situación tan competitiva, como ocurre con otras actividades económicas. El sector sanitario se caracteriza por generar nichos de mercado con dificultades a la entrada de agentes que no tenga la acreditación oficial requerida, como se señala en el capítulo 5. Esta característica impide que la competencia actúe de forma adecuada, al margen de la titularidad pública o privada de los medios. La mujer se incorpora a la profesión médica dentro de este contexto monopsonista.

El capítulo 6 analiza con detalle la relación que puede existir entre la precariedad laboral de los profesionales del sector sanitario y las características propias del sector sanitario, extendiendo las explicaciones que otros estudios han realizado sobre la especialidad de Enfermería a otras titulaciones superiores. El elevado nivel de especialización en los profesionales sanitarios condiciona su salida laboral, ya que no pueden reciclarse fácilmente en otras profesiones. Si a la falta de movilidad (geográfica) se añade un elevado número de trabajadores y un reducido número de empleadores en la Sanidad, el poder (de monopsonio) en las relaciones laborales que ostentan las empresas en este sector es elevado. Ello conlleva un empeoramiento de las condiciones laborales sin que genere una pérdida de efectivos inmediata (fenómeno conocido como *explotación monopsonista*) y diferencias en las mismas por áreas geográficas en función del número de trabajadores y empleadores que haya (dando lugar a la *discriminación monopsonista*).

No es necesario argumentar la existencia de un monopsonio para poder hablar de desigualdades y discriminación. La falta de movilidad geográfica (por ejemplo, por razones de pareja) puede originar un problema de sobreeducación o sobrecualificación al margen del poder discriminatorio de los empleadores. La falta de puestos de trabajo cualificados para el número de profesionales existente en una determinada zona geográfica genera desajustes en las familias que no se pueden solucionar fácilmente si el miembro de la familia afectado no es el que genera la renta principal. Estos desajustes laborales se traducen en la consecución de un empleo de peor calidad (contratos temporales) en su sector, puestos de trabajo en otros sectores económicos, o la falta de oportunidades de contratación, como se muestra para el caso de la profesión veterinaria entre comunidades autónomas en el capítulo 4.

El capítulo 6 estudia la movilidad geográfica entre los titulados superiores en Ciencias de la Salud utilizando dos medidas, como son la comparación entre la provincia de residencia y la de nacimiento y el número de cambios de provincias realizado a lo largo de la vida laboral. Existen diferencias en términos de edad, de tal forma que las mujeres menores de 45 años experimentan un cambio geográfico con más probabilidad que las mujeres mayores de 45 años y que los hombres, y por este motivo se encuentran mucho más afectadas por un desajuste ocupacional. En cambio la movilidad geográfica favorece la situación de pluriempleo entre los hombres.

Otra característica de la feminización en la sanidad es la incorporación masiva de la mujer en el mercado de trabajo desde la década de los setenta, que se ha reflejado en una gran cantidad de actividades económicas como ejemplo de los cambios producidos en la sociedad española. Como resultado, la proporción de mujeres es superior a la de hombres en las cohortes más jóvenes (hasta 35 años). Este hecho debe tener en cuenta factores vitales propios de la mujer que afectan a su vida laboral, como es la maternidad.

Como señalan Bowman y Gross (1986), las mujeres tienen una mayor probabilidad de interrumpir sus carreras médicas. Un factor determinante es la maternidad, que genera un efecto negativo en las tasas de ocupación femenina. Según Eurostat, que utiliza cifras del año 2003, el porcentaje de empleo en la UE era un 75% para las mujeres con edades comprendidas entre 20 y 49 años que no tenían un hijo menor de 12 años, frente a un 60% para las que tenían hijos menores de 12 años. El fenómeno opuesto se observaba en los hombres y su tasa de empleo aumentaba con la paternidad, pues los porcentajes eran del 86% y 91%, respectivamente.

El hecho de centrarse en otros aspectos fuera del ámbito laboral también puede ser una consecuencia de las dificultades que la mujer encuentra para ascender en el puesto de trabajo (la existencia del denominado *techo de cristal*). Este hecho justifica el nivel reducido de satisfacción en el puesto de trabajo, así como otros resultados presentados en el capítulo 5 para los médicos: las mujeres tienen peor imagen de su profesión que los hombres y se sienten menos valoradas.

Otro factor destacado en el capítulo 6 es el hecho de que tanto los hombres como las mujeres con titulación superior en Ciencias de la Salud en España son los grupos de población que tienen más probabilidades de emparejarse con gente que tiene su mismo nivel educativo y mismo tipo de estudios.

En cuanto a la flexibilidad laboral, el avance de la feminización ha ido acompañado de una reducción del número de horas trabajadas en media, aunque resulta necesario analizar esta relación con más detalle y determinar sus causas. En la medida en que se avance en el proceso de conciliación de la vida familiar con la vida profesional, el sector sanitario deberá adaptarse a estos nuevos desafíos.

7.3.2. Diversidad, no discriminación e igualdad

Según los datos de Eurostat, la segregación sectorial y profesional entre los hombres y las mujeres sigue siendo elevada y no hay indicios de que vaya a reducirse. En los países con tasas elevadas de ocupación femenina, como es el caso de los países nórdicos, el nivel de segregación entre hombres y mujeres suele ser más importante.

Además, las mujeres están infrarrepresentadas en los niveles más altos de la escala salarial y sobrerrepresentadas en los niveles más bajos. Las diferencias de salarios entre hombres y mujeres en la Sanidad es menor que a nivel global ya que esta situación no está permitida en las Administraciones Públicas. Sin embargo, resulta necesario controlar por otros factores, como la educación, el anteriormente señalado factor del pluriempleo y las características del puesto de trabajo (entre las que destaca el número de horas trabajadas) para poder afirmar que se produce una discriminación de salarios.

Con objeto de entender la dificultad del estudio de la discriminación salarial de género en España, el capítulo 3 utiliza datos de la Encuesta de Estructura Salarial en España para el año 2002. Al comparar los salarios medios de hombres y mujeres que trabajan en el ámbito de la Sanidad, las cifras iniciales confirman que la diferencia a favor de los hombres es cercana al 40%. Sin embargo, los resultados presentan grandes variaciones en función del tipo de ingreso que se analice (salario base, con o sin complementos, y pagos de horas extras).

Estas cifras deben tener en cuenta las diferencias en el nivel educativo y el cargo desempeñado, ya que la proporción de hombres con nivel de educación superior y ocupando puestos de responsabilidad es mayor que las mujeres. La eliminación del efecto de la educación también debe ir acompañada de la consideración del efecto de la edad y la experiencia (superior en hombres que en mujeres), así como del tipo de contrato laboral que tienen los trabajadores (la tasa de temporalidad es mayor en mujeres que en hombres, lo cual no repercute tanto en el salario base como en el resto de complementos salariales). Estos dos últimos factores son determinantes en las diferencias (que dependen de las diferentes medidas del salario) según el capítulo 3.

El análisis de las diferencias contractuales de género resulta muy importante por constituir un argumento de peso en las relaciones salariales y por el incremento de la precariedad laboral en el sector sanitario. Así, el número de bajas por cese de contrato (asociadas a contratos temporales) ha aumentado significativamente durante la última década y no existen diferencias apreciables entre hombres y mujeres cuando se controla por la edad y el historial laboral del trabajador en el sector público, pero no ocurre lo mismo en el sector privado.

La discriminación monopsonista también constituye un elemento determinante en las diferencias de salarios entre hombres y mujeres, como se detalla en el capítulo 6 para el caso de los titulados superiores en Ciencias de la Salud. Ello viene motivado en gran parte por cuestiones de pareja, ya que estas personas son las que más están emparejadas con otras de su misma titulación. Salvo que la pareja desee trabajar en distintas zonas geográficas, las dificultades de ajuste ocupacional son mayores y es más probable que se produzca la discriminación monopsonista en uno de los miembros de la pareja, lo que ocasiona una discriminación de género intrapareja, que no sólo afecta al tema de los salarios, sino a la calidad del puesto de trabajo. La pareja busca el bienestar conjunto de tal forma que se sacrifica la persona que a priori generará menores rentas y será la que sufrirá dicha discriminación. En el caso de España, la proporción de parejas desajustadas es elevada y afecta especialmente a las mujeres.

Finalmente, hay otros dos factores indicados en el capítulo 3 que afectan a la comparación de salarios entre los profesionales sanitarios en España, como son la diferencia de sistemas de determinación salarial entre el sector público y el sector privado, y las diferencias entre comunidades autónomas con motivo de la descentralización de las competencias en materia de gestión sanitaria. En este último caso, hay importantes diferencias salariales entre profesionales que realizan la misma tarea y tienen la misma formación sólo por motivos de localización del puesto de trabajo.

Relacionado con las diferencias salariales y contractuales aparecen las diferencias en la toma de decisiones. El mayor peso que tienen las mujeres en la fuerza de trabajo del sector sanitario no parece corresponderse con los puestos de responsabilidad que ocupan. En este sentido y según la Ley de Igualdad, las Administraciones Públicas deben velar por «la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del sistema nacional de salud».

Las causas de esta desigualdad de género van más allá de una cuestión de discriminación de género. Un argumento que justifica parcialmente este hecho es la ya comentada diferencia de niveles de educación entre hombres y mujeres. En general, otras razones por las que las mujeres se encuentran poco representadas en muchos trabajos de elevada cualificación y en diferentes tipos de profesión se encuadran en puntos de vista tan diversos como las preferencias (por ejemplo, en la elección de estudios) o las diferencias en cuestiones de habilidad. Estos factores han sido los que tradicionalmente han imperado en la literatura económica.

Los estudios han sabido distinguir entre diferencias de sexo, motivadas por las propias elecciones de los individuos y la discriminación de género. Croson y Gneezy (2005) realizan una revisión de la literatura al respecto desde un punto de vista laboral y salarial. Las mujeres que prefieren trabajos que incorporan menos riesgo, con una motivación claramente social, y que son menos competitivos, están avocadas a tener un salario menor, pero no por ello se encuentran discriminadas por su condición de género. Según el capítulo 5, la mujer que trabaja en el sector sanitario tiende a seleccionar puestos de trabajo relativamente seguros, no altamente cualificados y que no supongan una gran complejidad en términos de organización. De esta forma, se seleccionan trabajos que se puedan compaginar con otras actividades, especialmente de carácter familiar.

7.3.3. Factores institucionales

Hay factores de carácter institucional o relacionados con el entorno que pueden influir en las decisiones que adopten hombres y mujeres ante cambios, como señalan Niederle y Yestrumskas (2008). Así, en el caso de la competitividad, Niederle et al. (2008) realizan un experimento donde hombres y mujeres tienen la posibilidad de participar en un ambiente competitivo. Concluyen que cuando a las mujeres se les garantiza la igualdad de representación entre los ganadores sin necesidad de reducir los niveles de

exigencia, las mujeres tienen más incentivos a participar y ser más competitivas.

El capítulo 4 presenta un claro ejemplo de este último argumento con la carrera de Veterinaria. Esta licenciatura tiene una nota de corte de acceso (númerus clausus) superior a la media de las titulaciones de ciclo largo. Sin embargo, la incorporación del hombre se reduce en esta carrera universitaria, pues prefieren las ingenierías y carreras de perfil técnico, que también presentan notas de corte elevadas y mejores perspectivas laborales a priori. En este caso, la competencia se centra más entre mujeres preparadas e incentiva la feminización en esta licenciatura.

Otro aspecto interesante relacionado con la feminización consiste en el efecto que existe en las empresas ante la variedad de caracteres entre los trabajadores derivada de este proceso y que puede trasladarse al caso de la Sanidad. Según el sistema de eficiencias interactivas, los empleadores buscan trabajadores que constituyan un grupo social homogéneo para evitar potenciales conflictos internos. De esta forma se incrementa la feminización en áreas donde las mujeres están suficientemente representadas y se dificulta la incorporación en otras donde apenas hay presencia femenina.

Sin embargo, estudios realizados a partir de la iniciativa de la UE a favor de la lucha contra la discriminación laboral consideran que existen importantes beneficios si se gestiona de forma adecuada la diversidad de trabajadores en la plantilla de las organizaciones. Una gestión activa consigue una mejora del clima laboral, una reducción de la rotación, la mejora de la productividad y la fidelización de los recursos humanos. Por otro lado, la diversidad de consumidores requiere diversidad de personal. De esta forma se incrementa el acceso a nuevos mercados con oportunidades para el desarrollo de nuevos productos y servicios. Las necesidades de los nuevos clientes estarán reflejadas en la planificación del empleador que expresa la diversidad social.

Si bien los estudios que se presentan en esta monografía se centran en un período de continuo crecimiento, una cuestión interesante será descubrir si la incorporación de la mujer al mercado de trabajo se mantendrá en un contexto donde la situación económica parece resentirse. Estudios como el realizado por Lee y Cho (2005) han analizado el comportamiento de la población

femenina en el mercado durante las épocas de crisis y han señalado dos posibles efectos contrapuestos: un efecto de abandono en la búsqueda activa de empleo motivado por la dificultad de encontrar trabajo en épocas de crisis, y otro de incentivo por la pérdida de empleo de otros miembros de la unidad familiar con objeto de mantener los ingresos familiares.

7.4. Recomendaciones y medidas

La feminización de las profesiones sanitarias no puede calificarse como una realidad positiva o negativa en sí misma. Como todo fenómeno de segregación, en este caso ocupacional, tiene sus limitaciones; pero es el resultado final de un complejo proceso donde lo importante son las causas que lo generan, no el punto de llegada. No hay, por tanto y desde nuestro punto de vista, que *combatir* la feminización sino aprender a vivir con ella.

Lo exigible es que hombres y mujeres opten por las profesiones sanitarias sin que haya restricciones institucionales que les *obliguen* a quedarse en ellas o a abandonarlas. Dicho de otra forma, no debería elegirse una profesión sanitaria porque es la única manera de poder llevar a cabo un proyecto de vida familiar o profesional; o al contrario, no poder optar a la misma porque exige unos sacrificios muy superiores al del resto de profesiones.

En este sentido, en los capítulos anteriores se ha documentado un abandono por parte de los hombres de las profesiones sanitarias a lo largo de las últimas décadas en nuestro país. Detrás de este abandono es claro que se encuentran diferencias salariales y en las condiciones de trabajo entre las profesiones sanitarias y otras posibles ocupaciones; incluso como se destacaba en el trabajo realizado por los sociológos, diferencias en la percepción social de la profesión. Hoy el médico, por citar la profesión sanitaria más valorada en el pasado, es un profesional más, que ha perdido buena parte de su estatus que justificaba una dedicación excepcional.

No resulta sorprendente, en este sentido, que el abandono de los hombres de las profesiones sanitarias se haya visto acompañado por un abandono de todos, es decir, por un fenómeno de falta de profesionales. La escasez de profesionales sanitarios no es consecuencia de la feminización; es resultado de las causas que han generado también la feminización. O si se quiere, la falta de profesionales es un estadio más avanzado de una situación que tuvo como estación intermedia la feminización. El problema de la restricción de profesionales se ha visto agravado por una equivocada política de recursos humanos donde los propios profesionales controlaban la entrada, pensando que de esa forma mantendrían aquellas condiciones que tuvieron en el pasado.

En estas circunstancias, parece bastante evidente que la respuesta ante la feminización debe ser una ampliación de los ámbitos de libertad de los profesionales sanitarios y una eliminación de las restricciones institucionales que hoy existen. Desde ampliar los ámbitos de libertad en las tareas que realizan, abandonando una jerarquía que no existe en las empresas, hasta dotarles de capacidad de reajuste laboral cuando sea necesario (a partir de unas especialidades troncales en el caso de los médicos). La eliminación de restricción pasa por ampliar su capacidad de autogestión como profesionales y de colaboración con la iniciativa privada, lo que les debería permitir mejorar sustancialmente las condiciones de trabajo. En definitiva, dotar al profesional de la capacidad de decidir y asumir responsabilidades; y establecer unas condiciones laborales en función de esas responsabilidades.

Gestionar la feminización, en definitiva, supone ser consciente de que no podemos seguir aplicando el modelo funcionarial que se utiliza en la expedición de las licencias de caza con los profesionales más cualificados, en los que más invertimos y a los que les confiamos los bienes que más valoramos.

Bibliografía

ARCADI, E. «Entrevista: un siglo de mujeres. Margarita Salas, bióloga. "La ciencia no debe servir caprichos"». El País, domingo 10 de agosto de 2003. www.elpais.com/ articulo/reportajes/ciencia/debe/servir/caprichos/elpepusocdmg/20030810elp dmgrep_6/Tes.

BOWMAN, M. y M. GROSS. «Overview of Research on Women in Medicine: Issues for Policymakers». Public Health Reports 101 (1986): 513-520.

BRITT, H., BHASALE, A., MILES, D., MEZA, A., SAYER, G. y M. ANGELIS. «The Sex of the General Practitioner: a Comparison of Characteristics, Patients, and Medical Conditions Managed». *Medical Care* 34 (1996): 403-415.

- Croson R. y U. Gneezy. «Gender Differences in Preferences». *Journal of Economic Literature* (2004) revise and resubmit.
- DAYMONT, T. N. y P. J. ANDRISANI. «Job Preferences, College Major and the Gender Gap in Earnings». *The Journal of Human Resources* 19 (1984): 408-429.
- FLECHA-GARCÍA, C. «La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la universidad española, año 1882». En M. Cabré y T. Ortiz, eds. Sanadoras, matronas y médicas en Europa: siglos XII-XX. Barcelona: Icaria, 2001.
- LEE, K. W. y K. CHO. «Female Labour Force Participation During Economic Crises in Argentina and the Republic of Korea». *International Labour Review* 144 (2005): 423-450.
- LURIE, N., J. SLATER, P. McGOVERN, J. EKSTROM, L. QUAM y K. MARGOLIS. "Preventive Care for Women: Does the Sex of the Physician Matter?". New England Journal of Medicine 329 (1993): 478-482.
- More, E. S. «The American Medical Women's Association and the Role of the Woman Physician, 1915-1990». *Journal of the American Medical Women's Association* 45 (1990): 165-180.
- Restoring the balance women physicians and the profession of medicine, 1850-1995. Cambridge: Harvard University Press, 2000.
- NIEDERLE, M., C. SEGAL y L. VESTERLUND. «How Costly is Diversity? Affirmative Action in Light of Gender Differences in Competitiveness». *NBER Working Papers* n.º 13.923. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2008.
- NIEDERLE, M. y A. H. YESTRUMSKAS. «Gender Differences in Seeking Challenges: the Role of Institutions». *NBER Working Paper* n.° 13.922. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2008.
- OCDE. Education at a Glance: OECD Indicators. París: OCDE, 2004.
- Ortiz-Gómez, T., J. Birriel-Salcedo y R. Ortega del Olmo. «Género, profesiones sanitarias y salud pública». *Gaceta Sanitaria* 18 (2004): 189-194.
- Rizzo, J. A. y R. J. Zeckhauser. «Pushing Incomes to Reference Points: Why do Male Doctors Earn More?». *Journal of Economic Behavior and Organization* 63 (2007): 514-536.

Índice de cuadros

CUADRO 1.1:	Ocupados en sanidad respecto al total de ocupados por sexo, 2005	28
CUADRO 1.2:	Ocupados en el sector sanitario mayores de 16 años por ocupación y sexo, 2005	31
CUADRO 1.3:	Población ocupada en sanidad por edad y sexo. Evolución 1996-2005	43
CUADRO 1.4:	Población ocupada en sanidad según nivel de estudios y sexo. Evolución 1996-2005	45
CUADRO 1.5:	Población ocupada en sanidad según situación profesional y sexo. Evolución 1996-2005	47
CUADRO 1.6:	Horas medias trabajadas de la población ocupada en sanidad por sexo, 1996 y 2004	53
CUADRO 1.7:	Ganancia media anual por trabajador según ocupación, 2002	54
CUADRO 1.8:	Salario bruto medio anual de los trabajadores españoles por ocupación	56
CUADRO 1.9:	Población ocupada en el sector público y privado según nivel de estudios. Total ocupados y sanidad, 1996 y 2005	63
CUADRO 2.1:	Alumnos matriculados en las universidades españolas según rama de enseñanza y sexo (60 titulaciones). Años 1995 a 2004	76
CUADRO 2.2:	Alumnos matriculados en las carreras de Ciencias de la Salud, 1995-2004	79
CUADRO 2.3:	Estimación del modelo explicativo de la feminización de las titulaciones universitarias (variable dependiente: transformación logística del porcentaje de mujeres en cada titulación)	88
CUADRO 2.4:	Estimación del modelo explicativo de la feminización de las profesiones universitarias (variable dependiente: transformación logística del porcentaje de mujeres en cada ocupación)	91
CUADRO 2.5:	Porcentaje de mujeres matriculadas según titulación de ciclo largo. Curso 2003/2004	93

CUADRO 3.1:	Población con estudios en Ciencias de la Salud: proporción de mujeres en cada cohorte y nivel educativo y distribución de personas por cohortes de edad para cada sexo y nivel educativo	102
CUADRO 3.2:	Evolución del empleo de los profesionales de la salud, distintas unidades de medida	108
CUADRO 3.3:	Situaciones laborales en el empleo principal: sector público, sector privado, empleo equivalente a tiempo completo, actividades sanitarias (médicos y odontólogos)	109
CUADRO 3.4:	Situaciones laborales de los profesionales de la sanidad: sector público, sector privado, empleo equivalente a tiempo completo, actividades sanitarias. Evolución 1994-2006	110
CUADRO 3.5:	Número de bajas en la muestra por tipo de causa	112
CUADRO 3.6:	Número medio de bajas no voluntarias y voluntarias, empresas y provincias trabajadas en el grupo 1 del sector de la sanidad, por sexo y grupo de edad (empleados en el año 2006)	113
CUADRO 3.7:	Diferencias salariales medias entre varones y mujeres por tipo de salario	117
CUADRO 3.8:	Coeficientes de las regresiones de ecuaciones salariales	118
CUADRO 3.9:	Determinantes del número de causas de bajas no voluntarias. Regresiones binomiales negativas	122
CUADRO 3.10:	Determinantes del número de causas de bajas voluntarias. Regresiones binomiales negativas	123
CUADRO 3.11:	Determinantes del número de empresas. Regresiones binomiales negativas.	125
CUADRO 3.12:	Regresiones logit multinomial. Situación de referencia: las dos personas tienen el mismo número de bajas no voluntarias, voluntarias o establecimientos en su historial laboral. Situaciones alternativas: <i>a</i>) la perso 1 tiene un mayor número que la 2, y <i>b</i>) la persona 2 un mayor número que la 1. En las parejas mixtas, la persona 1 es el varón	ona 128
CUADRO 3.13:	Porcentaje de tiempo trabajado en la sanidad desde el primer día trabajado en este sector. Método de regresión tobit, personas de 35 o más años de edad	
CUADRO 4.1:	Tasa de crecimiento de la profesión sanitaria, 1996-2005	131
CUADRO 4.2:	Tasa de crecimiento de la profesión masculina sanitaria, 1996-2005	142

CUADRO 4.3:	188a de crecimiento de la profesion femenina sanitaria, 1996-2005	142
CUADRO 4.4:	Tasa de feminización por especialidad médica	146
CUADRO 4.5:	Participación de las mujeres en la Administración Pública	149
CUADRO 4.6:	Número de veterinarios según edad y sexo en España, 2002	159
CUADRO 4.7:	Lugar donde ejercen su actividad los veterinarios de España	165
CUADRO 5.1:	Dedicación de la población masculina y femenina a cada una de las profesiones sanitarias	180
CUADRO 6.1:	Población menor de 65 años con estudios superiores, emparejada, para sexo y grupos de edad, Ciencias de la Salud y otro tipo de estudios	212
CUADRO 6.2:	Población con estudios universitarios superiores casados y con pareja que convive en el hogar, por tipo de estudios	213
CUADRO 6.3:	Población con estudios universitarios superiores con pareja que convive en el hogar, por tipo y nivel de estudios del otro miembro del hogar, para cada tipo de estudios	214
CUADRO 6.4:	Determinantes del número de provincias trabajadas como asalariados del grupo 1 de la sanidad. Regresiones binomiales negativas	217
CUADRO 6.5:	Indicador de movilidad de los miembros de la pareja, para cada sexo y para cada nivel y tipo de estudios del otro miembro de la pareja	218
CUADRO 6.6:	Ajuste, titulados superiores en Ciencias de la Salud, 2000-2004	219
CUADRO 6.7:	Ajuste, titulados superiores en Ciencias de la Salud por grupos de edades	220
CUADRO 6.8:	Ocupaciones (tres dígitos) de la clasificación nacional de ocupaciones: porcentaje de personas con más de un empleo en la misma ocupación, 2006 (ambos sexos)	221
CUADRO 6.9:	Ocupaciones (tres dígitos) de la clasificación nacional de ocupaciones: porcentaje de personas con más de un empleo en la misma ocupación, 2006 (varones)	222
CUADRO 6.10:	Ocupaciones (tres dígitos) de la clasificación nacional de ocupaciones: porcentaje de personas con más de un empleo en la misma ocupación, 2006 (mujeres)	222

CUADRO 6.11:	Porcentaje de personas con más un empleo en la misma ocupación, profesiones sanitarias (CNO-1994 3 dígitos, 2006)	223
CUADRO 6.12:	Distribución del personal sanitario por combinaciones de situaciones laborales como empleados (exclusividad o pluriempleo en la misma ocupación). Médicos y odontólogos (1994, 2000 y 2006)	224
CUADRO 6.13:	Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Efectos marginales de regresiones probit para cada sexo	227
CUADRO 6.14:	Determinantes del ajuste educativo, titulados superiores en Ciencias de la Salud. Ratios de riego relativo en regresiones logit multinomiales para cada sexo	233
CUADRO 6.15:	Determinantes del pluriempleo de los médicos y odontólogos. Efectos marginales de regresiones probit para cada sexo (menores de 65 años, 1996-2006)	242
CUADRO 6.16:	Determinantes de la situación laboral en el segundo empleo de los médicos y odontólogos. Ratios de riego relativo en regresiones logit multinomiales para cada sexo (sólo personas con parejas, 1996-2006)	246

Índice de gráficos

GRAFICO 1.1:	Evolución de la población total ocupada en sanidad
	por sexo
GRÁFICO 1.2:	Población ocupada en sanidad por sexo, 1987-2005
GRÁFICO 1.3:	Evolución de la población ocupada en sanidad por ocupación y sexo, 1987-1995
GRÁFICO 1.4:	Evolución de la población ocupada en sanidad por ocupación y sexo, 1996-2005
GRÁFICO 1.5:	Evolución de la distribución por sexo de la población ocupada en sanidad por ocupación, 1987-1995
GRÁFICO 1.6:	Evolución de la distribución por sexo de la población ocupada en sanidad por ocupación, 1996-2005
GRÁFICO 1.7:	Evolución de la tasa de paro total y de las profesiones sanitarias, 1996-2005
GRÁFICO 1.8:	Tasa de paro del sector sanitario por grupos de edad y sexo, 1996-2005
GRÁFICO 1.9:	Tasa de paro del sector sanitario por nivel de estudios y sexo, 1996-2005
GRÁFICO 1.10:	Distribución entre el sector público y privado del total ocupados y ocupados en sanidad. Evolución 1996-2005
GRÁFICO 1.11:	Evolución del peso relativo de la mujer en el sector público y privado. Total ocupados y sanidad, 1996-2005
GRÁFICO 1.12:	Evolución de la distribución por sexo de los alumnos universitarios. Total titulaciones y Ciencias de la Salud, cursos 1982/1983-2004/2005
GRÁFICO 1.13:	Evolución de los alumnos universitarios por sexo. Total titulaciones y Ciencias de la Salud, cursos 1982/1983-2004/2005
GRÁFICO 1.14:	Evolución de los alumnos universitarios de Ciencias de la Salud por titulaciones
GRÁFICO 2.1:	Porcentaje de mujeres en las carreras de Ciencias de la Salud
GRÁFICO 2.2:	Evolución del índice de segregación de Duncan, 1995-2004

GRÁFICO 2.3:	Porcentaje de mujeres en cada rama/año y notas de corte promedio	85
GRÁFICO 2.4:	Tasa de desempleo específica promedio de las ocupaciones correspondientes a las ramas de la enseñanza universitaria. Años 1995 a 2003	86
GRÁFICO 2.5:	Horas de trabajo semanales habituales promedio de las ocupaciones correspondientes a las ramas de la enseñanza universitaria. Años 1995 a 2003	87
GRÁFICO 2.6:	Evolución del porcentaje de mujeres en algunas titulaciones, 1995-2004	92
GRÁFICO 2.7:	Evolución de las notas de corte promedio por rama de enseñanza. Años 1995 a 2003	95
GRÁFICO 3.1:	Alumnos matriculados de Ciencias de la Salud: ciclo corto versus ciclo largo (cursos: 1983/1984-2004/2005)	
GRÁFICO 3.2:	Distribución por cohortes de edad de la población menor de 65 años para cada sexo: titulados superiores y diplomados universitarios en Ciencias de la Salud y todos los titulados superiores universitarios (incluyendo los de Ciencias de la Salud, para cada sexo)	104
GRÁFICO 3.3:	Distribución de los profesionales colegiados por grupo de edad, para cada sexo y profesión (menores de 65 años, 2005)	105
GRÁFICO 3.4:	Tasas de temporalidad en los sectores público y privado. Médicos y odontólogos (1996-2006)	111
GRÁFICO 3.5:	Número de causas de baja no voluntaria	119
GRÁFICO 3.6:	Número de causas de baja voluntaria	120
GRÁFICO 3.7:	Número de establecimientos	120
GRÁFICO 3.8:	Funciones de densidad <i>kernel</i> de las diferencias en bajas no voluntarias para parejas mixtas y <i>unisex</i>	127
GRÁFICO 3.9:	Distribución de las parejas mixtas en función de que el número de bajas de los dos miembros sea igual, sea superior el de la mujer o sea superior el del varón	127
GRÁFICO 4.1:	Porcentaje de mujeres en tres profesiones sanitarias relevantes	136
GRÁFICO 4.2:	Evolución del número de mujeres en tres profesiones sanitarias relevantes.	137
GRÁFICO 4.3:	Variación del número de alumnos en las facultades	138
GRÁFICO 4.4:	Evolución del número total de alumnos matriculados en las distintas universidades españolas	163
GRÁFICO 4.5:	Distribución de los veterinarios de España por el tipo de relación laboral	166

GRAFICO 5.1:	Composición de género de las cohortes médicas	178
GRÁFICO 5.2:	Combinación de actividades profesionales médicas por grupos de edad	181
GRÁFICO 5.3:	Enfermería 2004. Distribución de género según grupos de edad	186
GRÁFICO 6.1:	Porcentaje de titulados universitarios superiores que siguen viviendo en su provincia de nacimiento, para cada sexo y grupos de edad, Ciencias de la Salud y otros tipos de estudios	216
GRÁFICO 6.2:	Diferencias en ingresos laborales anuales (salarios e ingresos por actividades profesionales) entre hombres y mujeres	225

Índice alfabético

Аввотт, А., 193, 198 Bergman, B., 96, 141, 169 Adamache, K. W., 205n, 251 Bhasale, A., 270 Adams, T. L., 191, 198 BHASKAR, V., 251 Administración Pública, 16, 20, 139, 148, 149c, bienestar, 160, 171, 174-176, 184, 189-190, 197, 164, 168 207, 256, 266 ajuste ocupacional, 24, 199-251, 266 BIGLAISER, G., 210-211, 251 Alba-Ramírez, A., 208n, 251 Birriel-Salcedo, J., 271 Allen, W. D., 251 Blau, F. D., 78, 96, 204, 251 Almunia, M., 251 Bond, S., 83, 96 Амауа Ромво, С., 11n, 25, 133 Borrell, C., 198 análisis, 11-14, 16, 18, 27-30, 48, 59, 69, 71-72, Bosch, J. L. C., 21, 148n, 171, 177, 178g, 181g, 97, 99, 101n, 115, 125, 139, 146c, 148, 154, 184-185, 186g, 198 159c, 161-162, 177, 199, 203, 204n, 209, Boserup, E., 140, 169 240, 266 BOWMAN, M., 264, 270 económico, 11-12, 97, 203, 209 Brint, S., 192, 198 Anderson, D., 96 Britt, H., 257, 270 Andrisani, P. J., 259, 271 Brown, G. P., 198 Angelis, M., 270 Buchan, J., 133 Antonazzo, E., 133, 205n, 251 Büchel, F., 251 Arellano, M., 83, 96 BURDETT, K., 204n, 251 Arrizabalaga, P., 198 Artazcoz, L., 198 Cadsby, B., 59n, 73 asalariado, 15, 20, 46, 47c, 48, 70-71, 99, 107, Calahorra, F. J., 73 109, 109c, 110c, 113c, 123c, 124, 124c, 125c, Calman, L., 133 129c, 130-131, 133, 157, 164, 217c, 223, Cameron, P. A., 191, 198 223c, 224, 224c, 239-241, 242c-243c, 245, Campal, A., 114, 133 246c-247c, 260 capital humano, 23-24, 98, 115n, 132, 167, 200, ASKILDSEN, J. E., 206n, 251 202, 206-208, 249, 260 atención, 20, 27, 115n, 139, 160-161, 169, 196carrera profesional, 125, 133, 179, 184, 208 197, 239, 254, 257 Censo de Población, 12, 73 Averett, S., 81, 96, 251 Сно, К., 268, 271 ciclo, 13-14, 30, 31c, 46, 54, 54c, 56c-58c, 63c, Baltagi, B. H., 84, 96, 251 63-64, 67, 68g, 69-70, 76-77, 79c, 80c, 89c, Baños, J., 114, 133 91c, 93c-94c, 100, 101g, 101n, 117c, 161, Barber Pérez, P., 169 258-259, 268 barrera de entrada, 25, 73 Ciencias de la Salud, 13-14, 24, 29, 64, 65g, 66, BAWIN, L., 28, 73, 198 66g, 66n, 67, 67n, 68g, 69-70, 75, 76c, 77g, Bawin-Legros, B., 28, 73, 191, 198 79c-80c, 85, 85g, 86g-87g, 88, 89c, 91c, 92, Becker, G., 81, 96 95g, 100, 100n, 101g, 101n, 102, 102c-103c, 103, 104g, 105-106, 201, 203, 211-212, 212c, 213, 214c, 215, 216g, 218-219, 219c, 219n, 220c, 226-227, 227c-230c, 231-232, 233c-236c, 237-239, 244, 249-250, 256, 258, 260, 263-264, 266

Colegio de Médicos, 17, 150

Compton, J., 208n, 251

Comunidad de Madrid, 17, 150, 230c, 236c

Consejo General de Colegios Veterinarios de España, 73, 139n, 169

consumo, 156, 169, 207

CONVAY, K. S., 252

convenio colectivo, 114

Cooper, C. L., 169

coste, 16, 21, 145, 148, 150-152, 192, 203, 205-207

Croson, R., 267, 271

Dahlquist, J., 59, 73 Daruvala, D., 166, 169

Davidson, M. J., 150, 169

DAYMONT, T. N., 259, 271

Deleire, T., 59, 73

Delfgaauw, J., 210, 251

demanda, 16-17, 20-21, 24, 97-98, 101n, 106-107, 144-145, 150, 156, 158, 160, 172, 174, 176, 185, 187, 189, 193, 196-197, 200, 203-204, 248, 256-258

dependencia, 70, 82-83, 106, 184

descriptivo, 13, 28, 30, 69, 126

desempleo, 19, 81-82, 84, 84n, 86, 86g, 87, 90, 93, 93n, 95, 167, 256, 259

discriminación, 80-81, 153-154, 200-201, 204, 206,
206n, 208, 244, 248-249, 261, 263, 265-268
discriminación por género, 18, 23-24, 55,
71, 132, 201, 266-267

Dolado, J. J., 16, 97, 106n, 150, 199, 208n-209n, 251-252

Duncan, B., 77-78, 79g, 96

Duncan, O. D., 77-78, 79g, 96

educación, 81, 148, 149c, 164n, 171, 176, 207-208, 208n, 238-239, 243c, 253, 256, 265, 267, 271

efecto composición, 23, 116-117, 132, 215

EHRENREICH, B. D., 198

Ekelund, J., 73

Екѕтком, Ј., 271

El País, 270

ELIZALDE, M., 133

Elliot, R., 133, 251

empleo, 12, 17, 22, 24, 49, 52n, 59, 84, 84n, 90, 99, 106, 106n, 107, 107n, 108c, 109, 109c, 110c, 112c, 118, 121, 123c, 124, 124c, 125c, 130-131, 131c, 150, 154, 154n-155n, 167, 179, 187, 195, 200-211, 217, 219-220, 221c-223c, 226, 237-241, 242c-243c, 244-245, 246c-247c, 248-251, 253-254, 260, 265, 269

Encuesta de Servicios Personales, 12

Encuesta de Población Activa, 12, 28c, 28-29, 30, 31c, 43c, 52, 52n, 73, 84, 157n, 249, 254, 256

Encuesta de Estructura Salarial, 12, 29, 53, 73, 115, 117c, 118c, 154, 156, 256, 265

enfermedad(es), 21, 52n, 184

Enfermería, 14, 31c, 46, 54, 67, 68g, 69, 80c,92g, 100, 101n, 105g, 106, 135, 141, 143-144, 152, 167, 172, 172n, 173, 176, 180c,185, 186g, 187-189, 192-194, 257, 263

enseñanza, 76c, 84-85, 85g, 86, 86g, 87, 87g, 88, 89c, 91c, 94c, 95g, 162n, 187, 213c-214c, 219n, 221c, 223c

Epstein, R. A., 151, 169

espacios diferenciados, 21, 194

especialización educativa, 117c-118c, 209, 248

Farmacia, 14, 35g, 39g, 67, 68g, 69-70, 75, 77,79c, 92g, 93c, 136-137, 138g, 141, 152, 155,167, 172-173, 180c, 193, 256-258

Felgueroso, F., 16, 97, 106n, 114, 133, 150, 199, 251

Ferber, M. A., 251

Flecha-García, C., 255, 271

flujos, 99, 204n

Frank, R., 206-207, 252

Freidson, E., 198

Frijters, P., 252

Fuentes, M., 198

funcionario, 15-16, 20, 115n, 148, 64, 166g

Fundación CESM, 25, 133

García Pérez, M. Á., 11, 25, 133

García-Prado, A., 209, 252

Gneezy, U., 267, 271

González, P., 209, 252

González López-Valcárcel, B., 11, 25, 147c

Grazier, S., 59, 73 Griffin, J. M., 84, 96 Gross, M. L., 264, 270

Hartog, J., 208n, 252 Hidalgo, M. J., 114, 133 Hirsch, B. T., 205n, 252 Holmas, T. H., 251 Hornosty, R. W., 198 Hsiao, C., 83, 96 Hurst, J., 97n, 134

152, 168, 179, 186-187, 189, 191-193, 197, 203, 224, 225g, 239, 259-260, 262, 269
Instituto Nacional de Estadística (INE), 28c, 29, 31c, 32g, 34g-37g, 39g-41g, 50g-52g, 54c, 58c, 60g-61g, 73, 84, 86g-87g, 105g, 136g-137g, 141c-142c, 149c, 180c, 254
inversión(es), 192
en capital humano, 98, 167, 208, 260

ingresos, 16, 18, 29, 49, 53, 55, 71, 137, 148,

Järvelin, M.-R., 73
Jiménez-Martín, S., 98n, 133
Jimeno, J. F., 251-252
Johansson, E., 73
jornada, 206, 209, 240
laboral, 15-16, 22, 55, 56c-57c, 70, 72, 90, 96, 183, 241, 262
jubilación, 196-197
Justicia, 18, 148, 149c, 164n

Kimmel, J., 252 Koolmees, P. A., 192, 198 Krishnan, P., 210n, 252 Krueger, V., 198

Labeaga, J. M., 133 Landa, J., 151, 169 Lee, K. W., 268, 271 Levinson, W., 198 Levy, H., 59, 73 Lichtermann, D., 73 Lurie, N., 198, 257, 271

Ma, C. A., 210-211, 241 Manning, A., 204n-205n, 251-252 Margolis, K., 271 Martínez-Granado, M., 133 MATAS, V., 133 maternidad, 16, 22, 72, 148, 175, 179, 186, 190, 261, 264 Maynes, E., 59n, 73 McClain, C. S., 190, 198 McGoldrick, K. M., 208n, 252 McGovern, Paul, 271 media, 13, 15, 22-23, 29, 42, 43c, 44, 46, 49, 52-53, 53c, 54, 54c, 55, 62-64, 69, 71-73, 103c, 104g, 106n-107n, 112, 115n-116n, 117c, 120-121, 121n, 132, 151, 154, 157, 161, 164, 171, 176-179, 181-189, 192, 205, 212, 215, 224-225, 227, 254, 264, 268 Medicina, 13-14, 20-21, 35g, 39g, 67, 67n, 68g, 69-70, 75, 77, 79c, 84n, 92g, 93c, 98-99, 101, 106, 136-137, 138g, 140n, 141, 144, 146c-147c, 147, 153, 154n, 158, 159c, 164, 172-173, 176, 178-179, 180c, 183-185, 187, 191-196, 213c, 215, 255, 257, 271 Mena, M. A., 133 Meza, A., 270 MILES, D. A., 270 MIR, 12, 17, 145, 146c-147c, 153 monopsonio, 199-200, 202-204, 204n, 205, 206n, 245, 263 More, E. S., 255, 271 MORTENSEN, D., 204n, 251 movilidad geográfica, 24, 200, 202, 206-208, 215-216, 226-227, 231-232, 239-240, 248-251, 263 Muestra Continua de Vidas Laborales, 12, 112, 112c, 224, 225g, 262

Nickell, S. J., 83, 96 Niederle, M., 267, 271

Muzzin, L. J., 192, 198

mundo laboral, 27

OAXACA, R. L., 115n, 117c, 210, 210n, 252 OCDE, 75, 106n, 134, 256, 271 ocupaciones, 13-15, 18-19, 22, 29-31, 33, 38, 42, 44, 46, 48, 53-54, 69-72, 80-82, 84, 86, 86g-87g, 88, 90, 91c, 93, 96, 108c, 116, 138, 140-141, 143-144, 153, 156, 167, 191, 195, 201-202, 209, 219n, 220-221, 221c-223c, 223, 240n, 256, 262, 269

Odontología, 13, 21, 67, 68g, 69, 80c, 84n, 94c, 153, 172-173, 180c, 191, 193

oferta, 16, 21, 24-25, 97-100, 101n, 103, 107, 150, 169, 174, 193, 196-197, 200, 203-205, 205n-206n, 207, 209-211, 249, 255, 261 educativa, 99, 103, 106, 258

Ortega del Olmo, R., 271

ORTEGA DEL OLMO, R., 271 ORTIZ-GÓMEZ, T., 254, 271

Polachek, S. W., 81, 96

Paik, J. E., 192, 198
paro, 19, 29, 49-50, 50g, 51, 51g, 52, 52g, 82, 84, 84n, 86, 166-167, 256
Paxson, C. H., 252
Paz Sáez, A., 73
Perrone, B., 190, 198
Pesaran, M. H., 84, 96
Phibbs, C., 252
Phillips, V., 252
pluriempleada, 22, 209, 220, 243c, 244, 262
población, 32g, 34g-37g, 39g-41g, 43c, 45c, 47c, 49-51, 51g-52g, 53c, 63c, 98, 102, 102c-103c, 104g, 107n, 137, 156-157, 164n, 173-175, 180c, 197, 212, 212c-214c, 215, 257, 264, 268

Pollak, R. A., 208n, 251 prevención, 23, 72, 175-176, 257 Price, S. W., 252 profesión, 12, 14-17, 19-22, 24, 28, 38, 48-49, 58, 69-70, 72-73, 81,87, 95, 105g, 135-139, 140n, 141c-142c, 143-144, 147, 148n, 150, 152-158,

160-161, 164, 166-169, 173, 176-179, 182-190, 192, 194-195, 197-198, 200-201, 239, 248, 255, 259-260, 262-264, 267, 269

profesionales sanitarios, 11-12, 15-16, 22-23, 28c, 29-30, 33, 42, 44, 46, 48, 53, 55, 70, 72-73, 106, 150, 172-173, 187, 256, 263, 266, 269-270

Ouam, L., 271

Ramos, R., 208n, 252
Reed, R., 59, 73
Renna, F., 210, 210n, 252
Reskin, B., 140, 169
riesgo, 17, 19, 58, 59n, 81-82, 90, 95, 128c-130c, 166-167, 232, 237, 259, 267
Rizzo, J. A., 259, 271
Robinson, J., 252
Robst, J., 208n, 252

Rodríguez, J. A., 21, 148n, 171, 177, 178g, 181g, 184-185, 186g, 198
Rohlfs, I., 198
roles, 12, 133, 151n, 198
Ross, P., 169
Rostker, B. D., 210n, 252
Rouco Yánez, A., 73
Rouco Pérez, P. F., 73
Ruiz Abad, L., 73

salario, 12, 18-19, 23-24, 55-56, 56c-58c, 71, 80-82, 95, 98, 100, 114, 114n, 115-117, 117c, 118, 118c, 133, 154, 154n, 155-156, 162, 199-200, 203-204, 204n, 205-206, 206n, 209-210, 224, 225g, 249, 259-260, 262, 265-267 S

sanidad

privada, 16, 48, 98, 130, 131c-132c, 150, 162, 164, 165c, 168, 203, 240, 242c-243c, 245, 246c-247c, 253, 257, 261-262, 270 pública, 16, 98, 130, 131c-132c, 150, 168, 183, 240-241, 242c-243c, 244-245, 246c-247c, 250, 260

Sanromá, E., 208n, 252 Sayer, G. P., 270 Schumacher, E. J., 199n, 205n, 252n Scott, A., 133, 251

sector público, 15-17, 22, 29, 58-60, 60g, 61, 61g, 62-63, 63c, 63g, 64, 70-71, 99, 106-107, 109, 109c-110c, 111g, 111, 114, 118, 118c, 131, 133, 147-148, 150, 154-155, 155n, 162, 164, 168, 179, 184, 188, 195, 206n, 210, 210n, 223-224, 224c, 245, 258, 260-262, 266 Segal, C., 271

segregación, 23, 75, 77-78, 79g, 80-81, 132, 265, 269

Shields, M. A., 97n, 134, 205n, 252 Shisko, R., 210n, 252 Sicherman, N., 208n-209n, 252 Simoens, S., 97n, 134 Simpson, P. A., 96 Skatun, D., 133, 251 Slater, J., 271 Sloan, F. A., 205n, 251 Sloane, P. J., 59, 73 Smith, R., 84, 96

Spetz, J., 252 Staiger, D., 199n, 205n, 252 STOCKEL, H. H., 198 SULLIVAN, D., 205n, 252 SUNDEN, A. E., 59n, 73 SURETTE, B. J., 59n, 73

tasa

de desempleo, 19, 82, 84, 84n, 86, 86g, 87, 90, 93, 93c, 95, 167, 256 de empleo, 253-254, 264 de temporalidad, 24, 99, 109, 111c, 112, 117, 119, 133, 202, 260-261, 265 Thompson, D. R., 191, 198 titulados superiores, 24, 62, 103c, 104g, 105-106, 112, 116-117, 201, 208, 211-212, 216, 219, 219c, 219n, 220c, 224, 227c-230c, 233c-236c, 238, 248-249, 258, 263, 266

Valls, C., 140n, 198

Van Ham, M., 208n, 251 Vesterlund, L., 271 Veterinaria, 13-14, 19-21, 35g, 39g, 44n, 67, 68g, 69-70, 73, 77, 80c, 92g, 93c, 107n, 137-138, 138g, 139, 141, 144, 147, 153, 155-158, 160-162, 163g, 164, 166-169, 172-173, 191, 193, 213, 214c, 256-258, 260, 263, 268

Ward, M., 97n, 134, 252 Wicks, D., 194, 198 Wilsford, D., 198 Winkler, A. E., 251

VILLENEUVE, M., 134

Yestrumskas, A. H., 267, 271

Zeckhauser, R. J., 259

Nota sobre los autores

Pablo Vázquez Vega, doctor en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid (1992), realizó estudios de posgrado en Economía en la Universidad de California, Berkeley. Ha sido responsable de las áreas de farmacia, legislación, relaciones internacionales y consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualmente es director ejecutivo de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), donde dirige la Cátedra Inmigración, y profesor titular de Economía Aplicada en la Universidad Complutense de Madrid. Ha realizado estancias de investigación en el Fondo Monetario Internacional y en la Comisión de las Comunidades Europeas. Ha dirigido nueve proyectos de investigación financiados con fondos públicos, y cuenta con cerca de veinte publicaciones de carácter científico.

Rocío Albert López-Ibor, doctora en Economía por la Universidad Complutense de Madrid y máster en Análisis Económico del Derecho por la Universidad de Hamburgo, en la actualidad es secretaria general del Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid y profesora del Departamento de Economía Aplicada IV de la Universidad Complutense de Madrid. Su campo de especialización es el análisis económico del mercado de trabajo y de la regulación concursal. Ha publicado numerosos artículos en diversas revistas nacionales e internacionales.

José Luis C. Bosch, metodólogo formado en la Universidad de Michigan (Ann Arbor), es profesor titular en el Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona, y miembro del Grupo de Investigación de Estudios de Poder y Privilegio (GEPP).

FRANCISCO CABRILLO RODRÍGUEZ, catedrático de Economía Aplicada en la Universidad Complutense de Madrid, en la actualidad es presidente del Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid. Autor de una amplia obra de investigación científica centrada en el análisis económico del dere-

cho y de las instituciones, su publicación más reciente es *Economics of Courts and Litigation* (2008), en colaboración con Sean Fitzpatrick.

PILAR CHORÉN RODRÍGUEZ, licenciada en Economía por la Universidad de Valencia (Premio Extraordinario, 1999) en la especialidad de Economía Internacional, y BA en Economía Europea por la Universidad de Middlesex, Londres (1998), es desde 2006 profesora asociada del Departamento de Análisis Económico de la Universidad de Valencia. En 2002 obtuvo la suficiencia investigadora por la Universidad de Valencia en el área de economía y financiación internacional. En septiembre de 1999 entró a formar parte del grupo técnico del Ivie. Sus áreas de especialización son la evaluación de políticas públicas, la demografía y la economía internacional.

Juan J. Dolado Lobregad, doctor en Economía por la Universidad de Oxford (1988), entre 1994 y 1997 fue economista-jefe de la Oficina de Estudios Cuantitativos del Servicio de Estudios del Banco de España. Es catedrático de Fundamentos del Análisis Económico en el Departamento de Economía de la Universidad Carlos III de Madrid, y Research Fellow del Centre for Economic Policy Research (CEPR). En 2005 fue nombrado consejero (grupo de expertos) del Consejo Económico y Social (CES) de España, y desde 2006, pertenece al Group of Economic Policy Advisors (GEPA) del presidente de la Comisión Europea, José Manuel Durao Barroso. Sus principales áreas de investigación son econometría teórica (series temporales) y economía laboral, sobre las que ha publicado un centenar de artículos científicos en revistas académicas internacionales y nacionales de primera línea, así como ocho libros y volúmenes colectivos.

FLORENTINO FELGUEROSO FERNÁNDEZ, doctor en Economía por la Universidad de Oviedo (1999) y profesor titular de esta universidad, actualmente también es investigador de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), donde dirige la Cátedra Capital Humano y Empleo, así como investigador afiliado del Centre for Economic Policy Research (CEPR). Sus campos de investigación son la economía laboral y de la educación.

BELÉN GILL DE ALBORNOZ NOGUER, licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Zaragoza y doctora por la Universidad Jaume I, es profesora titular de Economía Financiera y Contabilidad. Ha participado en proyectos del Plan Nacional de Investigación, de AECA

y de la Comisión Europea, y sus campos de especialización son la economía financiera y las finanzas públicas, la calidad de la información contable y el gobierno corporativo. Ha realizado estancias durante varios años en la Universidad de Lancaster (Reino Unido) y participado en numerosos congresos internacionales y nacionales. Asimismo, ha publicado numerosos artículos en diversas revistas nacionales e internacionales.

MARCELO PERERA MORLÁN, candidato a doctor en Economía por la Universidad de Alcalá y diplomado en Estudios Avanzados por la misma universidad, es licenciado en Economía por la Facultad de Ciencias Económicas y Administración (Universidad de la República, Uruguay). Investigador en el Centro de Investigaciones Económicas (CINVE, Uruguay) y en la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA, España), ejerce como profesor en la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración (Universidad de la República). Sus áreas de investigación son economía laboral, pobreza, desigualdad, movilidad y econometría aplicada.

ANNA RAMON ARIBAU, investigadora predoctoral en el Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona, y miembro del Grupo de Investigación de Estudios de Poder y Privilegio (GEPP), trabaja en dicho grupo de investigación desde el año 2005.

José A. Rodríguez Díaz, doctor en Sociología por la Universidad de Yale, es catedrático de Sociología en el Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona, director del Grupo de Investigación de Estudios de Poder y Privilegio (GEPP) y, desde el año 1995 hasta la actualidad, estudia la evolución de las profesiones sanitarias en España.