

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



**Diferencias de género en Anestesiología y Reanimación: desde
una perspectiva histórica a la situación española actual**

TESIS DOCTORAL

María Aliaño Piña

Enero, 2021



**Diferencias de género en Anestesiología y Reanimación: desde
una perspectiva histórica a la situación española actual.**

TESIS DOCTORAL

María Aliaño Piña

Directores:

Prof. Fernando Gilsanz Rodríguez

Prof. Gloria Franco Rubio

Madrid, 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

El Prof. FERNANDO GILSANZ RODRÍGUEZ, Catedrático Emérito del Departamento de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid y la Prof. GLORIA FRANCO RUBIO, Catedrática de Historia Moderna de la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Complutense de Madrid, como Codirectores de la presente Tesis Doctoral,

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado “Diferencias de género en Anestesiología y Reanimación: desde una perspectiva histórica a la situación española actual” realizado por Doña María Aliaño Piña reúne las condiciones de originalidad y rigor metodológico necesarias para ser presentado y defendido para optar al Grado de Doctor por la Universidad Autónoma de Madrid.

En Madrid, a 4 de enero de dos mil veintiuno.

Fdo. Prof. Fernando Gilsanz Rodríguez

Fdo. Prof. Gloria Franco Rubio

A Adrián, Ciro y Darío

Agradecimientos

A todas las pioneras en Medicina que nos sirven de inspiración y modelo, a las mujeres que han dedicado su vida a luchar por los derechos de las mujeres y a promover la igualdad de género y a todos los hombres que han apoyado y apoyan a las mujeres; sin todos ellos la historia no sería la misma.

A todos los Jefes de Servicio, compañeros y amigos que han accedido a distribuir el formulario de la encuesta, así como a los Colegios de Médicos de: A Coruña, Álava, Almería, Badajoz, Barcelona, Cantabria, Córdoba, Granada, Guipúzcoa, Huelva, Lugo, Ourense, Pontevedra, Salamanca, Tarragona y Vizcaya. La colaboración del Dr. César Aldecoa, quien como Vicepresidente de la Sociedad de Anestesiología y Reanimación propuso enviar la encuesta a través de la misma, fue clave para llegar a más participantes.

A mis directores; a la Prof. Gloria Franco que representa para mí un claro ejemplo de modelo a seguir, quien me ha inspirado y alentado durante estos años y al Prof. Gilsanz que aceptó amablemente guiarme en este proyecto brindándome su conocimiento y ayuda.

A mi compañero de vida, Adrián, mi mayor apoyo durante todos estos años; gracias por su paciencia, disponibilidad y dedicación para poder llevar a cabo este trabajo.

Abreviaturas

AAA: American Association of Anesthesists

AAMC: Association of American Medical Colleges

AEMM: Asociación Española de Mujeres Médicos

AME: Asociación de Médicas Españolas

AMWA: Asociación Americana de Mujeres Médicas

ASA: American Society of Anesthesiologist

ESAIC: European Society of Anaesthesiology and Intensive Care

JAE: Junta para la Administración de Estudios

ILE: Institución Libre de Enseñanza

INE: Instituto Nacional de Estadística

MIR: Médico Interno Residente

MSCBS: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

MWIA: Medical Women International Association

OMC: Organización Médica Colegial de España

REDAR: Revista Española de Anestesiología y Reanimación

SEDAR: Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

WFSA: Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología

Índice:

1. Introducción.....	1
1.1. Acceso de la mujer a la Medicina en el mundo.....	1
1.2. Acceso de la Mujer a la Medicina en España.....	22
1.3. Introducción de la Anestesia en la práctica clínica.	40
1.4. Primeras Mujeres Anestesiólogas	48
1.5. Anestesia en España	57
2. Justificación	69
3. Objetivos	83
4. Material y métodos.....	85
4.1. Confección de la base de datos	85
4.2. Análisis estadístico	86
5. Resultados	87
5.1. Situación profesional.....	88
5.2. Condiciones laborales	91
5.3. Situación personal	91
5.4. Percepciones individuales	91
6. Discusión	93
7. Limitaciones del estudio.....	121
8. Futuras líneas de investigación	123
9. Conclusiones	125
Bibliografía	127
Anexo I: Formulario de la encuesta.....	155
Anexo II: Comentarios añadidos por parte de los encuestados	163
Anexo III: Publicaciones y comunicaciones.....	166

Índice de tablas:

Tabla 1.1 Número de mujeres matriculadas en la Universidad entre 1910-2019.....	35
Tabla 1.2 Porcentaje de alumnas universitarias..	36
Tabla 1.3 Alumnas de Medicina. Elaboración propia	39
Tabla 2.1 Distribución médicos por especialidades en 2019	73
Tabla 2.2 Número de anesestiólogos en Europa (2003-2005)	79
Tabla 5.1 Datos demográficos de los encuestados	87
Tabla 5.2 Razones para no aceptar Jefatura de Servicio	88
Tabla 5.3 Categoría profesional de los encuestados.....	88
Tabla 5.4 Porcentaje de participantes que ha realizado el doctorado	89
Tabla 5.5 Tipo de Máster realizado.....	90
Tabla 5.6 Número de artículos realizados como primer autor	90
Tabla 5.7 Número de comunicaciones por año	90
Tabla 5.8 Frecuencia de asistencia a cursos/congresos al año	91
Tabla 5.9 Percepciones individuales de los encuestados	92
Tabla 6.1 Número de Jefes de Servicio de Anestesia en Hospitales Públicos	94
Tabla 6.2 Relación de Catedráticos de Anestesiología en España	96

Índice de Figuras:

Figura 1.1 Merit Ptah	2
Figura 1.2 Agnodice.....	3
Figura 1.3 Aspasia de Mileto	4
Figura 1.4 Metrodora	5
Figura 1.5 Trota de Salerno.....	6
Figura 1.6 Hildegarda.....	7
Figura 1.7 Dorotea Bucca.....	8
Figura 1.8 Dorotea Erxleben.....	12
Figura 1.9 Elizabeth Blackwell	17
Figura 1.10 Mary Putnam Jacobi	18
Figura 1.11 Sophia Blake.....	21
Figura 1.12 Oliva Sabuco de Nantes Barrera.....	22
Figura 1.13 Maseras, Figura 1.14 Aleu, Figura 1.15 Castell	24
Figura 1.16 Concepción Aleixandre.....	26
Figura 1.17 Manuela Solís	27
Figura 1.18 Trinidad Arroyo	27
Figura 1.19 Elisa Soriano	28
Figura 1.20 Jimena Fernández de la Vega	29
Figura 1.21 Martina Bescós García.....	29
Figura 1.22 Porta de la 1ª Conferencia pronunciada por Joaquín María Sanromá.....	31
Figura 1.23 William Morton administrando éter, Hospital General de Massachusetts.....	41
Figura 1.24 Mujer inhalando éter de un vaporizador	44
Figura 1.25 Dr. Hornabrook.....	46
Figura 1.26 Isabella Herb	49
Figura 1.27 Mary Botsford.....	50
Figura 1.28 Virginia Apgar	53
Figura 1.29 Sello Virginia Apgar	53
Figura 1.30 María Oliveras Collellmir.....	60
Figura 1.31 Servicio de Laboratorio del Instituto Neurológico Municipal 1941-1944.....	61
Figura 1.32 Servicio de Neurología del Hospital Clínic en 1952.....	62
Figura 1.33 Participantes del curso de anestesia en Nuffield.....	65
Figura 1.34 Aparato de anestesia	65
Figura 1.35 Entrega del Diploma de Colegiación Honorífica a la Dra. Oliveras en 1984	66
Figura 1.36 Promoción de Medicina 1932-1940.....	66

Figura 1.37 Cuerpo de Médicos del Jefe del Estado, incluida María Paz Sánchez Aguado	68
Figura 2.1 Porcentaje de mujeres colegiadas por provincia en 2017	70
Figura 2.2 Porcentaje de mujeres colegiadas por tipo de profesión sanitaria en 2019.....	71
Figura 2.3 Porcentaje de médicos en activo	71
Figura 2.4 Porcentaje de médicos según edad.....	72
Figura 2.5 porcentaje de médicos en Europa en 2017.....	76
Figura 2.6 Porcentaje de médicas en activo en E.E.U.U en 2017	77
Figura 2.7 Número de especialistas en EE.UU. en 2017	78
Figura 6.1 Porcentaje de mujeres entre el profesorado de la Universidad Pública 2016/2017	97
Figura 6.2 Comparativa del sexo de profesores en cuatro universidades europeas	98
Figura 6.3 Estadística de Tesis Doctorales aprobadas en España	100
Figura 6.4 Ponentes en los congresos de Anestesia organizados por la SEDAR.....	102
Figura 6.5 Moderadores en los congresos de Anestesia organizados por la SEDAR	103
Figura 6.6 Fases de implementación del proyecto MedGoFem	115

Resumen

Título: Diferencias de género en Anestesiología y Reanimación: desde una perspectiva histórica a la situación española actual.

Autora: María Aliaño Piña

Directores: Fernando Gilsanz Rodríguez, Gloria Franco Rubio

Introducción:

Las mujeres se han visto expuestas a una discriminación social que las ha situado históricamente en un puesto de inferioridad respecto al hombre. A pesar de una mayor visibilización de las diferencias de género y a la implementación de estrategias para erradicarlas, esta disparidad sigue estando presente.

En los últimos años, las investigaciones en el campo de la Medicina que ponen de manifiesto este desequilibrio son numerosas. La feminización de la Medicina es un hecho indiscutible, sin embargo, las mujeres continúan infrarrepresentadas en puestos de liderazgo y la discriminación de género sigue siendo palpable.

Objetivo:

La finalidad de este estudio es investigar las diferencias de género en la especialidad de Anestesiología y Reanimación en España.

Material y métodos:

El estudio se llevó a cabo mediante una encuesta anónima que se distribuyó entre los especialistas en anestesiología. El cuestionario estuvo formado por 39 preguntas diseñadas para investigar la situación profesional, laboral y personal, así como las percepciones individuales en relación a la discriminación de género en el trabajo.

El test de la χ^2 fue usado con las variables categóricas para evaluar la asociación de orden cero entre las variables independientes. Los test no paramétricos de Mann-Whitney y Kruskal Wallis fueron usados para evaluar la variable cuantitativa. El análisis estadístico fue llevado a cabo con el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21 para Windows (IBM, Armonk, New York, USA). Los resultados fueron considerados estadísticamente significativos cuando el valor de la P fue igual o menor de 0,05.

Resultados:

Se recibieron 1.619 encuestas, lo que representa el 17,6 % del total de anestesiólogos de España; 654 participantes fueron hombres (40,4 %) y 965 mujeres (59,6 %). Las mayores diferencias fueron observadas en las siguientes áreas: el 70,0% de participantes informaron de que su jefe de servicio es un hombre. En relación a los puestos de liderazgo, el 25,2 % de las mujeres que respondieron a la encuesta habían desempeñado algún puesto de confianza frente al 46,1 % de los hombres ($p < 0,001$). En cuanto a la posición académica, el 10,3 % de los hombres respondieron ser profesores de universidad en contraste con el 4,8 % de mujeres ($p < 0,001$). El 46,0% de las mujeres que participaron en la encuesta piensan que existe discriminación de género en su profesión, mientras que sólo el 12,6% de los hombres lo reconocieron. Un tercio de las mujeres (36,6 %) consideran su condición de género una barrera para promocionar y tienen miedo de perder su trabajo por quedarse embarazadas. Además, tanto hombres como mujeres han presenciado un trato diferente por parte de pacientes y personal sanitario hacia sus compañeras anestesiólogas.

Conclusión:

La especialidad de Anestesiología y Reanimación está experimentando una clara feminización en España. Sin embargo, los resultados de esta encuesta ponen de manifiesto que existen diferencias de género; los puestos de liderazgo hospitalario y académico están ocupados mayoritariamente por hombres, existe una brecha salarial de género que afecta principalmente a las mujeres que deciden tener descendencia, existe discriminación de género, sobre todo indirecta, en el ámbito laboral, aunque una proporción importante de los anestesiólogos no son conscientes de ella y la maternidad supone un freno en la carrera profesional de las mujeres.

Palabras clave: Diferencias de género, mujeres anestesia, discriminación puesto trabajo, igualdad género, liderazgo, discriminación académica

Abstract:

Title: Gender differences in Anaesthesiology: from a historical perspective to the current Spanish situation.

Author: María Aliaño Piña

Directors: Gloria Franco Rubio, Fernando Gilsanz Rodríguez

Introduction:

Women have been exposed to social discrimination that has historically placed them in a position of inferiority compared to men. Despite a greater visibility of gender differences and the implementation of strategies to eradicate them, this disparity continues to be present.

In recent years, research in the field of Medicine that reveals this imbalance has been numerous. The feminization of Medicine is an indisputable fact, however, women continue to be underrepresented in leadership positions and gender discrimination remains palpable.

Objective:

The goal of this study is to investigate gender differences in the specialty of Anesthesiology in Spain.

Materials and methods:

An anonymous survey was distributed among anaesthesiologists in Spain. It had 39 questions and was designed to investigate professional position, work conditions, personal situation, and individual perceptions. The goal was to target the majority of anaesthesiologists working in Spain.

Results for this study are reported as frequency or proportion (%). For analysis, the χ^2 multinomial test was used for categorical variables to assess the zero-order associations between the independent variables. The non-parametric Mann-Whitney U and Kruskal Wallis test were utilized to evaluate differences in the quantitative variable. All statistical analyses were performed using *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 21 for Windows (IBM, Armonk, New York, USA). Differences were considered significant if P value was less than 0.05.

Results:

Completed surveys were received from 1619 respondents which represents 17.6% of the total number of anaesthesiologists in Spain; 654 respondents were male (40.4%) and 965 were female (59.6%). The greater differences were found in the following areas: 70% of the respondents

advised that their head of department is male. When asked about management and leadership positions, 25.2% of female respondents had ever had any management role in contrast to 46.1 % of men ($p<0.001$). Regarding academic positions, 10.3% of male respondents are university professors in contrast to only 4.8% of women ($p<0.001$). 46.0% of the women surveyed believe that gender discrimination exists in the workplace whereas only 12.6% of men reported the same. A third of women (36.6%) consider their gender a barrier to promotion and fear losing their job due to pregnancy. Furthermore, both genders have witnessed patients and colleagues treating staff differently according to gender.

Conclusion:

The specialty of Anesthesiology is experiencing a clear feminization in Spain. However, the results of this survey show that there are gender differences: hospital and academic leadership positions are held mostly by men, there is a gender pay gap that mainly affects women who decide to have children, there is gender discrimination, especially indirect, in the workplace, although a significant proportion of anaesthesiologists are not aware of it and motherhood is a brake on the professional career of women.

Key words: gender gap, women anaesthesiologists, leadership anaesthesia, workplace issue, gender-based discrimination, academic discrimination.

1. Introducción

1.1. Acceso de la mujer a la Medicina en el mundo

El acceso de las mujeres a los estudios de medicina a nivel mundial es bastante irregular y ha dependido sobre todo de la situación social, política y cultural en la que se encontraban los distintos países a lo largo de su historia. La información con la que contamos actualmente sobre el papel de la mujer en la historia de la medicina proviene de investigaciones realizadas en los últimos años, a la cual tenemos acceso gracias al feminismo académico. El problema que existe para acceder a la información subyace en que la documentación es mayoritariamente de procedencia masculina, y en ella las mujeres han quedado silenciadas (1). No obstante, desde la segunda mitad del pasado siglo, el nacimiento y desarrollo de la *Gender History* y los *Women's Studies* en el mundo anglosajón significó una importante inyección para la incorporación de este tipo de estudios a las universidades europeas. La construcción de un marco teórico y conceptual, acompañado de la incorporación de importantes categorías analíticas como la de género¹ en el terreno de la metodología, ha obtenido y sigue obteniendo excelentes resultados. En la España de los ochenta del pasado siglo, la creación de Seminarios e Institutos de Investigación dedicados a los estudios de género representó un importante impulso a la investigación. Más adelante, con la implantación del Sistema Europeo de Educación Superior, se fueron incorporando asignaturas específicas a los planes de estudios tanto del Grado como del Máster. Esto ha consolidado una línea de investigación que, a día de hoy, cuenta con una notable producción bibliográfica e investigadora (2, 3).

Históricamente, las mujeres de cualquier cultura han sido las encargadas de realizar las tareas del cuidado y de velar por la salud de los miembros del grupo al que pertenecían. Su experiencia en los rituales del nacimiento, de la enfermedad, y la muerte les había facilitado un aprendizaje que comportaba un conjunto de conocimientos que, transmitidos de generación en generación, ellas tenían la responsabilidad de aplicar. A ese conocimiento empírico sobre el

¹ Género: es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres». Entonces, al hablar de género se está remitiendo a una categoría relacional y no a una simple clasificación de los sujetos en grupos identitarios; según la Organización Mundial de la Salud, se refiere a «los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres», orientado a visibilizar aquellas diferencias y desigualdades sociales entre hombres y mujeres que provienen del aprendizaje, así como los estereotipos, los prejuicios y la influencia de las relaciones de poder en la construcción de los géneros.

Sexo: se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres.

funcionamiento del cuerpo hay que sumar su capacitación y eficiencia en la elaboración de distintos remedios y preparados. Gracias al uso de las plantas medicinales procuraban el alivio necesario en los que lo necesitaban (4).

Analizar el papel que las mujeres han desarrollado a lo largo de las distintas civilizaciones como agentes de salud ha llevado a las historiadoras a plantear una genealogía de la práctica sanitaria femenina en la historia. Es la manera de visibilizar lo invisible; es decir, de adjudicar a las mujeres un protagonismo en la historia de la medicina y sus profesiones mediante su contribución al procurar la salud y remediar la enfermedad de los que vivían a su alrededor. Frente a la visión androcéntrica tradicional que ha sobrevalorado la profesionalización de la actividad médica masculina es preciso, desde la perspectiva de género, resaltar y poner en el lugar que les corresponde a las actividades femeninas curativas y de sanación, dado que durante siglos fueron actividades complementarias a la medicina académica.

Existe evidencia de que la mujer practicaba la medicina desde el año 3500 a.C. (5). En la antigua Mesopotamia, existían mujeres empíricas llamadas Šabsutu encargadas de los partos y de la curación de heridas a base de plantas medicinales (6).

En torno al 2700 a.C., en Egipto, Merit Ptah, denominada médica jefe, se convirtió en la primera médica citada por su nombre en la historia. También se sabe que en Sais y Heliópolis existían escuelas de medicina o “casas de vida” para mujeres desde el año 3000 a.C., en las que las mujeres aprendían a enfrentarse a las enfermedades ginecológicas, a asistir partos y a cuidar a los recién nacidos (7). Alrededor de 2300 a.C., vivió Peseshet, conocida por supervisar a otras médicas en Sais y ser docente en obstetricia.



Figura 1.1 Merit Ptah

En la antigua Grecia existieron numerosas mujeres relacionadas con la práctica de la medicina, si bien, no es tarea fácil encontrar sus nombres ya que eran borrados y resultaba difícil que se las reconociera como profesionales de la medicina. Los griegos, al igual que los egipcios,

distinguían entre las mujeres empíricas dedicadas a la obstetricia “maia”, y las mujeres médicas “iatriñê” (8).

Agnodice es reconocida como la primera científica de la historia y la primera mujer en ejercer la medicina de forma profesional, según el relato del escritor latino Hyginus. Nacida en la Atenas del siglo IV a.C., su interés por la salud de las mujeres le impulsó a estudiar medicina, razón por la cual se trasladó a la ciudad de Alejandría. Vestida de hombre asistió a las clases impartidas por reputados médicos de la época y, de vuelta a Atenas, se dedicó a la ginecología y obstetricia. Es considerada una de las primeras mujeres atenienses que lucharon contra la discriminación femenina. En aquellos tiempos, las mujeres eran consideradas seres inferiores que no tenían capacidad cognoscitiva, lo que las incapacitaba para el estudio. Tampoco podían participar en la actividad pública ni ejercer profesión alguna. Agnodice se hacía pasar por hombre, pero en secreto, revelaba su identidad a sus pacientes (9). Las mujeres en aquella época no consentían ser exploradas por los hombres. Agnodice aumentó rápidamente su clientela, ya que las mujeres se sentían seguras con ella. Este hecho produjo gran malestar entre los médicos puesto que les reducía pacientes e ingresos. Los médicos de la ciudad la acusaron de violación y fue conducida ante el Consejo. Una vez allí, Agnodice, reveló su identidad siendo absuelta del citado hecho, pero fue denunciada de nuevo por practicar la medicina siendo mujer. Se ejerció una gran presión social por parte de las mujeres para que su médica fuese de nuevo absuelta. Las mujeres se negaron a mantener relaciones sexuales para no quedarse embarazadas y tener que parir. Finalmente, los magistrados la absolvieron permitiéndole ejercer la medicina con la condición de que vistiera cual mujer. Al año siguiente de producirse estos hechos, se modificó la ley para que las mujeres tuvieran acceso a los estudios de medicina y pudieran ejercer como médicos. A cambio sólo podían tratar a mujeres (10).



Figura 1.2 Agnodice

En el Tetrabiblion, una enciclopedia médica escrita por Aetius, médico personal del emperador bizantino Justiniano I, se hace alusión a Aspasia de Mileto. Se ha fijado su nacimiento

y muerte entre los años 470-410 a.C. Aspasia provenía de la ciudad jónica de Mileto, donde las mujeres gozaban de más libertad que en Atenas, allí se instaló con su familia cuando tenía veinticinco años y ejerció de hetaira. Con este término se denominaba a las mujeres que se movían con cierta libertad entre los hombres, incluyendo la sexual, y tenían cierto acceso a la cultura. No se sabe si Aspasia creó una escuela de Retórica al estilo jonio o de hetairas, pero tendría una gran influencia como consejera matrimonial y maestra de Retórica. Además fue una destacada científica, ginecóloga y cirujana (11). Desarrolló ciertos conocimientos para asistir partos de riesgo como la presentación de nalgas. Aspasia fue una mujer inteligente que se relacionaba con los filósofos y políticos de su época, pero también fue criticada por Aristófanes². Mantuvo una relación sentimental con Pericles durante más de veinte años. Fue precisamente esta relación la que le costó un proceso judicial plagado de acusaciones en su contra y la condenó al ostracismo a pesar de su contribución a la política, la filosofía y la ciencia (12).



Figura 1.3 Aspasia de Mileto

Aproximadamente en los años 200-400 d.C., aparece el primer documento médico atribuido a una mujer *Sobre las enfermedades y curas de la mujer*. Su autora, Metrodora, fue una médica griega de origen egipcio, extremadamente culta que escribió distintos textos donde describía su práctica diaria. Su obra aparece estructurada en tres partes; en la primera expone las diferentes causas de las enfermedades, la segunda está dedicada a describir la etiología y sintomatología de aquéllas y en la tercera explica los diversos remedios para su tratamiento y curación. Se trata de un tratado ginecológico centrado en las enfermedades que afectan a los órganos femeninos como las mamas y el útero, planteando, además, su relación con la esterilidad. Aporta también tres recetas anticonceptivas (8). Sus escritos fueron muy utilizados en Grecia y Roma, hasta llegar a la Edad Media donde fueron olvidados. Se considera la autora de la primera enciclopedia médica

² Aristófanes (450-385 a.C.) fue un dramaturgo griego crítico con la política y las figuras representativas de la ciudad de Atenas.

alfabetizada ya que usó encabezados alfabéticos para facilitar la búsqueda de referencias. Metrodora trabajó fundamentalmente como ginecóloga y cirujana. A ella se relacionan el uso del espéculo y el tratamiento de las infecciones vaginales. También sugirió tratamientos para la metrorragia, e ideó un tapón que sirvió para tratar las infecciones vaginales, y como anticonceptivo.



Figura 1.4 Metrodora

En la Edad Media se distinguen dos períodos; durante el primero, que abarca desde el siglo VI al IX, la medicina se considera empírica. Laín Entralgo la considera “Etapa Cuasitécnica” (13) y muchos historiadores la denominan “Medicina Monástica” (1). Existieron monasterios femeninos donde las monjas tenían el mismo acceso a los escritos médicos que los monjes y, por tanto, pudieron dedicarse a la enfermería de los monasterios y de los primeros hospitales al igual que los hombres. A lo largo del medievo tanto hombres como mujeres tuvieron acceso a la práctica de la medicina en sus cenobios. La formación era eminentemente práctica, aprendiendo de practicantes más experimentados a los que acompañaban en sus tareas.

En el s. IX se funda la Escuela Médica de Salerno que fue el primer centro laico de enseñanza de la medicina en Europa. Además, fue la primera institución en brindar a las mujeres el acceso al estudio de la medicina (14). Alrededor del siglo XI-XII destaca la figura de Trota de Salerno (15). Se hace referencia a ella como una de las Damas de Salerno, mujeres que se dedicaban a la medicina. Se desconoce con certeza su origen, pero se supone que pudo formarse en la propia Universidad de Salerno y pasar a ser una de las primeras profesoras de medicina de la historia. Se le atribuyen dos obras con relevancia para la posteridad. La primera conocida por varios nombres: *Trotula major*, *Trotulae curandarum aegritudinum mulierorium ante et post partum*, o *Passionibus Mulierum Curandorum* (Las Dolencias de las Mujeres), constituye un tratado de Ginecología y Obstetricia, formado por varios escritos que abarcan temas como la menstruación, la concepción, el embarazo, el parto o el control de la natalidad. La segunda obra, llamada *Ornatu Mulierum* o *Trotula minor*, es un tratado sobre la cosmética, el cuidado de la piel y la higiene como prevención

de enfermedades (16). Estos textos fueron muy populares en los siglos XIII y XIV, incluso fueron traducidos del latín al francés, inglés, alemán y catalán (17, 18).

Se hace referencia a ella como una de las *Mulieres Salernitae* o Damas de Salerno, mujeres que se dedicaban a la medicina, junto a Constanza Calanda, hija del Decano de la Facultad de Medicina de Salerno que obtuvo el título de Doctora en Medicina en la Universidad de Nápoles en el año 1423, Rebecca Guarna, Abella y Mercuriade.



Figura 1.5 Trota de Salerno

El ejemplo de Trota es otro más para atestiguar que eran las mujeres las que se ocupaban principalmente de las enfermedades femeninas, en particular las relacionados con temas ginecológicos y obstétricos. Parece que hasta el s. XIV las mujeres podían asistir libremente el parto, administrar medicamentos, y tratar igualmente a los hombres. A finales del siglo XIV había quince mujeres autorizadas como médicas en Alemania (19). Este número aumentó considerablemente en la centuria siguiente ya que el emperador contrató a varias de ellas para la atención de los pobres. Pero a partir de entonces, no se permite la práctica de la medicina sin licencia y la medicina pasa a estar monopolizada por los hombres.

La historia sobre la germana Hildegarda (1098-1179), abadesa de Bingen, se encuentra bien documentada. También conocida como la “Sibila del Rin” por sus cualidades adivinatorias, Hildegarda gozó de gran influencia moral y social entre reyes, nobles, emperadores y papas, convirtiéndose en su consejera, algo impensable para una mujer en aquella época. Fue monja benedictina (abadesa y fundadora de dos monasterios donde impulsó determinadas iniciativas reformadoras), teóloga mística, escritora de una obra poética, compositora musical, y científica destacada en el campo de la medicina y la farmacopea. Fue la autora de tres grandes libros visionarios: el *Scivias*, el *Liber vite meritorum*, y el *Liber divinorum operum* y varias obras breves. En relación al último apartado destaca su *Liber subtilatum diversarum naturarum creaturarum* (libro sobre las propiedades naturales de las cosas creadas), un compendio del saber científico y

cosmológico de su época, que posteriormente ha sido publicado de forma parcial. Estudia de Dioscórides, Galeno y Celso y conocedora de la obra de Avicena, estableció las relaciones existentes entre el cuerpo y los medicamentos naturales, procedentes del mundo vegetal, animal y mineral incidiendo, además, con sus efectos sobre la psique (15). La medicina de la abadesa se centró en la responsabilidad que cada individuo tiene sobre su propia salud. Asimismo, en su obra destacan diversas recomendaciones sobre las enfermedades de la piel (16). En la parte titulada *Cause et cure* aborda el orgasmo femenino sin escrúpulos. Apoyándose en sus conocimientos médicos, afirmó que la mujer siente placer al igual que el hombre. Algunas historiadoras consideran que Hildegarda, a pesar de ser monja y no haber tenido nunca experiencias de carácter sexual, fue la primera persona que planteó la liberación sexual femenina y que abordó el acto sexual como algo más allá de la procreación. En su obra hizo un replanteamiento del Génesis, explicando cómo el culpable del pecado original fue Satán, quien envidioso por la única cualidad de Eva que él no podía poseer; la creación de vida, envenenó la manzana que comió Adán culpando a Eva del trágico suceso. A Hildegarda se le considera una protofeminista y posiblemente, la primera sexóloga de la historia (16), así como una avanzada en la utilización de la música como técnica curativa, lo que hoy llamamos musicoterapia.

Durante el siglo XV las Universidades Italianas permitieron el acceso de las mujeres a sus estudios. Esto permitió que algunas de ellas destacaran en el terreno de la medicina durante la Edad Media.



Figura 1.6 Hildegarda

Dorothea Bucca (1360-1436), pudo estudiar Medicina y Filosofía Moral en la Universidad de Bolonia, una de las instituciones que permitía el acceso de las mujeres a los estudios universitarios, convirtiéndose así en la primera mujer que obtuvo una licenciatura universitaria en 1390. Su valía científica y personal le ayudaron a lograr una Cátedra en dicha universidad, desde la

cual ejerció su magisterio como profesora de medicina durante cuarenta años, siendo la continuadora de la labor docente que había desempeñado su padre previamente.



Figura 1.7 Dorotea Bucca

Hasta el siglo XII-XIII en los que se empieza a formar el sistema sanitario, no hubo oposición para que las mujeres ejercieran la medicina. De hecho, durante los siglos XIII-XV en muchas ciudades europeas encontramos a numerosas mujeres ejerciendo sus actividades en todas las ramas de la medicina pudiendo realizar sangrías, abrir el cuerpo para extraer tumores, administrar medicamentos, recetar purgaciones y practicar amputaciones y tratar igualmente a los hombres. Como cirujanas y parteras podían asistir libremente el parto y extraer el feto del útero materno cuando la ocasión lo necesitaba. Muchas de ellas se encuentran formando parte de los gremios como cirujanas en ciudades de Francia, Estados Italianos, Inglaterra, Suiza e Imperio alemán; en concreto la ciudad de Londres contaba con treinta y siete cirujanas en el año 1511. Una sanadora inglesa del siglo XVI que alcanzó una gran notoriedad fue Lady Grace Mildmay (1552-1620), quien se dedicó al estudio y a la práctica de la medicina como un acto de caridad (20).

Sin embargo, a finales del siglo XV el afán reglamentista de los estados modernos permitió la intervención en la asistencia sanitaria que pasaría a estar controlada por los hombres, los únicos que podían acceder a los estudios oficiales. Las mujeres fueron excluidas de los gremios y de las universidades y en adelante solo podrían ejercer como parteras, siempre que contaran con una licencia del municipio donde ejercían su oficio. A partir de entonces, no se permitió la práctica de la medicina sin licencia y la medicina pasa a estar monopolizada por los hombres. Los conflictos aparecen una vez se constituye el sistema universitario que da pie a una organización sanitaria. Sólo los hombres tienen acceso a la universidad y sólo los titulados pueden practicar la medicina. Los casos de las mujeres que han sido expuestos, fueron ejemplos aislados, ya que el acceso de las mujeres a la universidad en aquella época no estaba permitido. Y, paralelamente en esa línea, los hombres se ocuparon muy bien de no admitir a las mujeres en las juntas de médicos. El problema se planteó ante la evidencia de que no había suficientes titulados para atender a toda la población y

que, además, su dedicación y ejercicio respondía a un carácter meramente lucrativo; no querían atender al que no tenía dinero, ni prestar sus servicios en el medio rural.

La clase alta tenía acceso a los médicos, hombres, en algunos casos eclesiásticos que, bajo la protección de la Iglesia, cobraban por sus servicios. Las mujeres fueron relegadas al cuidado de los enfermos en el espacio doméstico, a la asistencia de las mujeres embarazadas, y algunas se emplearon como sanadoras. Las curanderas fueron, en muchos casos, la única vía de acceso a la medicina de la gente sin recursos; conocedoras de las propiedades terapéuticas de las plantas, sabían elaborar pocimas y brebajes con los que curar dolencias específicas como el mal de ojo, las fiebres de origen diverso, y los dolores musculares y articulares. Estas mujeres aplicaban remedios que se venían usando desde tiempos pasados, transmitidos de forma casi siempre oral y de generación en generación. Algunos de estos remedios se componían de hierbas medicinales que todavía conservan su lugar en la medicina actual, por ejemplo, la ergotamina, la belladona y los digitálicos (21).

Pero llegó un momento en que la práctica del curanderismo se tornó especialmente peligrosa para las mujeres. Se relacionó el conocimiento de plantas medicinales con la práctica de la brujería. Muchas mujeres curanderas fueron acusadas de brujas, un término terrible para designar a las personas que rendían culto al demonio. La cacería de brujas comenzó en la Edad Media y se llevó a cabo entre los siglos XIII-XVIII; fue un largo período en el que hubo momentos álgidos, coincidentes con otros problemas estructurales e ideológicos de la etapa moderna. En 1512 el rey de Inglaterra promulgó una ley que prohibía el ejercicio de la medicina a toda persona que no se hubiese graduado en las Universidades de Oxford o Cambridge, hubiese sido examinada por el Obispo de Londres o el Decano de la Catedral de St. Paul junto con cuatro doctores. Esta ley se creó debido a la presión ejercida por médicos, farmacéuticos y cirujanos, y sirvió para obstaculizar el contacto entre las mujeres y los pacientes. En el mismo año se dictaron una serie de leyes contra la brujería y sus agentes, las brujas, en las que se desarrollaba todo un sistema procesal y penal imponiendo distintas penas hasta la condena a muerte. La cacería de brujas afectó mayoritariamente a las mujeres. Miles de mujeres inocentes, en una cifra incierta pero cercana a las cien mil, murieron quemadas en la hoguera al ser catalogadas de brujas, es decir, agentes de Satán (22). La Iglesia Católica y la Inquisición pusieron un gran énfasis en la persecución de las llamadas brujas en el s. XV. *La Bula Summis desiderantis affectibus* promulgada por Inocencio VIII en 1484 y tres años más tarde, la publicación del *Malleus Maleficarum* o Martillo de las brujas escrito por los monjes dominicos alemanes Institor y Sprenger ejercieron una influencia decisiva en este período. En este último tratado, que fue utilizado en Europa durante más de trescientos años para acusar a las mujeres de pactar con el diablo, se recogen los métodos para enjuiciar y torturar a las brujas. Según viene detallado en la obra, las mujeres contaban con más probabilidades de caer en la brujería porque eran más supersticiosas, estúpidas y débiles que los varones.

En el siglo XVI, la ruptura de la Cristiandad y la aparición de la Reforma en el continente europeo, junto a las profundas transformaciones operadas en la estructura económica y la sociedad estamental, crearon un ambiente propicio a la conflictividad social que se iba a materializar en las llamadas guerras de religión; en ese clima de incertidumbre clérigos católicos y pastores protestante, a los que muy pronto se unieron jueces civiles y hombres de ciencia, iniciaron la búsqueda de chivos expiatorios que explicaran la situación. En ese contexto las mujeres, como colectivo más vulnerable y expuesto, se convirtieron en las víctimas propiciatorias del mayor feminicidio cometido hasta ese momento, que tendría su momento álgido en la segunda mitad del siglo XVI y la primera del siglo XVII, entre 1580 y 1650.

No todas las mujeres que se dedicaban a curar fueron juzgadas como brujas, ni todas las denominadas brujas eran sanadoras, pero una cualidad que compartían en común todas las mujeres que fueron llevadas a juicio por ejercer la brujería fue poseer “una lengua endiablada”, es decir, eran mujeres críticas con sus entornos y con la gestión de sus comunidades. En realidad, llevaron a la hoguera a todas aquellas mujeres que cuestionaban la posición de inferioridad que les había adjudicado el patriarcado a través del estado y de la iglesia como instrumentos de control y de represión (23). La caza de brujas empezó a remitir en la segunda mitad del siglo XVII, tras finalizar la Guerra de los Treinta Años (1618-1648), considerada la última de las guerras de religión, lo que no evitó episodios fuera de Europa como el ocurrido en Salem, Nueva Inglaterra, una de las trece colonias inglesas en el norte del continente americano, en los años noventa. En Inglaterra el último juicio fue llevado a cabo el año 1712.

Durante el siglo XVII en algunos ambientes de la sociedad europea los hombres comenzaron a tener acceso a la atención médica practicada por mujeres. Hasta entonces las parteras habían sido generalmente mujeres y lo continuarían siendo, al menos las que asistían a mujeres de la nobleza y realeza europeas. Louise Bourgeois (1563-1636), la partera de la reina francesa María de Medicis, dejó por escrito su obra *Observaciones diversas* que fue estructurada en más de cincuenta capítulos, en la que se abordó temas como el aborto, la fertilidad, la esterilidad, el parto y enfermedades de la mujer y los recién nacidos (24), convirtiéndose así en unas de las primeras mujeres en publicar un libro científico sobre su especialidad (19). En el Imperio alemán, por su parte, Justine Dietrich fue la encargada de asistir los partos de la esposa del rey Federico I de Prusia, dejando igualmente una obra publicada en 1689. En Inglaterra Jane Sharp escribió *El libro de las parteras sobre el arte de la obstetricia* (1671) que alcanzó varias ediciones.

Con la aparición del fórceps obstétrico que fue inventado por Peter Chamberlen (1560-1631), los hombres empiezan a tratar a las parturientas. El fórceps fue considerado un instrumento quirúrgico y, como tal, podía ser utilizado únicamente por hombres cirujanos barberos tal y como prescribían las leyes y normas medievales. Al principio las mujeres no querían ser tratadas por

hombres porque en la mentalidad de la época la intervención masculina estaba asociada a los partos difíciles pero, con los años, esta práctica acabó imponiéndose ya que ser tratada por un hombre/médico se asociaba a mejor salud y mayor estatus social (25). Esta moda desplazó a las mujeres parteras del cuidado de la mujer; el número de parteras empezó a descender puesto que muchas mujeres fueron sustituidas por hombres, considerados más habilidosos. En manos de los cirujanos barberos, el parto pasó de ser un servicio vecinal a un acto lucrativo. Las parteras de Inglaterra denunciaron el intrusismo y el mal uso del fórceps pero fueron calladas y acusadas de ignorantes (21). Los hospitales seguían controlados por la Iglesia y la administración civil bajo el mando de las congregaciones religiosas. En este sentido, la Iglesia fue determinante a la hora de relegar a la mujer un papel secundario en la sociedad, ya que no le permitió el acceso a la administración de los servicios religiosos. De esta manera se hizo evidente las diferencias de género en los cuidados de la salud y en la gestión sanitaria: los médicos diagnosticaban y prescribían, los cirujanos barberos operaban, y las monjas atendían a los pacientes. Los enfermos que permanecían en casa eran atendidos por los familiares que permanecían en ella, es decir, las mujeres (16).

A finales del s. XVIII la profesión médica estaba bien organizada en manos del hombre. La mujer jugaba un rol totalmente secundario en la sociedad, no se le permitía el acceso a la universidad donde se impartía Medicina, ni ninguna otra actividad fuera del ámbito doméstico y del cuidado de los hijos.

En este período destaca la figura de Dorothea Christiane Leporin conocida también como Dorothea Erxleben cuya vida transcurrió entre 1715-1762, siendo la primera mujer alemana en acceder a los estudios de Medicina (26). Dorothea nació en el seno de una familia de clase media liberal y fue instruida por su padre, médico de profesión. También la científica Laura Bassi, profesora de Anatomía de la Universidad de Bolonia, ejerció una gran influencia para que Dorothea se dedicase a la medicina. Dorothea accedió a la Universidad de Halle en 1751 gracias a una dispensa que le fue concedida por el propio Federico II el Grande, y se graduó como doctora en 1754 con una tesis escrita en latín con el título de *Examen de las causas que alejan a la mujer del estudio*. Su inclusión en la universidad fue bastante criticada, ya que en ese momento la mujer no estaba autorizada a practicar ningún cargo público por ley, y no se entendía para qué iba a estudiar medicina si no podría ejercer. Tras su graduación, se dedicó a la curación y cuidado de personas pobres del sexo femenino y niños. En su Tesis Doctoral analizó los obstáculos que impedían a la mujer ejercer la medicina, que según ella eran la familia y las ocupaciones domésticas, junto a los prejuicios sociales.

Posteriormente, otras mujeres intentaron estudiar medicina, pero sólo consiguieron el título de parteras. El caso de Dorothea puede considerarse, además de una excepción, el antecedente del acceso de las mujeres a la universidad que dio comienzo un siglo después. Ella ejemplarizó el interés

de las mujeres por acceder a los estudios universitarios y la elección de la Medicina como disciplina académica y ejercicio profesional (27).



Figura 1.8 Dorotea Erxleben

Durante el siglo XVIII el sistema filosófico de la Ilustración consideraba la educación como una clave para el progreso de la humanidad, según su ideario con la luz de la razón se podrían eliminar los numerosos prejuicios que, de manera continuada y de forma tradicional, seguían caracterizando a la sociedad europea. A raíz de la polémica sobre los beneficios de la educación, diversos autores reclamaron el derecho de las mujeres a la educación y al conocimiento e insistieron en las similares capacidades de varones y mujeres. Hizo falta que autores masculinos de reconocido prestigio negaran la inferioridad femenina en lo que se refiere a la inteligencia y a su capacidad cognoscitiva para que la sociedad se dispusiera a considerarlo. Uno de ellos fue el filósofo francés François Poullain de la Barre (1647-1725) que en 1673 publicó *De l'Égalité des deux sexes, discours physique et moral où l'on voit l'importance de se défaire des préjugés*, obra seguida un año después por otra con el significativo título de *De l'Éducation des dames pour la conduite de l'esprit dans les sciences et dans les mœurs, entretiens*, reconociendo la inteligencia femenina y sus aptitudes para ser objeto de educación. En España, como luego veremos, la controversia se hizo realidad en 1726 cuando Fray Benito Jerónimo Feijoo (1676-1764), uno de los intelectuales más reputados del momento, religioso benedictino para más señas, en uno de los discursos contenidos en su *Teatro crítico universal* que fue, sin duda ninguna, su obra más polémica, declaró que “el talento no tiene sexo” negando con ello que sólo los hombres fueran capaces de acceder al conocimiento. En dicho discurso titulado *Defensa de las mujeres* podemos leer sus argumentaciones (28):

“Estos discursos contra las mujeres (que les atribuyen escasas aptitudes intelectuales) son de hombres superficiales. Ven que por lo común no saben sino aquellos oficios caseros a que están destinadas, y de aquí infieren (...) que no son capaces de otra cosa. El más corto lógico sabe que de la carencia del acto

a la carencia de la potencia no vale la ilación; y así de que las mujeres no sepan más no se infiere que no tengan talento para más (...) la alma no es varón ni hembra”³

En oposición a ellos, la mayoría de los intelectuales discrepaban de sus afirmaciones. No en vano, el pensamiento de la misoginia tradicional había realizado afirmaciones que, reiteradas en el tiempo y retroalimentándose de similares asertos, habían calado profundamente en la mentalidad de la época. Quizás el autor más representativo de esta época sea el filósofo ginebrino Jean Jacques Rousseau (1712-1778) que, en su ideario político desmonta las bases de la sociedad estamental abogando por una sociedad nueva basada en la igualdad de los ciudadanos. Sin embargo, en su utopía igualitaria las mujeres no tuvieron cabida sino todo lo contrario, quedarían al margen de la sociedad, definidas por su naturaleza, excluidas de la esfera pública y confinadas al espacio doméstico donde se convertirían en perfectas esposas y madres, sancionando con ello el arquetipo de mujer doméstica enarbolado por la burguesía. La idea que tenía sobre la educación femenina fue desarrollada en profundidad en su obra *Emilio o la educación* donde queda expresada con una claridad manifiesta:

“Toda la educación de las mujeres debe estar referida a los hombres. Agradarles, serles útiles, hacerse amar y honrar de ellos, educarlos cuando niños, cuidarlos cuando mayores, aconsejarlos, consolarlos, hacerles grata y suave la vida, son las obligaciones de las mujeres de todos los tiempos y esto es lo que desde su niñez se les debe enseñar” (29) .

Volviendo al caso de la sociedad española, muy tradicional, marcada por la fuerte influencia de la iglesia, las semillas sembradas por Feijóo parecieron diluirse ante la vorágine de textos morales y la literatura normativa prescrita por los clérigos. La difusión de textos canónicos sobre la inferioridad de las mujeres volvió a ser enarbolado por el patriarcado para descalificar a las mujeres que estaban obteniendo un cierto protagonismo en la denominada *Cultura de la conversación* y en la *República de las Letras*. De esta manera vuelven a cobrar fuerza los discursos morales de numerosos escritores de época anterior que habían fijado la identidad femenina y forjado el arquetipo ideal de mujer como los escritos por Huarte de San Juan (1529-1588) en su obra *Examen de ingenios*, obra publicada en 1575, donde puede leerse lo siguiente:

“Cuando Dios formó a Adán y Eva, es cierto que primero que los llenase de sabiduría, les organizó el cerebro de tal manera que la pudiesen recibir con suavidad, y fuese cómodo instrumento para con ella poder discurrir y raciocinar (...) llenándolos Dios a ambos de sabiduría, es conclusión averiguada que le cupo menos a Eva, por la cual razón dicen los teólogos que se atrevió el demonio a engañarla y no osó tentar al varón temiendo su mucha sabiduría. La razón de esto es, como adelante

³ Benito Jerónimo Feijóo: su mente racional y crítica le hizo poner de relieve las numerosas deficiencias y prejuicios existentes en la cultura oficial y en las creencias populares. En este sentido cabe citar otra de sus obras titulada *Apología del escepticismo médico*, publicada en 1727.

probaremos, que la compostura natural que la mujer tiene en el cerebro no es capaz de mucho ingenio ni de mucha sabiduría”(30) .

En la forja del modelo femenino ideal, sin duda alguna, la obra más significativa fue *La perfecta casada* publicada en 1583 por la pluma del teólogo y religioso agustino Fray Luis de León (1527-1591) en la que ratificaba la incapacidad intelectual femenina. Esta obra, que en realidad un manual de conducta para las mujeres, acabó convirtiéndose en la obra de referencia para ellas, con reediciones periódicas durante las centurias siguientes, incluido el siglo XX. De hecho, en la dictadura franquista fue un libro de obligada lectura para las mujeres que iban a contraer matrimonio. En él su autor escribía las palabras que se leen a continuación:

“Así como a la mujer buena y honesta la naturaleza no la hizo para el estudio de las ciencias ni para los negocios de dificultades, sino para un solo oficio simple y doméstico, así les limitó el entender y, por consiguiente, les tasó las palabras y las razones”(…) “pues no la dotó Dios del ingenio que piden los negocios mayores ni de fuerzas las que son menester para la guerra y el campo, mídense con lo que son y conténtense con lo que es de suerte, y entiendan en su casa y anden en ella, pues las hizo Dios para ella sola” (31) .

Pese a ello, en el siglo ilustrado, gracias al espíritu reformista de los diferentes reinados, la necesidad de avanzar en todos los terrenos mediante innovaciones de cualquier tipo, los cambios adoptados en las costumbres, el impulso a la cultura, el protagonismo de algunas mujeres reivindicando un papel en el espacio público y el fuerte dinamismo social, propiciaron un cambio de mentalidad y un profundo debate sobre la educación de las mujeres que se saldó a favor de una instrucción y aprendizaje de un oficio para las niñas de los grupos populares y una educación con unos contenidos mínimos -lectura, escritura y cuentas- para las hijas de los grupos sociales superiores (32).

Un siglo más tarde personajes y figuras masculinas muy relevantes del panorama político y científico de la época, continuaron posicionándose en la estela de Rousseau, elaborando una serie de discursos en contra de la capacitación intelectual de las mujeres y de sus aptitudes para acceder a los estudios. No importaba la filiación política ni que las ideas fueran retrógradas o progresistas. El revolucionario Proudhon (1809-1865) fue uno de los que más atacó al feminismo declarando a la mujer inferior física, intelectual y moralmente (27).

Durante la primera mitad del s. XIX, se realizan los primeros descubrimientos de la Medicina moderna, se producen avances científicos y se introducen nuevas técnicas de laboratorio. La Medicina moderna se caracterizó por la profesionalización y la continua masculinización del sector debido a que las mujeres no podían acceder a los estudios necesarios para la práctica (25). La función social de la mujer estaba ligada a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos; el

modelo femenino por excelencia venía denominado como el ángel del hogar. Algunas mujeres realizaban trabajos remunerados en el mercado laboral extra-doméstico, como en talleres y fábricas, estando muchos de ellos ligados a las actividades consideradas tradicionalmente como femeninas, o relacionadas con el hogar: lavanderas, tejedoras, bordadoras, cocineras, amas de llaves, floristas, etc.

La ocultación de la identidad femenina fue un recurso al que nuevamente recurrieron algunas mujeres que tenían empeño en estudiar y ejercer la medicina como una profesión. Este es el caso de James Barry. El Dr. James Barry (1795–1865) nació en Londres y estudió en la Universidad de Edimburgo graduándose en 1812 con 17 años. Su Tesis Doctoral se centró en el abordaje de la hernia intestinal. Se unió a la armada británica como cirujano y trabajó para ella durante casi medio siglo, llegando a convertirse en inspector médico de los hospitales del ejército británico en Malta (33, 34). En 1826 realizó la primera cesárea que resultó exitosa, en la que ambos, madre e hijo, resultaron ilesos. A su muerte se descubrió que en realidad era Miranda Stuart Barry. Una mujer que, para sortear los obstáculos que se interponían a su verdadera vocación que no era otra que la medicina, se decidió a adoptar la identidad masculina y vivió como un hombre toda su vida. Un caso similar lo encontramos en la suiza Henriette Faver Caven (1791-1856), nacida en 1791; los avatares de su vida familiar y personal en el curso de las guerras napoleónicas le permitieron trasladarse a París donde estudió Medicina tras haber adoptado la identidad masculina. Como médico cirujano estuvo con las tropas francesas en España de donde partiría hacia las islas del caribe para terminar instalándose en Cuba en 1819, llegando a formar parte del Protomedicato de Baracoa (35).

El s. XIX es crucial en la historia del acceso de las mujeres a la universidad. Tal y como nos cuenta Alicia Itatí (27), el proceso fue lento y estuvo enmarcado en un contexto de luchas feministas por la igualdad de derechos de ambos sexos. El acceso de las mujeres a la universidad empezó en E.E.U.U, en escuelas médicas exclusivas para mujeres. E.E.U.U representaba en el s. XIX un país joven, el cual carecía de tradiciones fuertemente arraigadas como en el caso de los países europeos y que brindaba a las mujeres más oportunidades ya que sus políticas eran más laxas. La inclusión del sexo femenino en la universidad continuó en Europa, en concreto, en Zúrich, París e Inglaterra. Es muy significativo que la mayoría de las primeras universitarias se decantaran por la Medicina. El clima generado en Norteamérica tras la guerra civil propició que las mujeres se hicieran cargo de las actividades que habían sido desempeñadas exclusivamente por los hombres. La mujer norteamericana se caracterizaba por su independencia, por el acceso a la educación y su participación social y política, destacando su rol importante en la lucha contra la esclavitud. En el s. XIX se crearon un total de diecisiete escuelas médicas en E.E.U.U y siete hospitales que ofrecían formación a las mujeres (36). El Oberling College fue la primera universidad que empezó a aceptar

mujeres en el año 1837, aunque el currículum fuera distinto para ambos sexos y en 1838 Horace Mann creó la primera Escuela Normal para mujeres en Massachusetts. Poco tiempo después se crearon instituciones a las que podían asistir exclusivamente mujeres, lo que dio paso a la creación de colegas independientes y de prestigio a los que acudían mujeres de todo el mundo.

En líneas generales, existió una gran oposición al acceso de la mujer a los estudios superiores por parte del propio alumnado masculino. El caso de Harriot Hunt (1805-1875) pone de manifiesto estas reticencias tan comunes en la época. En su obra *Glances and glimpses, or, Fifty years social, including twenty years professional life* publicada en 1856 narra las dificultades que le impidieron acceder a los estudios de Medicina, incluyendo la negativa de la Universidad de Harvard en el año 1847 (37). Tres años más tarde le permitieron asistir a las clases como oyente junto a los alumnos negros, pero finalmente, los prejuicios misóginos y racistas propiciaron que ninguno de estos alumnos llegase a graduarse. No obstante, siguió practicando la medicina y, dado el prestigio que había alcanzado fue nombrada Doctora Honoraria por el Colegio Médico de Mujeres de Pensilvania. Además de profesional de la medicina, Harriot fue una activista que luchó por la abolición de la esclavitud y por los derechos de las mujeres.

Elizabeth Blackwell (1821-1910) fue la primera mujer que se graduó en Medicina en E.E.U.U. en el año 1849. En su bibliografía dejó muy bien detallado el esfuerzo que tuvo que realizar para llegar a convertirse en médica y poder ejercer la profesión (38). Elizabeth se planteó por primera vez estudiar medicina cuando una mujer enferma de su entorno le comentó que le hubiese gustado ser tratada por una mujer médica. La idea de estudiar Medicina era nueva para ella, pero persistió en su cabeza hasta que finalmente decidió informarse de los pasos a seguir para convertirse en médica. Consultó a diferentes amigos médicos de su familia, los cuales le disuadieron de hacerlo puesto que el camino que debía recorrer estaba lleno de obstáculos para una mujer. Esta idea fue calando hondo en sus pensamientos llegando incluso a convertirse en una lucha moral. Ella que había luchado y se había manifestado constantemente en contra de la esclavitud, era consciente de las diferencias sociales del momento. Otro de los problemas a los que debía hacer frente era la cuestión monetaria por lo que decidió trabajar como profesora en Asheville, North Carolina para poder costearse los gastos. Finalmente, en 1847 se dirige a Filadelfia, cuya universidad estaba considerada la mejor institución americana para estudiar Medicina. Intentó matricularse en los cuatro colegios universitarios existentes sin conseguir un resultado favorable mientras llevaba a cabo estudios de Anatomía en la escuela privada del Dr. Allen. Posteriormente, volvió a la carga enviando solicitudes a distintos colegios universitarios de América y finalmente, obtuvo respuesta a su petición de admisión en el Geneva, situado en el Western New York, tras un acuerdo alcanzado entre profesores y alumnado. En su primera clase de cirugía asistieron muchos oyentes intrigados por su presencia. En sus memorias Elizabeth explica cómo se sentía observada cuando andaba por

la calle, cómo las esposas de los médicos no le dirigían la palabra y cómo percibía cierto rechazo y crítica hacia su persona. En 1848 decidió empezar su Tesis Doctoral sobre el tifus tras observar la alta mortalidad que causaba. Un año después realizó un viaje a Liverpool invitada por un primo, y de este modo pudo visitar varios hospitales ingleses, incluso tuvo la oportunidad de trabajar en el Hospital St. Thomas de Londres. De Inglaterra marchó a Francia para trabajar en la Maternidad de París. Posteriormente, su tesis fue aceptada y aplaudida, y en 1853 fundó un pequeño dispensario que posteriormente, en 1868 se convertiría en el New York Infirmary and College of Women (39). El programa de estudios del New York Infirmary ofrecía la posibilidad de asistir a disecciones para aprender Anatomía, una asignatura de Medicina Preventiva, y un curso de higiene (40, 41).

El caso de Elizabeth también fue una excepción; otras mujeres intentaron seguir sus pasos en E.E.U.U, pero no tuvieron la oportunidad de estudiar Medicina en las universidades convencionales. Cinco mujeres se matricularon a partir del 1851 en la Facultad de Medicina de la Reserva del Oeste, pero años más tarde se prohibió de nuevo el acceso a las mujeres en esta institución. Según recogió la propia Elizabeth Blackwell, en 1859 había unas trescientas mujeres médicas en E.E.U.U que habían sido formadas en distintos lugares. Era evidente que las mujeres necesitaban unos medios diferentes que los hombres para acceder a los estudios superiores. Elizabeth, al igual que otras mujeres pioneras, fue muy consciente de este hecho y luchó para que las mujeres contasen con más oportunidades y para que la formación que se les ofrecía fuese comparable a la de los hombres. Como podemos dilucidar en E.E.U.U también se mostraron reacios al acceso de las mujeres a las universidades y a la coeducación. Sin embargo, los movimientos sociopolíticos de la época lo hacían gozar de unas peculiaridades con las que no contaban los países europeos.



Figura 1.9 Elizabeth Blackwell

Gracias a un importante movimiento feminista y a la creación de Escuelas de Medicina para mujeres, numerosas estadounidenses consiguieron graduarse en Medicina, entre 1850 y 1882 se crearon cinco Escuelas de Medicina para mujeres.

Algunas de esas mujeres que siguieron la huella de Blackwell y colaboraron en la fundación del Hospital para mujeres pobres y niños de Nueva York fueron Emily Blackwell (1826-1910), hermana de Elizabeth y Marie Zakrewska (1829-1902).

Marie procedía de Berlín donde había ejercido de directora de matronas (19). Otra mujer pionera que trabajó con Elizabeth fue Mary Putnam Jacobi (1842-1906). Mary fue la primera graduada en la Facultad de Farmacia de Nueva York en 1863 y en 1864 alcanzó el doctorado en la Facultad de Medicina para Mujeres de Pensilvania, que fue la primera universidad en legalizar el acceso de las mujeres a la carrera de Medicina en el mundo (19). Posteriormente viajó a Francia con la idea de ingresar en la Universidad de París en 1871, donde sería la primera mujer en inscribirse para realizar el doctorado. Posteriormente volvió a Nueva York para trabajar en el New York Infirmary donde llevó a cabo su actividad como docente durante veinte años (42). Putnam desarrolló una carrera profesional muy activa, impartiendo clases en dos facultades de medicina, ejerciendo la medicina privada y atendiendo en una clínica de pediatría en el Mount Sinai. Fue autora de varias publicaciones, recibiendo el codiciado premio Boylston de Harvard por una publicación anónima (19).



Figura 1.10 Mary Putnam Jacobi

La inclusión de las mujeres en las asociaciones médicas estadounidenses tuvo que esperar hasta principios del siglo XX. La primera sociedad en aceptar a una mujer fue la Sociedad Médica del condado de Montgomery en Pensilvania, el resto de sociedades lo postergaron hasta bien entrado el siglo XX. En 1915 las mujeres fueron incluidas como miembros en la Asociación Médica Americana, año que se fundó la Asociación Nacional de Mujeres Médico (19).

En Europa, las universidades más relevantes en la historia del acceso de la mujer a medicina fueron probablemente las de Zúrich y París. A ellas acudieron mujeres de otros países europeos y de América, en particular numerosas rusas, las cuales se habían quedado sin posibilidad de estudiar en su propio país, desde que en el 1863 se prohibiera el acceso de las mujeres a la Universidad de San Petersburgo. En las universidades europeas la educación era compartida y el sistema educativo

era más riguroso; constaba de cinco cursos lectivos y de exámenes. Entre los años 1864 y 1871 se matricularon más de cien mujeres en la Universidad de Zúrich y se cuenta con documentos que constatan que en el año 1862 la citada universidad contaba con un total de 354 alumnos, entre los que había 63 mujeres; 51 de ellas estudiando medicina (23). La primera mujer que presentó su Tesis Doctoral en la Universidad de Zúrich fue Prokofevna Nadezhda Suslova en 1868, la cual afirmó en una entrevista: “Soy la primera, pero no la última. Tras de mí, vienen miles” (42) y ella sería la primera mujer europea en obtener el doctorado. Las alumnas rusas no eran muy bien aceptadas en Suiza ya que mostraban cierta libertad sexual, en 1874 se las acusó de radicalismo e inmoralidad y de estudiar Medicina con el propósito de realizar abortos (27).

En la segunda mitad del siglo XIX la situación europea era diferente según el país estudiado. En 1878 en Francia, el Congreso de Mujeres de París solicitó una serie de derechos para las mujeres entre los que constaba ser admitidas en todas las facultades universitarias. Años después, en 1885, el número de mujeres universitarias en la capital francesa había ascendido a un total de 103 mujeres, muchas de ellas provenientes de otros países europeos. La Universidad de San Petersburgo y una Escuela Médica Rusa abren sus puertas a las mujeres a partir del año 1870, sin embargo, el acceso fue denegado en 1881 (27). La Universidad de Gottingen aceptó a sus primeras alumnas en 1884, sin embargo, Alemania prohibió en 1887 el acceso de las mujeres a los estudios superiores, hasta que en 1898 aparecieron 162 mujeres matriculadas en la Universidad de Berlín (43).

En Inglaterra se restringió el ejercicio de la profesión médica a las universitarias británicas constituyendo el ejemplo de Elizabeth Blackwell un hecho aislado. Posteriormente, e influenciada por una conferencia impartida por Blackwell en 1859 con el título “Medicine as a profession for ladies”, Elizabeth Garrett intentó acceder a Medicina. Inicialmente comenzó a trabajar como enfermera de la sala de cirugía del Middlesex Hospital de Londres y consiguió asistir a clases de Medicina como alumna no oficial gracias a las influencias de su padre. Sus notas eran brillantes y muchos alumnos ofrecieron resistencia a que siguiera asistiendo a las clases pues consideraban su presencia de convivencia promiscua, además también solicitaban que se separasen las clases por sexo, lo que derivó en su expulsión (42). Tras muchos esfuerzos, Garrett consiguió acceder a las clases impartidas por el Dr. Day en la Universidad de Edimburgo. Con ese pretexto acudió a clases de Química y Anatomía hasta que fue descubierta y llevada al consejo de la universidad. Revistas como el *British Medical Journal* se hicieron eco de la noticia que llegó hasta Francia desde donde se ejerció presión mediática para que no fuese expulsada. En 1865 consiguió su licencia para ejercer medicina por la Sociedad de Boticarios.⁴ Su pasión por obtener una licenciatura en Medicina le

⁴ En Inglaterra existían tres formas de ejercer medicina: con la licencia del real Colegio de Médicos, con la del Real Colegio de Cirujanos y por la Sociedad de Boticarios.

instó a viajar a París siguiendo los pasos de Mary Putman, que había sido admitida para realizar el doctorado. El caso llegó hasta el Consejo de Ministros francés siendo la emperatriz María Eugenia de Montijo la que presidió el acto porque el emperador Napoleón III estaba enfermo ese día y la que sentenció que Garrett fuese admitida en la Sorbona de París (42). En 1870 presentó su Tesis Doctoral sobre “La Migraña” convirtiéndose en la primera mujer que accedía a ese grado en Francia, la primera inglesa y la segunda europea. Tras regresar a Londres fundó el Mary’s Dispensary for women and Children. En 1874 se convirtió en la primera mujer admitida en la British Medical Association, siendo la única mujer durante casi veinte años. En este mismo año fundó la London School of Medicine for Women junto con Sophia Blake. Su dispensario médico creció para finalmente convertirse en el Elizabeth Garrett Anderson Hospital en 1889. Garrett fue una feminista que luchó sin tregua por los derechos de las mujeres; en 1886 su casa se convirtió en la sede de la primera sociedad sufragista de Inglaterra. Junto con Emily Davies fueron las portadoras de los documentos con mil firmas para solicitar el derecho de voto de la mujer al parlamento, que fue denegado. En 1908 se convirtió en la primera alcaldesa de Inglaterra, en la ciudad de Aldeburg. Dos años más tarde, encabezó el movimiento para conseguir el voto de la mujer y junto con Emmeline Pankhurst solicitaron al primer ministro la libertad de voto para las mujeres. Aquel día se conoce como el Black Friday ya que en los disturbios generados murieron dos mujeres y hubo más de cien detenciones.

Sophia Jex Blake (1840-1912) dio un paso adelante al conseguir generalizar el acceso de las mujeres a la educación universitaria en Medicina (44). Lideró el grupo de mujeres conocido como “las siete de Edimburgo”, que lucharon por los derechos de las mujeres en Gran Bretaña y comenzaron a estudiar en la Universidad de Edimburgo. Blake decidió estudiar Medicina influenciada por un viaje a E.E.U.U donde tuvo la ocasión de conocer a otras mujeres médicas. En 1867, solicitó el ingreso en varias universidades de Gran Bretaña como Oxford y Cambridge recibiendo una negativa por respuesta. Finalmente, en 1869 la Universidad de Edimburgo permitió la asistencia a algunas clases de Medicina al grupo de mujeres formado por Sophia Jex Blake, Edith Pechey, Isabel Thorne, Matilda Chaplin, Helen Evans, Mary Anderson Marshall y Emily Bovell. A pesar de estar matriculadas, no podían asistir a las clases, hecho que llevó Blake a los tribunales en 1873, aunque el caso fue ganado, un tribunal superior revocó la decisión tras votación secreta (19). Finalmente, en 1874 Sophia decidió fundar la Facultad de Medicina para Mujeres de Londres, una cooperativa de médicos que ofrecía estudios a las mujeres, pero desgraciadamente, al graduarse no obtenían la licenciatura para poder ejercer (45). En 1877, el Royal Free Hospital abre las puertas a las mujeres para que realicen prácticas, lo que fomentó que otros hospitales siguieran sus pasos y para finales de siglo las mujeres pudieron acceder a todas las universidades de Gran Bretaña.



Figura 1.11 Sophia Blake

En Italia y Holanda no existían restricciones para las mujeres, pero hasta 1878 no se graduó la primera mujer en Holanda, Aletta Jacobs (1849-1929). Las universidades de Bélgica y Dinamarca abrieron sus puertas a las mujeres en 1875. Noruega empezó a admitir mujeres en las universidades a partir de 1884.

En Latinoamérica el acceso de las mujeres a los estudios universitarios se produjo a partir del 1880. Los cinco países que primero aceptaron mujeres fueron Brasil, México, Chile, Cuba y Argentina.

Como se ha intentado reflejar en este apartado, el acceso de la mujer a la universidad fue lento y laborioso, caracterizado por un debate social continuo; en primer lugar, por la idoneidad de brindar la posibilidad de acceder a los estudios superiores y posteriormente, por determinar qué estudios eran adecuados para ellas. Los obstáculos que tuvieron que sobrepasar las mujeres fueron numerosos, primero para acceder a la universidad, después para obtener el título y finalmente para conseguir desarrollar su profesión.

1.2. Acceso de la Mujer a la Medicina en España

El acceso de las mujeres españolas a los estudios universitarios ha sido documentado por varias autoras que servirán de referencia a la hora de desarrollar este apartado. Gracias al trabajo de investigación de Consuelo Flecha, Teresa Ortiz, María Carmen Álvarez Ricart, o Mercedes Montero, que a su vez han sido influenciadas por los trabajos de Rosa María Capel, María Ángeles Durán, Ramón Ezquerro, o la Condesa de Campo Alange, contamos con una información muy interesante para situarnos en la época y hacernos una idea de cómo fue el acceso de la mujer a la universidad en España.

Probablemente la primera mujer que destacó en el ámbito de la Medicina en España fue Oliva Sabuco de Nantes Barrera (1562-1622). La educación de Oliva estuvo influenciada por su padre, Miguel Sabuco, que fue bachiller, letrado, procurador, su hermano Alonso, boticario, su padrino, Alonso de Heredia y el humanista Pedro Simón de Abril. Su obra *Nueva Filosofía* fue publicada en Madrid en el año 1587, precedida de una carta dedicatoria "al Rey Nuestro Señor", en la que rogaba al rey que favoreciese a las mujeres en su desarrollo. Con su trabajo, la autora pretendía reformar la enseñanza de la Filosofía y la Medicina que ella consideraba inadecuada. Dentro de sus aportaciones en materia médico-sanitaria destacan el tratamiento de la peste y la descripción de la circulación menor. Sus escritos reflejan una mujer erudita, con grandes conocimientos de filosofía y medicina, cuyas ideas influenciaron en autores posteriores. Oliva consiguió acceder al mundo científico que en ese tiempo era ocupado exclusivamente por los hombres (46).

La inclusión de la mujer en la universidad se realizó a lo largo de la segunda mitad del s. XIX y estuvo precedida de una legislación que fue concediendo a las mujeres la posibilidad de irse incorporando al sistema educativo en sus diferentes grados, empezando por permitirle obtener la titulación de Magisterio, necesaria para convertirse en maestras en las Escuelas Normales; una dedicación a los más pequeños, muy en consonancia con su papel de madres cuidadoras de sus hijos.



Figura 1.12 Oliva Sabuco de Nantes Barrera

Para conseguir titulaciones superiores todavía faltaría mucho tiempo y la sucesión de varios gobiernos de diferentes ideologías. Tras la revolución de septiembre de 1868⁵, mediante el Decreto Ley del 21 de octubre de 1868 del Ministro de Fomento, Manuel Ruiz Zorrilla, se aprobó una reforma educativa por el nuevo régimen, más progresista, que concedía el estudio a todo ciudadano español sin precisar el género. Seguidamente, en el Decreto del 25 de octubre de 1868 se detallaban las normas que debían seguir la Segunda Enseñanza y las Universidades, concediendo libertad de estudio privado a cualquier persona dependiente de un examen oficial a final de curso (47). Esta normativa fue ratificada por los artículos 17 y 24 de la nueva Constitución de 1869, la cual aprobaba la libertad docente en todo el territorio nacional (48).

Las primeras universitarias que se matricularon en la Universidad en España lo hicieron en la década de 1870 aprovechando la ranura legal que existió entre 1868 y 1882, aunque previamente Concepción Arenal había asistido disfrazada de hombre a las clases de Derecho de la Universidad de Madrid entre los años 1841 y 1846 sin llegar a obtener ningún título (49). Fue la Universidad de Barcelona la que primero consintió mujeres entre su alumnado y precisamente Medicina la carrera elegida por las pioneras españolas.

María Elena Maseras y Ribera fue la primera universitaria española. Para iniciar los estudios secundarios tuvo que solicitar permiso al rey Amadeo de Saboya, quien le concedió la petición (50). Tras finalizar el grado de bachiller en Artes, en 1872 se matriculó en la Universidad de Barcelona, acabando la carrera en 1878. Dos años más tarde, en 1874, Dolores Aleu se inscribió de igual modo en Medicina, dando por finalizados sus estudios en 1879. La tercera mujer que se matriculó en Medicina, también en la Universidad de Barcelona, fue la leridana Martina Castells y Ballespí en el año 1877 (51).

Estas tres alumnas solicitaron su título de licenciadas al superar los exámenes de fin de estudios, que aprobaron de manera satisfactoria, lo cual generó un gran conflicto en el Consejo de Instrucción Pública que se prolongó durante tres años. Finalmente, en 1882 mediante la Real Orden del 16 de marzo se concedió el título de licenciadas a todas las mujeres que habían finalizado los estudios universitarios en los años previos y se abrió la posibilidad de obtener la licenciatura a las que ya estaban matriculadas, pero se prohibía que nuevas alumnas se inscribiesen en la universidad (50, 52). Algunas de las mujeres que pudieron acabar sus estudios, puesto que ya los estaban cursando antes de que se emitiera la prohibición fueron: Adoración García Aranda quien acabó en

⁵ La Revolución de 1868, llamada la Gloriosa o Revolución de Septiembre, también conocida por la Septembrina, fue una sublevación militar con elementos civiles que tuvo lugar en España en septiembre de 1868 y supuso el destronamiento y exilio de la reina Isabel II y el inicio del período denominado Sexenio Democrático.

1885 en Madrid, Dolores Lleonar en Barcelona, Luisa Dominga en Valladolid, Concepción Aleixandre, y Manuela Solís en Valencia, acabaron sus estudios en 1886 (53).

Dolores y Martina también tuvieron que hacer frente a grandes dificultades para llegar a defender sus Tesis Doctorales en la Universidad Central de Madrid, la única institución del país que otorgaba el doctorado (48). Esto ocurrió escasos meses después de haber realizado los exámenes para conseguir la licenciatura. Dolores presentó su tesis el 6 de octubre de 1882, y Martina tres días más tarde. Dolores se convirtió en la primera profesora de Medicina de España, siendo la Historia de la Medicina la asignatura que instruía (43).



Figura 1.13 Elena Maseras



Figura 1.14 Dolores Aleu



Figura 1.15 Martina Castell

Desgraciadamente, Elena Maseras no llegó nunca a leer la Tesis Doctoral; ella fue la primera que acabó los estudios de medicina en 1878 e intentó inscribirse en los cursos de doctorado de 1878-1879, pero ante tanta dificultad decidió empezar a ejercer de maestra, título que ya poseía previamente (50). Resulta interesante exponer que Medicina era la única carrera que exigía la realización del doctorado para obtener el título de la licenciatura (52, 54).

Tanto Dolores como Martina eligieron un tema relacionado con las mujeres para desarrollar su Tesis Doctoral. En aquel momento, las facultades proponían un temario para que el doctorando eligiera el tema oportuno. Ambas tesis fueron publicadas, la de Dolores se tituló “De la necesidad de encaminar por nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer” (55), y la de Martina “Educación física, moral e intelectual que debe darse a la mujer para que esta contribuya en grado máximo a la perfección y la de la humanidad” (56). Estas mujeres eran muy conscientes de la situación desigualitaria en la que se encontraban y aprovecharon muy bien la oportunidad que les brindaba la defensa de su tesis para sacar a relucir los obstáculos a los que se enfrentaba el sexo femenino en la sociedad española.

Según nos expone Consuelo Flecha en su análisis de la Tesis Doctoral de Dolores Aleu (50), la doctoranda hizo un repaso de la situación desigualitaria a la que se enfrentaba la mujer a finales del siglo XIX. Puso de manifiesto que la mujer continuaba en una situación de esclavitud y que era necesario continuar luchando por la autonomía y la libertad. Denunció que se había mantenido a la mujer en la ignorancia, e hizo referencia a aquellas mujeres tratadas de hechiceras por querer aumentar sus conocimientos y salir de la incultura en que se hallaban. También intentó dar una explicación a las diferencias entre los dos sexos, atribuyendo tales disparidades al ambiente y a la educación desigual que recibían niños y niñas, y no a la propia naturaleza. Así mismo, hizo alusión a los argumentos científicos que basaban las diferencias entre hombres y mujeres en el tamaño del cráneo y cerebro, juzgándolos inapropiados para justificar las limitaciones en el acceso a la educación. En su discurso recalcó la necesidad de ofrecer a las mujeres las mismas posibilidades que a los varones de acceder a una educación superior, que les permitiese el acceso a los institutos y las universidades. Por último, instó a las mujeres a realizar un esfuerzo para aprovechar las nuevas posibilidades que se les ofrecían en cuanto a educación y emancipación.

Siguiendo con el análisis de las Tesis Doctorales de estas pioneras, en relación a la Tesis Doctoral de Martina Castells, ella también expuso la situación de las mujeres haciendo referencias históricas y comparando la situación española con la de los países vecinos. Martina basó su discurso en que el acceso de la mujer a la educación es primordial para la familia y la sociedad. Expuso un currículum de formación para las mujeres en el que la higiene ocupaba el lugar más relevante. Incluyó conocimientos de otras disciplinas como física, química, anatomía, fisiología, geografía, historia natural, canto y música, todos ellos dirigidos a potenciar la responsabilidad que tiene la mujer en la familia como madre y esposa. No obstante, instó a ayudar a aquellas niñas y mujeres que quisieran estudiar, y a proporcionarles los medios necesarios para cumplir sus objetivos. A pesar de que Martina era una mujer progresista, su discurso continuaba encasillando a la mujer en las funciones de esposa y madre tan presentes en aquellos momentos, considerando otras opciones profesionales como algo excepcional (50).

A continuación, se hace referencia a diversas mujeres que ingresaron progresivamente en la universidad para estudiar Medicina en distintas ciudades españolas. Todas ellas son consideradas pioneras universitarias y en su propia especialidad. Su esfuerzo para que las mujeres fuesen integradas en el campo de la Medicina y el liderazgo que mostraron cada una de ellas en sus áreas se merece un espacio en este trabajo.

Concepción Aleixandre Ballester (1862-1952), realizó los estudios de Medicina en Valencia entre los años 1883-1889. Se especializó en Ginecología, aunque en 1891 se le negó la posibilidad de ejercer por el hecho de ser mujer. En ese mismo año fue nombrada Presidenta Honoraria de la sección de Medicina Pública y Especialidades del Primer Congreso Médico

Farmacéutico. En 1895 se trasladó a Madrid donde empezó a trabajar en el Hospital de La Princesa como Médico Titular. Además, trabajó en la Casa de Maternidad e Inclusa de la Beneficencia Provincial. En 1915 ocupó la presidencia del Comité Femenino de Higiene Popular hasta 1920, también dirigió la sección de divulgación de preceptos higiénicos dirigida a la mujer en la revista Medicina Social Española. Posteriormente, en 1928 fue nombrada Presidenta Honoraria de la Asociación de Médicas Españolas (57).



Figura 1.16 Concepción Aleixandre

Manuela Solís Clarás (1862-1910), fue la segunda médica valenciana. Una vez licenciada en 1889 marchó a Madrid donde empezó a trabajar en el Instituto de Terapéutica Operatoria. El Instituto de Terapéutica Operatoria se fundó en 1880 como una sección del Hospital de la Princesa en Madrid con el objeto de impulsar la enseñanza de las especialidades quirúrgicas. Originalmente creado y dirigido por el médico Federico Rubio Galí (1927-1902), pasó a convertirse en el Instituto Rubio a partir del 1894, con ubicación en la Ciudad Universitaria de Madrid. Fue el primer centro en el ámbito español que practicó una histerectomía, entre otras intervenciones, y ha sido considerado centro pionero en docencia y asistencia, en el que se han practicado nuevos tipos de cirugía, por lo que la Dra. Solís estuvo en contacto con los últimos avances en cirugía que tanto la ayudarían en su trayectoria como ginecóloga. Posteriormente, se trasladó a París donde ingresó en la Clínica de Partos de la Facultad de Medicina con idea de ampliar sus conocimientos en la especialidad de Ginecología. En la capital francesa estuvo en contacto con los doctores Tarnier, Varnier, Pinard y Pozzi, personajes relevantes de la Ginecología, lo que le ayudó a forjar una base sólida de conocimientos. En 1905 presenta tu tesis “El cordón umbilical”, alcanzando el grado de doctora en París. De vuelta en Madrid compagina la actividad pública con la privada y la atención clínica en instituciones benéficas. En su trayectoria destacó su dedicación a las mujeres con problemas sociales. En 1908 escribió el libro Higiene del Embarazo y Primera Infancia, prologado por Santiago Ramón y Cajal (58).



Figura 1.17 Manuela Solís

Trinidad Arroyo Villaverde (1872-1959), fue una de las primeras mujeres oftalmólogas en España. Trinidad realizó los estudios de Medicina en la Universidad de Valladolid, donde inicialmente le fue negado el ingreso en 1888. Su padre tuvo que ponerse en contacto con el Director General de Instrucción Pública para que facilitase el ingreso de Trinidad mediante el Real Decreto formado por la Reina Regente (59). Al acabar la carrera decidió trasladarse a Madrid para realizar el doctorado y la especialidad. En 1897 presentó la memoria “Músculos intrínsecos del ojo en estado normal y patológico: acción de los medicamentos” con la que accedió al grado de doctor (60). En Madrid, se especializó en Oftalmología con el Dr. Albitos. En 1902 contrajo matrimonio con Manuel Márquez, Catedrático de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid. En 1916 fue elegida Presidenta del Comité Femenino de Higiene de Madrid, también fue presidenta de la Asociación de Mujeres Médicos de España y colaboró con la columna “Notas feministas: de Mujer a Mujer” de la revista *Medicina Social*. Fue cofundadora y directiva del Lyceum Club creado en 1929. En 1933 participó en el “XV Congreso Internacional de Oftalmología” y en 1934 en el “Concilium Ophtalmologicum”. Viajó a varios países como Rusia y París representando a varias asociaciones. Trinidad residió en Madrid hasta 1936 cuando emigró junto con su marido a París y posteriormente a México donde falleció (61).



Figura 1.18 Trinidad Arroyo

Elisa Soriano Fisher (1891-1964), fue la hija mayor del ginecólogo José Soriano y Surroca (1865-1939). En 1910 empezó a estudiar Magisterio y en 1913 se matriculó en Medicina en la Universidad Complutense de Madrid, simultaneando ambos estudios, práctica habitual entre las mujeres para asegurarse un trabajo remunerado posteriormente. Ya en la universidad se comprometió con la lucha femenina y los derechos de la mujer. Desde los años veinte formó parte de agrupaciones de mujeres siendo una de las máximas representantes del asociacionismo español de la época. No cabe duda de que Elisa fue una figura clave del feminismo español; luchó toda su vida por la libertad de las mujeres y para hacerles comprender que no eran el sexo débil y que no dependían de un sistema patriarcal (62). Se especializó en Oftalmología y alcanzó el grado de doctora en 1920. En 1921 se convirtió en la primera mujer española en ostentar un cargo hospitalario. Durante su trayectoria profesional compaginó su trabajo clínico con el de Catedrática en la Escuela Normal Central de Maestras, donde enseñó Higiene, Fisiología y Anatomía. En 1927 fue nombrada presidenta de la Medical Women International Association (MWIA). Elisa obtuvo una plaza en el cuerpo médico de la Marina Civil, donde trabajó como inspectora médica, convirtiéndose así en la primera mujer que desembarcó para ejercer su profesión. En 1962 recibió la Medalla de la Ciudad de Madrid.



Figura 1.19 Elisa Soriano

Jimena Fernández de la Vega Lombán (1896-1984), de origen gallego, se convirtió, en 1919, en la primera licenciada en Medicina por la Universidad de Santiago. En 1922 presentó la Tesis Doctoral con título “Estudio de la vagotonia infantil por medio del examen hematológico” en la Universidad Complutense de Madrid. Durante los años 1925 y 1926 estuvo pensionada por la Junta para la Ampliación de Estudios en Alemania y Austria y de nuevo durante el curso escolar 1933-1934, en Italia y Alemania.

Jimena fue una pionera de la genética humana en España; a su vuelta a España en 1927 empezó a trabajar en el Laboratorio Central de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Madrid, convirtiéndose en 1933 en la directora del Servicio de Genética y Constitución. En 1932 ganó la oposición a inspector de trabajo y la de médico hidrólogo años más tarde en 1945 (63).



Figura 1.20 Jimena Fernández de la Vega

Martina Bescós García (1912-1982) cursó los estudios algunas décadas más tarde que las antecesoras, pero merece la pena ser incluida entre las mujeres destacadas en la Historia de la Medicina española. Realizó la carrera de Medicina en Zaragoza recibiendo el Premio Extraordinario de la licenciatura en 1923. Dos años después recibió el Premio Extraordinario del Doctorado en la Universidad Complutense (64). Se formó en Cardiología en el Hospital Valdecillas y en Londres. Al terminar la licenciatura se trasladó a Viena para trabajar como becaria en el Hospital Kaisen Elisabeth.



Figura 1.21 Martina Bescós García

Cuando volvió a España empezó a trabajar en el Hospital Clínico San Carlos donde se convirtió en Jefe de Patología General y Ayudante de Clases en Prácticas. En 1975 se inauguró el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza donde se convirtió en Jefa de la Sección de Arritmias y Electrofisiología. Martina fue la primera cardióloga española, miembro fundador de la Sociedad Española de Cardiología.

En la segunda parte del siglo XIX el debate sobre el acceso de la mujer a los estudios y sobre la idoneidad de los mismos estuvo presente en la opinión pública de forma casi permanente. En distintas revistas de la época como el *Siglo Médico* o la *Independencia Médica* se recogieron comentarios claramente en contra de que la población femenina se instruyera en Medicina. Era

evidente la necesidad de crear centros para ofrecer a las mujeres una enseñanza secundaria, pero la intención del patriarcado era que las féminas se dedicasen a las materias que se les había adjudicado socialmente como eran el cuidado de los niños, la telegrafía, o el comercio. El rechazo a que la mujer accediese a la Medicina fue tal que incluso en 1878 se publicó un artículo anónimo escrito supuestamente por un médico con el título “Profesiones a las que podría aspirar la Mujer”. El autor expone las diferencias entre hombres y mujeres en relación a lo físico, moral e intelectual, y deja claro desde el primer momento que el hogar es la ocupación más adecuada para las mujeres. A lo largo del escrito hace referencia a distintas profesiones, las cuales encasilla en cuatro grupos (Militar y Marina; Cirugía y Veterinaria; Ingeniería, Arquitectura, profesorado para varones y la cuarta englobaría el profesorado no oficial, Farmacia, Bellas Artes, Bibliotecario) para ir descartando una por una, hasta llegar a la Cirugía y Veterinaria, donde objeta que las señoritas perderían su pudor al dedicarse a tales fines (43).

Las diferencias de género entre hombres y mujeres eran palpables; mientras los hombres abarcaban todos los espacios políticos, sociales y culturales, la mujer quedó confinada al ámbito doméstico. En el momento en que las primeras médicas se graduaban en Barcelona, el porcentaje de mujeres analfabetas en esa ciudad rondaba el 74% según el Instituto Geográfico Estadístico y era mucho mayor en otras zonas de España. La opinión general no apoyaba la inclusión de la mujer en las áreas que habían sido asignadas para los hombres. Esta postura estaba fundada en la base de que la naturaleza de la mujer era distinta de la del hombre. La mujer se presentaba como el sexo débil, con inestabilidad emocional, con una inteligencia limitada e incapaz de generar pensamientos abstractos. Algunos personajes llegaron más lejos presentando argumentos, que pudieran descalificar a las mujeres para ocupar un puesto en la esfera pública, basados en los procesos biológicos femeninos como la menstruación. Así lo hizo Nicasio Mariscal y García (1859-1949) en su *Ensayo de una higiene de la inteligencia* (1898) donde plasma las siguientes reflexiones sobre los efectos de la menstruación en las mujeres:

“Conjetúrese ahora el efecto que este estado mental podría determinar en el ánimo de una mujer que actuase de abogado, de juez, de legislador o de ministro, y los terribles resultados de que podría ser causa, y dígaseme si se comprende que pongamos en manos de quien tiene una salud tan frágil y una razón tan expuesta a claudicar intereses morales y materiales tan respetables” (65).

En las campañas de higiene se subrayaba la inferioridad biológica del cerebro de la mujer y se recomendaba alejar a las niñas de los estudios para no despertar su imaginación. Además, se hacían una serie de recomendaciones relacionadas con la alimentación y la vestimenta.

Las propias mujeres, tal como se puede extraer de la Tesis Doctoral de Martina Castells, se ponían límites así mismas en la participación cultural y política, siguiendo lo que les había enseñado e impuesto el patriarcado. Las primeras doctoras en medicina subrayaron la necesidad de

proporcionar a las mujeres las mismas oportunidades en educación que a los hombres, pero se estaba muy lejos de recibir una educación igualitaria, a pesar de que en el tiempo que les tocó vivir se respirasen ciertos aires de cambio social. De cualquier manera, las mujeres seguían siendo educadas para formar una familia y para llegar a ejercer sus funciones de madre y esposa, obligaciones sociales ampliamente reconocidas de la mujer.

Educar a la mujer suponía invertir en una buena educación para los hijos, de ahí que muchos estuviesen a favor de favorecer los estudios a las mujeres, siempre que estos conocimientos fuesen usados en el ámbito doméstico y no significase que la mujer accediese a una profesión remunerada que las alejase de sus actividades en el seno familiar, lo cual, además promovía la descalificación social (51). Estas concepciones en relación a la educación de la mujer se recogieron en las Conferencias Dominicales para la Educación de la Mujer organizadas en 1869 por Fernando de Castro (1814-1874) en la Universidad Complutense de Madrid; la mujer debía ser una ayuda para el esposo, capaz de transmitir ciertos valores sociales como el civismo o la moderación.



Figura 1.22 Porta de la 1ª Conferencia pronunciada por Joaquín María Sanromá

Así de claro lo expresaban los diversos conferenciantes que fueron invitados a participar en ellas, como podemos constatar en el caso de F. Pi y Margall:

“La mujer que se entrega completamente á la industria, al comercio, á la literatura, á las artes, suele ver con cierto desdén el hogar doméstico, tener deseos de alejar de sí á esos mismos hijos cuya educación le está confiada, ver en ellos un obstáculo para sus elucubraciones mentales ó sus trabajos científicos, y perder, por fin, su carácter, ese carácter sentimental que debe tener si quiere cumplir su fin y su destino” (66).

Por su parte José Moreno Nieto (1825-1882) expuso el mismo temor a las consecuencias que pudiera tener la sociedad ante el cambio de los roles tradicionales de los sexos, especialmente en una posible “disolución” de las familias. En el párrafo que se inserta a continuación, se muestra su renuencia a mostrar su acuerdo con la emancipación femenina:

“Yo no me detendré á condenar las doctrinas de algunos modernos utopistas, que, á pretexto de emancipar á la mujer, aspiran á romper todo vínculo moral y á disolver la familia; tales doctrinas han desaparecido en medio de la reprobación de las gentes honradas. Pero sí debo decir algunas palabras para contestar á otros espíritus generosos, que desean rescatar, dicen ellos, á la mujer de no sé qué servidumbre que las costumbres y las leyes hacen pesar sobre ella, y quieren que, al igual del hombre, intervenga en todas las funciones de la vida privada y pública, y que trate de penetrar todos los secretos de la ciencia” (67).

La polémica sobre la educación en general, y la femenina en particular, siguió estando presente en la sociedad y los Congresos Pedagógicos que se organizaron en aquellos años se convirtieron en una caja de resonancia para difundirla. Emilia Pardo Bazán (1851-1921) fue la primera persona en defender públicamente el derecho de la mujer a la educación igualitaria en el Congreso Pedagógico de 1882, apoyada por Rafael Torres Campos (1853-1904) de la Institución Libre de Enseñanza (ILE) (68). Una década después, en el Congreso Pedagógico Hispano-Portugués-Americano, al que se habían inscrito más de quinientas mujeres (entre las que se encontraban dos doctoras en medicina) el debate sobre la educación femenina, además de señalar el carácter, los contenidos y grados de la enseñanza, fue más allá planteando la posibilidad de que las mujeres pudieran desarrollar sus estudios a nivel profesional. Entre los acuerdos alcanzados destaca la reivindicación femenina del ejercicio de la Farmacia y de la Medicina para mujeres y niños (69).

El Derecho no pudo permanecer al margen de esta controversia social y la legislación se fue haciendo eco de ella recogiendo paulatinamente algunos de esos planteamientos, de modo que en 1888 se concedió de nuevo el acceso del género femenino a los estudios universitarios. Mediante la Real Orden de 11 de junio se dictó que las mujeres fuesen admitidas a los estudios universitarios como alumnas de enseñanza dependientes de la Dirección General de Instrucción Pública del Ministerio de Fomento siempre que lo aprobase el Consejo de Ministros. Esta nueva Orden concedía la matrícula a las mujeres de una forma privada; consideraba la posibilidad de que las interesadas pudiesen solicitar a las autoridades permiso para asistir a las aulas y detallaba que las alumnas debían realizar los exámenes de fin de curso en la universidad. A partir de la nueva ley de 1888, las mujeres hicieron presencia en los institutos y universidades. El protocolo que se debía seguir era el siguiente: los Catedráticos eran los responsables de asegurar el orden en las aulas y la integridad física de las alumnas, la presencia de las mujeres en las aulas estaba ligada a la figura de un tutor que acompañaba a la alumna hasta la sala de profesores donde la esperaba el Catedrático, quien la escoltaba hasta la clase. Una vez la alumna se hallaba en la clase, se sentaba en una silla separada de sus compañeros varones y cerca del profesor. Al terminar la clase, el Catedrático la acompañaba de nuevo para que su tutor la recogiera (51).

El hecho de que las mujeres que deseaban ingresar en la universidad debieran solicitar el permiso de la Dirección General de Instrucción Pública, que estudiaba cada caso con independencia, lo cual suponía un trámite que podía llegar a durar meses, incluso años, promovió que fuesen pocas las féminas que accedieran a los estudios universitarios. En total fueron treinta y seis las mujeres que se licenciaron antes de 1910, dieciséis se matricularon en el doctorado y sólo ocho llegaron a defender su Tesis Doctoral y conseguir el título de doctor (70).

Finalmente, el 8 de marzo de 1910, la Gaceta de Madrid publicaba la Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública, que dirigía D. Álvaro de Figueroa y Torres (1863-1950), Conde de Romanones, que permitía por primera vez el acceso libre de las mujeres a todos los establecimientos docentes, derogando así la Real Orden de 11 de junio de 1888, en la que la mujer sólo podía acceder a la universidad como estudiante privado (71, 72). En este momento histórico la enseñanza superior se encontraba en decadencia y la entrada de la mujer supuso un empuje hacia la renovación. Se crearon nuevos organismos respaldados por la Institución Libre de Enseñanza (ILE) que promovieron la educación superior y universitaria de la mujer: la Junta para la Administración de Estudios (JAE), la Residencia de Estudiantes, la Residencia de Señoritas, el Centro de Estudios Históricos y el Instituto Nacional de Física y Química (73). Por otro lado, Pedro Poveda (1874-1936) promovió la formación femenina desde el ámbito católico a través de su fundación, la Institución Teresiana (74).

La Institución Libre de Enseñanza constituyó un proyecto pedagógico desarrollado en Madrid y fundado por un grupo de Catedráticos en 1876 inspirados en la filosofía krausista⁶. Estos Catedráticos, entre los que se encontraban Francisco Giner de los Ríos (1839-1915), Gumersindo de Azcárate (1840-1917) y Nicolás Salmerón (1838-1908), fueron apartados de la Universidad Central de Madrid por defender la libertad de Cátedra y negarse a ajustar sus enseñanzas a los dogmas oficiales en materia religiosa, política o moral (47). Crearon un sistema de educación privada laica que incluyó, primero, los estudios universitarios y posteriormente, se expandió a la educación secundaria y primaria. La ILE apoyaba la educación igualitaria de la mujer, así como su inclusión en la vida cultural y profesional.

⁶ El krausismo nace en Alemania a partir de los pensamientos del filósofo Karl Christian Friedrich Krause. Su introducción en España la realizó Julián Sanz del Río y sus principales representantes fueron Francisco Giner de los Ríos, Gumersindo de Azcárate y Nicolás Salmerón. El principal objetivo de la Escuela Krausista era difundir en España la idea del progreso para situarla a la altura de las naciones más avanzadas, la secularización de la sociedad y la expansión de la cultura, sin embargo el krausismo no planteaba una educación que respondiera a criterios igualitarios: el acceso de las mujeres a la educación debía hacerse de tal manera que no transgrediera el orden establecido, sino que las convirtiera en el soporte fundamental de la familia haciendo de ellas las perfectas esposas, amas de casa, educadoras de su descendencia y administradoras de la fortuna familiar (47).

La Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas se creó a través del Real Decreto de 11 de enero de 1907 y durante el tiempo que estuvo vigente (1907-1938) su objetivo primordial fue potenciar la investigación en España. De esta manera creó centros de investigación como el Centro de Estudios Históricos, el Instituto Nacional de Ciencias (previamente conocido como Instituto Nacional de Ciencias Físico-Naturales o Instituto de Física y Química) y el Instituto-Escuela de Segunda Enseñanza. La JAE seguía las directrices de la ILE, estaba presidida por Ramón y Cajal (1852-1934) y una de sus finalidades, además de promover la investigación, fue facilitar las estancias en el extranjero mediante pensiones a profesores y estudiantes para paliar la falta de conocimiento español. La concesión de pensiones estuvo bien regulada desde sus inicios en 1907; se solicitaba carta de presentación, referencias, duración de la estancia, cuantía de la misma y si se alcanzaban los objetivos, al finalizar la misma se obtenía un certificado de suficiencia. La ampliación de los estudios en el extranjero estaba destinada a los dos sexos, sin discriminación alguna, sin embargo, el porcentaje de beneficiarios fue de una mujer por cada nueve hombres. En 1910, las mujeres obtuvieron un 4% de las pensiones, porcentaje que fue creciendo a lo largo de los años, situándose en el 8% en 1920, y en el 13% en 1930. A pesar de resultar ser una situación desequilibrada, si comparamos estos números con el porcentaje de mujeres que accedía a la universidad, un 1,8% en 1910, y un 6,3% en 1930, podemos concluir que las pensiones tuvieron buena acogida entre las mujeres (75).

Para el alojamiento de los estudiantes, la JAE fundó en 1910, la Residencia de Estudiantes y en 1915, creó el Grupo Femenino de la Residencia de Estudiantes, también llamado Residencia de Señoritas, en Madrid. El número de mujeres que residieron en la Residencia fue incrementándose paralelamente al número de mujeres que accedían a la universidad, a partir de 1929 la cifra llegó a las trescientas señoritas. Bajo la dirección de María de Maeztu (1881-1948), la Residencia ofreció clases complementarias y de apoyo, y se convirtió en un lugar para la cultura y el enriquecimiento personal de todos los universitarios (47).

A partir de 1910, el número de matriculadas en las universidades españolas aumentó considerablemente. Como podemos ver en la tabla 1.1, durante las tres primeras décadas del siglo XX, el porcentaje de mujeres en las aulas universitarias se multiplicó por seis. De igual manera aumentó el alumnado femenino en los colegios y estudios de secundaria lo que hizo incrementar notablemente la alfabetización entre el sexo femenino.

A comienzo de los años treinta, el porcentaje de mujeres que cursaban estudios universitarios en España llegó al 6,3%. Según detalla Guil (76), la preferencia de las féminas por los estudios universitarios fue cambiando a lo largo de las primeras décadas de su inclusión universitaria. En la tabla 1.2 se refleja el porcentaje de mujeres matriculadas en cada universidad respecto al total de mujeres matriculadas en todas las universidades por curso académico.

Tabla 1.1 Número de mujeres matriculadas en la Universidad entre 1910-2019.
Elaborada a partir de Montero (73), Flecha (75) y completada con datos del INE.

Curso	Total mujeres	Mujeres (%)
1900-1901	9	0,05
1910-1911	33	0,17
1920-1921	404	2,00
1930-1931	2.246	6,30
1935-1936	2.588	8,80
1944-1945	5.480	13,90
1955-1956	10.052	17,60
1970-1971	52.840	31,00
1980-1981	186.945	44,10
1990-1991	575.437	50,6
2000-2001	824.135	53,00
2010-2011	785.157	53,90
2018-2019	714.406	55,22

Haciendo referencia a lo expuesto previamente, Medicina se situó como la carrera preferente entre las mujeres a comienzos del siglo XIX, seguida de Farmacia. Sin embargo, esta tendencia cambió rápidamente dejando en el primer puesto a Filosofía y Letras durante la década de 1910. Esta variación estuvo motivada por unas oportunidades de trabajo prometedoras, puesto que esta carrera abría la posibilidad de impartir clases en institutos y a preparación de oposiciones a Bibliotecas o Archivos. Posteriormente, a partir de los años veinte, Farmacia fue la carrera más solicitada por las mujeres. Farmacia representaba una opción muy adecuada para las mujeres, se consideraba una extensión de la cocina puesto que se realizaban igualmente recetas y sólo requería seguir instrucciones y tener paciencia (77).

En contraste, Medicina iba descendiendo puestos, en el curso académico de 1922-1923 había 106 mujeres matriculadas y a partir de 1930 se situó por detrás de las otras carreras ofertadas, sólo por delante de Derecho. El porcentaje de alumnas que cursaban Medicina fue el que más descendió a lo largo de los años, en concreto, en el curso académico de 1929-1930 las alumnas matriculadas en las universidades españolas se distribuían de la siguiente manera: 86 mujeres en Derecho, 199 en Medicina, 222 en Ciencias, 460 en Filosofía y Letras y 777 en Farmacia (38). Este

descenso estuvo motivado probablemente, porque no se veía bien socialmente que las mujeres se dedicasen a algunas especialidades médicas; los campos en los que se incluían las mujeres estaban acotados a Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Oftalmología.

Tabla 1.2 Porcentaje de alumnas universitarias. Extraído de Guil (76).

Curso	Medicina	Farmacología	Filosofía y Letras	Ciencias	Derecho
1872-1910	48,0	24,7	20,5	4,1	2,7
1914-1915	22,2	17,8	30,0	27,8	2,2
1920-1921	14,6	26,2	23,2	34,2	1,8
1926-1927	8,1	27,7	25,6	36,4	2,2
1930-1931	9,7	43,2	25,1	14,9	7,1

Si comparamos las cifras de mujeres matriculadas en la universidad española con la de los países de nuestro entorno, las nuestras se situaban claramente en los puestos inferiores. Debemos tener en cuenta, que la incorporación de la mujer española a la universidad ha representado históricamente un hecho más tardío que en otros países europeos. Las mujeres europeas fueron adquiriendo este derecho entre los años 1850 y 1890. Como ya se comentó previamente, fueron las Universidades de Zúrich y París las que primero aceptaron en igualdad de condiciones a mujeres y hombres en sus aulas. Para hacernos una idea, el porcentaje de mujeres matriculadas en las Universidades de Italia y Gran Bretaña en los años veinte era 14% y 27% respectivamente y en Francia ese porcentaje en 1930 se situaba en el 25%, en contraste, en los años 30 casi la mitad de las mujeres españolas (47,5%) eran analfabetas, lo que suponía un claro problema y una desventaja para ellas⁷. Hasta el curso 1977-78, el número de mujeres inscritas en la universidad en España no llegó a ser el mismo que el número de alumnas en las universidades de Estados Unidos en 1920; un 43% (78).

Una vez que la mujer ganó la lucha para poder acceder a la universidad, tuvo que lidiar con otro obstáculo: la inserción en el mundo laboral. La inclusión de la mujer en el trabajo, fuera del seno familiar, además de darle las claves para su autonomía e independencia personal, representaba toda una amenaza para el modelo tradicional de familia en España y del papel que debían jugar las mujeres en ella. En el primer tercio del s. XX, a partir del momento que se permitió que las mujeres pudiesen acceder a los estudios universitarios libremente, el debate social en relación a la inclusión a la mujer en la vida laboral fuera del ámbito doméstico se acentuó. Ramón Ezquerro publicó tres artículos en 1926 en *Renovación Española* en los que se ponía claramente de manifiesto la inquietud

⁷ El índice de analfabetismo en la España de 1930 era de 42,34%, siendo entre los varones del 36,92%. Existían claras diferencias entre regiones; el porcentaje de analfabetas en Murcia ascendía al 66%, mientras que el País Vasco era del 26,7%.

social y el miedo que había despertado entre el patriarcado el nuevo rol social de la mujer (79-81). En estos documentos se plasmaba un temor creciente basado en la sospecha de que la Facultad de Filosofía y Letras se poblase de mujeres y acabasen siendo ellas las que guiasen la vida cultural de la nación, lo cual podía ser un peligro teniendo en cuenta que las mujeres no tenían la misma capacidad que el hombre para generar pensamientos autónomos.

En efecto, como se ha detallado antes, el número de mujeres matriculadas en Filosofía y Letras experimentó un incremento exponencial a partir de 1915. Además, Ramón Ezquerro introducía en sus publicaciones las primeras pinceladas del pensamiento que más tarde se generalizaría en la sociedad; si las mujeres accedían al mundo laboral, habría una disminución de puestos de trabajos para los varones. Siguiendo su mismo argumento, se objetaba que la mujer educada tendría problemas para casarse o para hacer frente a las responsabilidades en el seno familiar (32). Cabe destacar que mujeres científicas, como el caso de Dorotea Barnés (1904-2003), con carreras prometedoras vieron finalizada su futuro profesional una vez que contrajeron matrimonio, y que las universitarias más destacadas del primer tercio del s. XX fueron solteras como Victoria Kent (1891-1987), Clara Campoamor (1888-1972) y María de Maeztu (1881-1948), o casadas sin hijos como María Zambrano (1904-1991) (78).

En cuanto a la carrera profesional de las mujeres que se licenciaron en Medicina en la primera mitad del s. XX se tienen pocas referencias. Ortiz detalla que alrededor de 1920 había unas 12 mujeres licenciadas en España, pero se desconoce si todas ellas consiguieron desarrollar su profesión como médicas. Según estos datos, estas mujeres representarían un 0,1% del total de médicos en España, siendo esta estadística muy inferior a la de en otros países, por ejemplo, en Alemania la tasa era del 0,8% en 1908 y en E.E.U.U ascendía a 5,6% en 1900. Durante las décadas comprendidas entre los años treinta y cincuenta, el grado de feminización de la medicina española no experimentó grandes cambios, el punto de inflexión real en el que el aumento de mujeres que se licenciaban superó al de los varones se produjo a partir de los años sesenta. Las estadísticas señalan que en el curso académico 1940-1941 un 5,5% del alumnado de Medicina eran mujeres, sin embargo, este porcentaje aumentó considerablemente en las décadas siguientes, llegando al 20,2% en 1969-1970 (70). La tasa de crecimiento de médicas a partir de 1970 se situó entre un 17% y un 32%, en comparación al de los varones que era del 9% al año. El incremento de mujeres médicas representaba un reflejo de los cambios socio-culturales que estaba experimentando el país; entre los años cincuenta y setenta, el aumento de la población activa estuvo ligado directamente a las mujeres. De hecho, se ha sugerido que el desarrollo económico que se experimentó en estas décadas estuvo fuertemente ligado a la inclusión de la mujer en el mundo laboral. Entre 1965 y 1974, el sector sanitario sufrió una gran expansión, liderado por Veterinaria y seguido por Medicina (53).

Fue a partir de la década de los setenta, momento en el que se aceleró el acceso de la mujer a los estudios superiores y su incorporación al mercado de trabajo en los diferentes sectores productivos, cuando las mujeres casadas que seguían desarrollando su profesión, empezaron a experimentar problemas para poder conciliar y compatibilizar la vida laboral y familiar (82). Sin embargo, es necesario puntualizar que, en 1979, España se situaba entre los tres países que menos médicas tenía del mundo; sólo Vietnam del Sur y Madagascar se situaban por detrás de ella.

Se debe señalar que desde que la mujer comenzó a estudiar Medicina, existieron especialidades que se ligaron claramente a ellas como Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Oftalmología; ésta última destacó a partir de los años cuarenta. La Ginecología y Obstetricia representaba la especialidad por excelencia de las mujeres ya que trata sus propias patologías; la Pediatría constituía una prolongación de las tareas propias de la naturaleza femenina como el cuidado de los niños y, por último, la Oftalmología parecía también adecuada para las féminas, ya que para el tratamiento ocular se necesitaba delicadeza. Según Ortiz (83), los programas de educación sanitaria llevados a cabo durante el s. XX y en particular durante el franquismo, han tenido un efecto decisivo en la elección de especialidades según el sexo. Estos programas se llevaron a cabo en España mediante cursos, charlas, visitas o adiestramiento individualizado a través de diferentes instituciones benéficas, escuelas de maternidad y cartillas sanitarias o asignaturas exclusivas para niñas y adolescentes, cuyos contenidos se relacionaban con la crianza, la higiene doméstica y la salud en el hogar.

Comparando la tendencia de las especialidades elegidas por las médicas: en 1965, el 52% de las médicas eran Peditras, y el 25% se dedicaban a Ginecología y Obstetricia, mientras que, en 1974, la mitad de las mujeres dedicadas a la medicina se concentraban en tres especialidades: Pediatría (30%), Análisis Clínicos (16%) y Anestesiología y Reanimación (8,5%), dejando un 5,5% para Ginecología y Obstetricia (53). Un dato interesante nos lo proporciona el hecho de que mientras las médicas de Francia, Italia, Suiza y E.E.U.U preferían también la Pediatría como especialidad, la Anestesiología era elegida por las austríacas e inglesas.

Por otro lado, las mujeres médicas se concentraban en las grandes ciudades y aunque hasta la década de los 80 el número de matriculadas en medicina no superó al de los varones, las mujeres estaban más especializadas que los hombres y tenían preferencia por trabajar en la sanidad pública. En la Tabla 1.3 se detalla la estadística del porcentaje de mujeres matriculadas en Medicina en las últimas décadas. Nótese que ese aumento de mujeres en relación al de varones está en relación con el aumento total de mujeres inscritas en la universidad, ya que a partir de la década de los ochenta, las mujeres se sitúan por encima de la mitad del alumnado.

Tabla 1.3 Alumnas de Medicina. Elaboración propia

Curso	Total alumnos	Mujeres (%)
1970-1971	35.812	25,00
1980-1981	71.595	52,00
1990-1991	20.883	56,00
2000-2001	19.644	66,21
2010-2011	24.146	68,11
2018-2019	29.572	69,40

En 1965 surgió la primera Asociación Española de Mujeres Médicos (AEMM), constituida a partir de las primeras reuniones que se llevaron a partir de 1961 por un grupo de dieciséis médicas, en su mayoría pediatras, en Valencia y que se mantuvo activa hasta 1978. Esta agrupación se consideró la primera asociación independiente de mujeres en el franquismo, aunque ya en los años treinta Elisa Soriano Fisher había fundado la primera Asociación de Médicas Españolas (AME). Una de las ideas que tenían estas mujeres era establecer vínculos con asociaciones de mujeres internacionales, de hecho ambas asociaciones establecieron contacto con la Medical Women International Association (MWIA)⁸. Las asociaciones internacionales tenían como finalidad: fomentar el compañerismo, conseguir igualdad de oportunidades para las mujeres, promover el intercambio profesional y científico y promover la asistencia sanitaria a mujeres y niños, entre otras. La AEMM compartía las mismas aspiraciones que la MWIA, además de querer impulsar la cooperación de las mujeres médicas con las del resto del mundo. Teresa Ortiz (84), realiza un análisis muy interesante de lo que representó esta asociación para aquellas mujeres, que no utilizaron esta agrupación con fines reivindicativos, sino más bien, les sirvió para canalizar una posible insatisfacción profesional y para compensar los obstáculos que encontraban en una profesión tan masculinizada. En 1978, la asociación desaparece, probablemente, porque no llegó a convertirse en un ejemplo para las nuevas generaciones de mujeres que acababan la carrera de Medicina; en número más elevado y en un contexto político, el de la transición democrática, muy diferente al que vivieron sus predecesoras.

⁸ La Medical Women International Association nació en 1919 como una asociación no gubernamental con la finalidad de representar a las mujeres de manera internacional. Su primera presidenta fue Esther Lovejoy. Uno de los objetivos de esa asociación fue compartir problemas comunes a los que debían hacer frente las mujeres, que en esos momentos representaban una minoría entre los médicos.

1.3. Introducción de la Anestesia en la práctica clínica.

La palabra Anestesia deriva del griego, el prefijo *an* significa *sin* y *aesthesia* significa *sensación*, por lo que anestesia es equivalente a pérdida de sensibilidad. El ser humano se ha enfrentado desde su existencia al dolor y ha buscado remedios para paliarlo. Al principio, se enfrentaba al dolor con miedo y perplejidad, después se encomendaba a sus deidades con rituales y posteriormente, comenzaron a aplicar remedios caseros derivados de plantas. Los sumerios de Mesopotamia utilizaron el opio derivado de la amapola aproximadamente 4000 años a. C., la acupuntura se empezó a utilizar en China sobre el 1600 a. C. y por el año 650 a. C. los sacerdotes del oráculo de Delfos utilizaban emanaciones de grietas que contenían etileno para producir analgesia e inconsciencia. El uso de la mandrágora aparece citado en la *Odisea* y también fue utilizada por Dioscórides, conocido cirujano griego. Sin embargo, la primera vez que se hace alusión a la palabra Anestesia se puede encontrar en el texto de Platón titulado *Timeo* (85). En el siglo trece se usaba una esponja que contenía una infusión obtenida a partir de la mezcla de plantas entre las que se encontraban la mandrágora, amapola, cicuta y beleño. El paciente inhalaba la emanación de gases que se desprendían de la esponja a modo de somnífero. Posteriormente, en 1540 Valerius Cordis describió una técnica revolucionaria para sintetizar éter añadiendo ácido sulfúrico al alcohol etílico (86). En 1656, Christopher Wren, quien fuera el arquitecto de la catedral de San Pablo y fundador de la Royal Society, inyectó opio con una jeringa hecha de vejiga de perro, a través de una aguja de pluma de ganso en una vena de un perro, causando la inconsciencia en algunos animales pero matando a otros (87). Este hecho se corresponde con la primera inyección intravenosa conocida que produjo inconsciencia en animales.

La introducción de la anestesia en la práctica médica se ha situado históricamente en el 16 de octubre 1846, cuando el dentista William Thomas Green Morton (1819 –1868) hizo la primera exhibición en público del uso del éter como fármaco analgésico e hipnótico, durante un acto quirúrgico en el Hospital General de Massachusetts (88). El uso de diferentes sustancias anestésicas se había realizado en los años previos; desde 1844 otro dentista, Horace Wells (1815–1848) realizó intervenciones bajo anestesia con óxido nitroso (89), aunque probablemente fueron William Edwin Clarke (1819-1898) y Crawford Williamson Long (1815-1878) los que primero utilizaron el éter. Es conocido que William Clarke entretenía a sus invitados con la inhalación de éter y que en 1842 anestesió a una paciente con éter para extraerle una pieza dental sin dolor. Se ha argumentado que este acto anestésico fue el primero de todos los tiempos ya que se anticipó en dos meses al trabajo de Long (90).

Crawford Long fue un anestesiólogo conocedor de las cualidades embriagantes del éter, quien empezó a anestesiarse tanto a adultos como niños en Georgia (91). El 30 de marzo de 1842 hizo

su primera anestesia quirúrgica en público. Long administró éter a un amigo suyo para la resección de dos quistes sebáceos localizados en la parte posterior del cuello, pero no reportó sus actividades hasta 1849 (92, 93).



Figura 1.23 William Morton administrando éter a Gilbert Abbott mientras John Collins Warren le extirpaba un tumor del cuello. En el Ether Dome, Hospital General de Massachusetts

Más contribuciones al desarrollo de la Anestesia surgieron de la mano de William Harvey (1578-1657), cuya investigación culminó con el descubrimiento de la circulación sistémica, y de Joseph Priestley (1733-1804) quien identificó nuevos gases, los cuales fueron utilizados por el Instituto Neumático de Bristol para tratar enfermedades. El cirujano Henry Hill Hickman (1800-1830) en 1823 introdujo el principio de la Anestesia promoviendo la inconsciencia en animales con dióxido de carbono y operándolos sin dolor, y Sir Humphry Davy (1778-1829) introdujo la idea de que el óxido nitroso podría ser útil para la cirugía en 1799, sugiriendo las cualidades anestésicas al óxido nítrico (94-95). Sir Humphry Davy llevó a cabo auto experimentos con el óxido nítrico que fueron descritos en un tratado sobre investigación química y filosófica sobre el citado gas; inhalaba el gas cuando presentaba dolor de muelas lo que le llevó a sentenciar que el óxido nítrico era un fármaco anestésico útil para controlar el dolor (96). Para algunos autores, como Riegels, Davy representa realmente el padre de la Anestesiología como ciencia (89).

Se ha recalcado el retraso de cuatro décadas existente entre los descubrimientos de los fármacos anestésicos y la demostración pública llevada a cabo en 1846 (97). Sin embargo, debemos tener en cuenta que esta demora no es una anécdota propia de la Anestesiología; en muchos campos de la Medicina clínica ha costado introducir innovaciones científicas. Uno de los argumentos más generalizados para explicar el retardo en la introducción de la anestesia en la práctica clínica se basa en la existencia de conflictos individuales y morales, que debían ser resueltos antes de que la insensibilidad al dolor quirúrgico fuese aceptada socialmente. Esto hace referencia a la relación que

existía entre el dolor y la justicia divina. La idea de que el dolor representaba el castigo por haber cometido pecados estaba claramente generalizada en 1800, por ello, para que la anestesia fuese descubierta, era necesario que el dolor fuese atribuido a una respuesta fisiológica frente a un estímulo nocivo para el cuerpo (91)⁹. Al no estar la sociedad preparada para la introducción de la anestesia, las sugerencias de los científicos con mayor influencia en la creación de la Anestesiología como ciencia, Davy y Hickman, fueron ignoradas en su momento (98). Sin embargo, el cambio en la concepción del dolor y el sufrimiento, gracias a la pérdida de las connotaciones religiosas en las que habían estado fuertemente arraigadas, dio paso a que estos síntomas negativos se asociasen a fenómenos biológicos que podían ser combatidos por el hombre, lo cual propició que la anestesia quirúrgica pudiese ser introducida. El mismo año que Morton hizo público el acto anestésico se dio a conocer que el dolor estaba mediado por determinados tractos nerviosos, por lo que podría ser paliado por métodos científicos. A esta secularización del dolor, se suma otro cambio social, político y cultural que surgió a mediados del S. XIX y estuvo en relación con el romanticismo¹⁰, la sensación de progreso y la búsqueda de bienestar (97).

Resulta interesante que fuesen los dentistas quienes finalmente descubriesen la Anestesia. Este hecho también tiene una explicación plausible, en la primera mitad del s. XIX las intervenciones quirúrgicas que se llevaban a cabo eran minoritarias, además la preocupación principal de los cirujanos eran las infecciones, que representaban la mayor causa de mortalidad, por lo tanto, el control del dolor no se encontraba entre las prioridades de los médicos y cirujanos. Sin embargo, los dentistas tenían que hacer frente al dolor a diario, muchos de sus pacientes acudían a sus consultas por dolor, es decir, paliar el dolor se encontraba entre una de las prioridades para ellos (91).

La noticia del acto quirúrgico bajo anestesia llevado a cabo por Morton en Massachusetts tuvo una repercusión mundial inmediata. El 15 de diciembre se realizó la primera anestesia en París y el 19 de diciembre en Londres y Escocia; en dos meses se estaba utilizando la anestesia en la mayoría de los países europeos y en cinco meses la práctica había llegado a China (99, 100). El impacto que la anestesia tuvo en el campo de la cirugía fue revolucionario, el artículo que publicó Bigelow en el *New England Journal of Medicine* tuvo gran repercusión, así como los artículos de

⁹ El concepto del dolor como un fenómeno religioso alcanza su mayor expresión en el dolor relacionado con el parto. El dolor obstétrico fue considerado moralmente diferente de otros dolores desde que se estableció el concepto judeo-cristiano del pecado original. El Antiguo Testamento señala que, en respuesta a la desobediencia de Eva, todas las mujeres traerían sus hijos al mundo con dolor.

¹⁰ Durante los años 1800-1848 se desarrolla un movimiento cultural y político llamado Romanticismo que nació en Alemania e Inglaterra y que representó una reacción en contra de la Ilustración y del Neoclasicismo, situando a los sentimientos como algo prioritario. Se considera el primer movimiento cultural que abarcó a todos los países europeos. Algunos de los científicos que estuvieron en relación con este movimiento fueron los padres de la Anestesiología, Davy y Hickman.

Warren, Cox y Hayward (88, 101-103). A partir de 1846 el uso del éter como fármaco anestésico se extendió rápidamente por todo el mundo.

El 4 de noviembre de 1847 el ginecólogo de origen escocés James Simpson (1811-1870) utilizó el cloroformo como gas inhalatorio indicado para proporcionar anestesia en el acto quirúrgico. El cloroformo fue previamente descubierto en 1831 y su uso estuvo limitado a pocos casos de disnea, asma, histeria o neuralgias (104). El cloroformo se convirtió en el fármaco elegido en Inglaterra y en los países del entorno, desplazando al éter rápidamente en Francia, Argentina, Brasil, Chile, Perú, Uruguay y Venezuela (105). En comparación con el éter, el cloroformo requería cierta destreza en su administración, y con su uso se produjeron numerosas fatalidades.

Sin embargo, la persona más relevante en relación a los principios de la Anestesia en Inglaterra fue John Snow (1813-1858). Nacido en York, se licenció como médico en 1838. Su legado excede los límites de la Anestesia, fue el padre de la Epidemiología, famoso por diagnosticar la causa de la epidemia de cólera que azotó Londres en 1854. Las observaciones realizadas por Snow en el campo de la anestesia fueron brillantes; en relación con el éter, describió cinco grados anestésicos, anticipándose medio siglo a los cuatro planos anestésicos descritos por Arthur Ernest Guedel (1883-1956). Introdujo el concepto de que la anestesia produce amnesia y de la concentración alveolar mínima¹¹, un siglo antes de que fuese descrita. Un año después de que el uso del éter fuese introducido en Inglaterra publicó *On the Inhalation of the Vapor of Ether*, que precedió a numerosos artículos donde detallaba su experiencia clínica con la anestesia, detallando la fisiopatología, mecanismos de acción, efectos adversos y donde describió experimentos originales que estudiaban las características físicas, químicas y farmacológicas de varios fármacos anestésicos (106). Su segundo libro *On Chloroform and Other Anaesthetics: and Their Action and Administration* apareció publicado en 1858 (107). La reputación de Snow creció en base a sus trabajos científicos, y a que revistas de gran impacto como *The Lancet* se hicieron eco de sus descubrimientos. En 1853, siguiendo los pasos de Simpson y dando lugar a los comienzos de la anestesia obstétrica, administró cloroformo a la reina Victoria de Inglaterra para disminuir el dolor en el trabajo del parto (108).

La anestesia se vinculó a la cirugía más como un arte que como una profesión verdadera puesto que carecía de las facilidades técnicas y de la base científica necesarias (94). Durante los primeros años tras su presentación en público, la anestesia en E.E.U.U estuvo marcada por ser una práctica poco segura mediante la que se administraban concentraciones de óxido nitroso asfixiantes con muchos efectos secundarios, puesto que sus usuarios se concentraron más en la lucha por

¹¹ Concentración alveolar mínima: La concentración alveolar mínima es la concentración de vapor en los alvéolos pulmonares que se necesita para evitar el movimiento en el 50% de los sujetos en respuesta al estímulo quirúrgico. Se utiliza para comparar la potencia de los vapores anestésicos.

otorgarse los privilegios de ser los descubridores, que en poner atención a los principios científicos o en la mera atención al paciente. A esta falta de profesionalismo, se le sumó la inexistencia de estándares de calidad, innovación científica y programas de educación rigurosos. Tras la muerte de Snow en 1858, se produjo un vacío de liderazgo, focalizándose más la anestesia en aspectos técnicos que científicos (109). A partir de entonces, los mayores avances en anestesia fueron realizados por científicos que se dedicaban a las ciencias básicas (110).



Figura 1.24 Mujer inhalando éter de un vaporizador

El desarrollo de la anestesia dio lugar a la evolución de la cirugía. La guerra civil de E.E.U.U (1861–1865) generó un número de heridos importante que potenció la cirugía. Los propios cirujanos administraban anestesia a los pacientes, lo que suponía una responsabilidad que les distraía de su función principal, por ello empezaron a emplear a monjas para la administración de la anestesia. Las monjas empezaron a administrar la anestesia bajo la supervisión de los cirujanos, aprendiendo del ensayo y error. Su jornada laboral comprendía un turno completo, por lo que, en relación a los anestésistas que trabajaban a tiempo parcial, presentaban la ventaja de estar expuestas a una mayor práctica. En la década de 1880, más de noventa hospitales católicos del medio-oeste americano empleaban a monjas para administrar anestesia. Las hermanas Edith Graham (1867-1943) y Dinah Graham (1860-1949) se convirtieron en las primeras enfermeras anestésistas de la Clínica Mayo, y en 1893 contrataron a Alice Magaw (1860-1928), la enfermera de anestesia más famosa del siglo diecinueve (110).

A principios del s. XX existían tres grupos de personal sanitario con perfiles muy diferentes administrando anestesia en E.E.U.U. El primero lo constituían las enfermeras de anestesia, las cuales no contaban con una base científica consolidada, pero eran capaces de anestésiar de una forma suave y segura, ellas trabajaban a tiempo completo por lo tanto su práctica clínica era notoria y fueron capaces de formar a otras enfermeras. El segundo grupo lo formaban estudiantes, médicos, enfermeras, o secretarías; trabajaban a tiempo parcial y sus conocimientos de anestesia también

estaban limitados. Además, este grupo no contaba con la experiencia de las enfermeras en anestesia y solían intervenir bajo las órdenes de los cirujanos, careciendo su práctica clínica de seguridad. Por último, el tercer grupo, más reducido en número, eran médicos que decidían especializarse en Anestesia a tiempo completo.

En 1900 la especialidad de Anestesia todavía no acababa de estar bien considerada; en la Universidad de Harvard se creó la Cátedra de Anestesiología que no fue asignada hasta 1940 y cuyo presupuesto estuvo cuatro décadas destinado para la Farmacología (111). El rector de Harvard llegó a comentar que “la anestesia es un tema tan limitado que un buen hombre no querría atarse a eso y difícilmente estaría dispuesto a hacerlo” (112).

Los cimientos de la especialidad de Anestesiología se empezaron a forjar en E.E.U.U en las primeras décadas del siglo XX. La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) se formó en 1936, y el primer examen para obtener la especialidad en Anestesiología se llevó a cabo en 1939 (113). La revista *Anesthesia and Analgesia* empezó a publicarse en 1922 y *Anesthesiology* vio la luz en 1940. A pesar de todos estos logros, la especialidad luchaba por la legitimidad y por ser considerada una especialidad médica a ojos de la sociedad. El interés por la especialidad de Anestesiología surgió a consecuencia de la segunda guerra mundial, momento en que se evidenció la falta de médicos formados en anestesia. Hasta la fecha, la mayoría del personal que administraba anestesia eran enfermeras, por supuesto mujeres. Para paliar esta escasez, el ejército organizó varios cursos focalizados en la formación de médicos. Gracias a esta iniciativa, numerosos médicos pudieron entrar en contacto con el acto anestésico y con anesthesiólogos de reputado prestigio como Ralph Milton Waters (1883-1979), Emery Andrew Rovenstine (1895-1960), Henry Knowles Beecher (1876-1904), John Lundy (1894-1973), Henry S. Ruth (¿?) o Ralph Moore Tovell (1901-1967) que motivaron a otros compañeros a adentrarse en el mundo de la Anestesia, representando modelos a seguir (112).

Ralph Milton Waters fue uno de los anesthesiólogos americanos con mayor influencia en la historia de la Anestesiología. En 1927 decidió crear un Departamento de Anestesia separado del de Cirugía en la Universidad de Wisconsin, cuando la anestesia continuaba siendo una especialidad muy primitiva con poco fundamento científico. Las ideas visionarias de Waters incluyeron los siguientes elementos para que la Anestesiología llegase a convertirse en una profesión; los estudiantes debían recibir unos fundamentos teóricos, se debían de crear organizaciones, implementar y revisar estándares de educación y práctica, los programas de investigación debían nutrirse de la conexión entre la ciencia básica y la práctica clínica. De la misma manera, se promovían los encuentros regulares entre especialistas para compartir avances y conocimientos, y se instaba a los anesthesiólogos a mejorar su práctica clínica y a dedicarse al servicio público (110).

Waters insistió en el desarrollo de programas educativos de calidad. Creó un currículum en Anestesia consistente en tres años de formación bajo el cual, un número importante de residentes se especializaron, entre los que destacó una de nuestras mujeres estrella y en la que profundizaremos más adelante: Virginia Apgar (94). A pesar de todas sus virtudes, Waters mantenía ciertos prejuicios hacia las mujeres como profesionales, pensamientos que incluso dejó por escrito.

Otros dos personajes importantes en la historia de la Anestesiología fueron Francis Hoeffler McMechan (1879-1939) y Elmer I. McKesson (1880-1935). H. McMechan ayudó a formar la Asociación Americana de Anestésistas (AAA) en 1912 y fue el editor de la revista *Current Researches in Anesthesia and Analgesia*, que empezó a publicarse en 1922, en exclusividad para el campo de la Anestesia (94). Por otro lado, Elmer I. McKesson (1880-1935) se dedicó a la investigación y entre sus aportaciones más importantes destaca la máquina de Nargraf capaz de administrar una fracción de oxígeno inspirada, volumen corriente y una presión inspiratoria de gas de forma semiautomática (109).

Por otro lado, en Inglaterra, el inicio de la Anestesiología como especialidad médica probablemente se promovió por el uso del cloroformo que exigía una práctica más exquisita que el éter y por el legado que John Snow dejó a sus contemporáneos. En este caso, la anestesia era administrada únicamente por médicos, sin embargo, y al igual que en Estados Unidos, la especialidad no se mostró muy atractiva para los médicos en general, ya que el salario era escaso y el estatus profesional que ofrecía poco gratificante. Por ello, encontrar médicos jóvenes que quisieran dedicarse a la anestesia a tiempo completo fue complejo y no se consiguió hasta mediados del siglo veinte (111, 114).



Figura 1.25 Dr. Hornabrook auto administrándose cloruro etílico mientras le realizaban una incisión en el antebrazo (115)

En Australia destacó la figura de Rupert Walter Hornabrook (1871-1951), primer anesthesiólogo australiano, considerado por algunos el primer anesthesiólogo profesional de la historia al dedicarse a esta especialidad a tiempo completo (96). Rupert Hornabrook fue crítico con la sola utilización del éter como fármaco anestésico e introdujo el cloruro etílico como otra posible alternativa. También destacó por ser un defensor de la Anestesiología como especialidad y de la necesidad de brindarle el status necesario para que médicos bien capacitados se viesen atraídos por ella. Estuvo involucrado en numerosos ensayos clínicos en los que el también actuó como sujeto anestesiado, nunca dudó en ofrecerse voluntario para la experimentación (115).

1.4. Primeras Mujeres Anestesiólogas

A lo largo de este apartado, se hará referencia sobre todo a médicas anestesiólogas americanas por varias razones; primero, porque el acceso de las mujeres a la universidad, como ya se ha descrito previamente, se inició en E.E.U.U antes que en Europa y segundo, porque existe una investigación más extensa y profunda y, por ende, una bibliografía más amplia en relación al papel de las primeras mujeres médicas y anestesiólogas.

Haciendo referencia a lo expuesto en el apartado previo, durante las primeras décadas tras su descubrimiento en 1846, la Anestesia no creó atracción entre los médicos del momento. Se llevaba a cabo mayoritariamente por personal poco cualificado o poco especializado, entre el que se incluía a enfermeras, estudiantes de medicina o médicos que la ejercían a tiempo parcial. Este hecho estaba fundamentado por varias razones entre las que merece la pena destacar la escasa remuneración y el bajo status profesional y social que proporcionaba, motivado todo ello, porque se la relacionaba con un trabajo propio de enfermería. Con el cambio de siglo, de la mano de Ralph Waters, la profesionalización de la especialidad se hizo más evidente, se propusieron programas educativos y empezaron a publicarse revistas dedicadas a la especialidad.

El papel de la mujer anestesióloga a principios del siglo XX en E.E.U.U fue crucial. Varios factores ayudaron a que la mujer pudiese acceder con facilidad a la especialidad y a que gozase de cierto poder en su entorno. Algunos cirujanos pensaban que las mujeres médicas gozaban de la combinación perfecta para ser anestesiólogas; mostraban las mismas características que las enfermeras, en tanto que se sometían a los dictados y órdenes de los médicos, además de que aceptaban un sueldo bajo y a ello se le sumaba que poseían el conocimiento médico necesario para promover unos mejores resultados quirúrgicos (116).

Esta idea quedó plasmada por Albert Ochsner (1858-1925) en su tratado quirúrgico de 1920 de la siguiente manera:

“Las mejores anestесias son llevadas a cabo por mujeres en el momento actual, porque es posible seleccionar a las mujeres con el mayor grado de inteligencia y juicio para su trabajo, mientras que los hombres que poseen estas cualidades raramente pueden ser dirigidos a elegir la especialidad de anestesia ” (117).

Otro comentario acerca de la mujer anestesióloga se recogió en el discurso de clausura de la Asociación Americana de Cirugía en 1927, en el que Hugh Cabot, profesor de cirugía detallaba:

“Haría un énfasis especial en la elección del anestесista. Siempre deben ser atractivas, ya que la mitad del efecto anestésico, cuando no se utiliza anestesia alguna, depende de la apariencia del anestесista...” (118) .

Las primeras anesthesiólogas de la historia fueron Isabel Herb y Mary Botsfold. La primera en graduarse fue Botsfold en 1890 en la Universidad de California. En ese año había 8 mujeres en un aula de 59 estudiantes de medicina. Botsfold estudió en el Hospital Pediátrico de San Francisco, fundado en 1875 por mujeres médicas, y posteriormente se convirtió en residente, acabando la especialidad de anestesiología en 1898. Cabe destacar que durante sus cinco primeros años como anesthesióloga no obtuvo remuneración ninguna (119).

Por otro lado, Herb se graduó en 1892 en el Colegio Médico de Mujeres de Chicago. Posteriormente, en 1897 empezó su práctica clínica como patóloga y anesthesióloga en el Hospital Augusta de Chicago, trabajando con Lawrence Prince, un pionero de la anestesia del éter y cloroformo y con el cirujano Oschner, proclive a que la anestesia fuese administrada por mujeres. Es muy probable que Herb no percibiese ingresos por dedicarse a la anestesia, ya que el Hospital Augusta ejercía la caridad, dedicando su atención a los pobres y necesitados.

Isabella Herb (1863-1943) fue una pionera en la anestesia por diversos motivos: fue la primera mujer en publicar un artículo sobre anestesia en 1898 (120), y también la primera anesthesióloga de la Clínica Mayo en 1899, donde hasta la fecha, la anestesia era administrada por enfermeras. En 1909 se convirtió en Jefa del Departamento de Anestesia del Hospital Presbiteriano y del Colegio Médico Rush de Chicago, además de ser la primera mujer docente en la Facultad de Medicina. Años más tarde, en 1922 se convirtió en la primera presidenta de la Asociación Americana de Anestesiólogos (AAA), fundada por Francis McMechan en 1912.



Figura 1.26 Isabella Herb

En sus numerosos artículos describió las responsabilidades legales del anestesista y del cirujano, así como la importancia de que el acto anestésico fuese llevado a cabo por un médico especialista, promoviendo la especialidad de Anestesiología de forma notable; en varios artículos describe los aspectos médico legales de la especialidad y resalta la necesidad de que el anestesista esté bien formado para que sea capaz de elegir la técnica anestésica más conveniente para el paciente

en cada tipo de cirugía (121). Su opinión respecto a las enfermeras de anestesia era positiva; pensaba que eran capaces de realizar una anestesia segura, pero recalca la falta de conocimientos médicos. Entre sus notables contribuciones a la especialidad, promovió un programa educativo en Anestesia para que los estudiantes de Medicina e internos fuesen capaces de observar cómo se realizaba el acto anestésico en manos de una persona especializada y no de un cirujano. Por otra parte, fue un miembro activo de numerosas asociaciones científicas; formó parte del *Research Committee of the National Anesthesia Research Society*, y del *Editorial Board of the Quarterly Supplement of Anesthesia and Analgesia for the American Journal of Surgery*. En 1941 se retiró de la profesión encarnando las aptitudes que describió el Dr. Mayo: cuidado del paciente, investigación y docencia (119).

Mary Elizabeth Botsford (1865-1939) fue una anestésista hecha a sí misma; en 1910 fue nombrada asistente de cirugía encargada de la anestesia en el Hospital Pediátrico de San Francisco convirtiéndose en la única anestésista de la ciudad, puesto por el que no percibía honorarios. En 1916 publicó su primer artículo sobre la anestesia con óxido nitroso y oxígeno (122). Gracias a su presencia en la ciudad de San Francisco, muchas mujeres se vieron atraídas por la posibilidad de ser especialistas bajo la tutela de Botsford.



Figura 1.27 Mary Botsford

En 1922, fundó la sección de Anestesia de la Asociación Médica de California convirtiéndose en la primera presidenta y en 1930 fue presidenta de la Asociación de Anestésistas de Estados Unidos y Canadá (123).

Caroline Palmer (1867-1947) fue discípula de Botsford en San Francisco. Se graduó en 1906 y tras finalizar su período de prácticas en el Hospital Pediátrico de San Francisco, comenzó a trabajar en el Hospital Lane para posteriormente, en 1909 convertirse en la Jefa de Anestésista del Hospital Lane Stanford. En su preparación para desempeñar el puesto de gestión, viajó por distintos

lugares del país, incluso visitó fábricas donde se manufacturaban los fármacos anestésicos. Palmer escribió sobre cómo se debían gestionar los servicios de anestesia en 1923, recomendaciones que se siguen llevando a cabo actualmente en los servicios con docencia (124). Palmer se consideraba una médica anestesista, ya que el término anestesióloga se acuñó más tarde, cuando se creó el Board de Anestesia en 1938, y se empieza a diferenciar entre anestesista, personal no médico y anestesiólogo, especialista en anestesiología. Adelantándose décadas a lo que ahora conocemos por la consulta de preanestesia, promovió la importancia que tiene conocer el caso previo a la cirugía, para planear el acto anestésico según la situación médica del paciente (125). De igual manera, promovió el registro anestésico, no sólo para su uso intraoperatorio, sino con fines científicos y administrativos. Bajo el liderazgo de Palmer, los componentes de su equipo administraban soluciones hidroelectrolíticas en perfusión, mantenían normotermia y cuidaban de la posición del paciente durante la cirugía, cuestiones ampliamente usadas en nuestra práctica diaria. Su caballo de batalla a lo largo de la vida fue que la Anestesia fuese considerada una especialidad separada de la Cirugía, y luchó para que se convirtiese en una especialidad médica, respetada por el resto de especialistas. Sus esfuerzos, como los de muchos otros, se vieron reconocidos años más tarde cuando en 1936 se formó la ASA y en 1939 se realizó el primer examen que otorgaba la especialidad (126).

Para hacernos una idea del panorama médico de aquella época, y del mérito de las primeras pioneras, en 1900 un 13% de los médicos de Chicago eran mujeres, y un 13,8% de los de California, todas ellas estudiando y haciendo prácticas en hospitales de mujeres. En contraste, sólo el 5,6% de los médicos a nivel nacional eran mujeres (127).

Durante las primeras dos décadas del siglo XX, la Anestesia fue una de las especialidades más populares entre las mujeres, sólo superada por Ginecología (128). Mientras que las mujeres representaban un escaso 3,6% de los médicos, la Asociación Americana de Anestesia contaba con un 19% de mujeres afiliadas.

La primera Guerra Mundial sirvió como oportunidad para reforzar el liderazgo de la mujer en el campo de la anestesia. El ejército no contaba con ningún anestesista entre su personal y, en un principio, se mostraron reticentes a incluir a las mujeres anestesistas ya que las mujeres, según la legislación de 1916, no eran consideradas ciudadanos, no podían votar, por lo tanto no podían ser nombradas de manera oficial (128). La situación se tornó desesperada; no había hombres anestesistas y, a pesar de que se formó a la enfermería, la necesidad de especialistas en Anestesia forzó a que el ejército contratase a las mujeres de forma temporal.

Durante los siguientes años el porcentaje de mujeres que accedían a los estudios de Medicina en E.E.U.U decreció, principalmente porque se impuso una cuota, aproximadamente del

5%, para mujeres y minorías como judíos y afroamericanos, suponiendo unos costes universitarios inalcanzables para muchas de ellas. A partir del 1921, los hospitales empezaron a aceptar mujeres como internas, pero el número de puestos que se ofertaban a las mujeres era ridículamente inferior al de hombres: 185 frente a 6.154 (129).

La residencia de Anestesia como la conocemos ahora no se estableció en Estados Unidos hasta 1927; sin embargo, Mary Ross recibió el primer certificado que reconocía haber realizado la especialidad en 1923 (130). A partir de 1927, Ralph Waters comenzó con el programa de residencia en la Universidad de Wisconsin. A esta formación se adhirieron muchos de los líderes en Anestesia del siglo XX, incluyendo a especialistas de otros países. A pesar de que Waters presentaba una aversión conocida hacia las mujeres, incluso hacia aquellas que mostraban competencia, lo que muestra la vigencia de prejuicios misóginos entre los médicos; de los seis primeros residentes en Anestesia, la mitad fueron mujeres, porcentajes que diferían claramente del resto de departamentos de la universidad, donde la mayoría de los puestos estaban ocupados por hombres, excepto en Pediatría (116). De las tres primeras mujeres residentes se perdió el rastro de su vida profesional una vez se casaron, la cuarta residente fue Virginia Apgar.

Virginia Apgar (1909-1974) nació en New Jersey y comenzó sus estudios de Medicina en 1929 en la Universidad de Columbia, New York. Una vez graduada con honores, durante 1933-1936 realizó su internado en el Servicio de Cirugía bajo el mando de Allen Oldfather Whipple (1881-1963). Apgar quería convertirse en cirujana, pero Whipple la convenció para que realizase la especialidad de Anestesia; hasta el momento en Columbia sólo había enfermeras de anestesia. Durante dos años y medio estuvo aprendiendo anestesia de mano de la enfermería y finalmente, en 1937 se trasladó a la Universidad de Wisconsin donde fue aceptada como residente de tercer año visitante en el departamento de Waters (131). Nueve meses más tarde, volvió a New York como residente en el nuevo programa de Bellevue liderado por Emery Rovenstine (residente previo de Waters). En 1938, Apgar fue nombrada Directora de Anestesia en Columbia para lo cual siguió el plan de Waters; primero puso el foco en los estudiantes de Medicina, después desarrolló la parte clínica y finalmente, desarrolló la parcela científica (132). Waters le sirvió como consejero a lo largo de su trayectoria, para hacerse sitio como mujer en el mundo de la Anestesiología. De hecho, es probable que él estuviese detrás de su selección como tesorera de la Asociación Americana de Anestesiólogos (que luego evolucionó a la American Society of Anesthesiologists, ASA).

Virginia Apgar comenzó a interesarse por la anestesia obstétrica, un campo que carecía de interés para el público en general y que a ella le había llamado siempre la atención. En aquel entonces la mortalidad materna era muy alta, y en particular ella se vio interesada por las alteraciones maternas y la resucitación neonatal, la acidosis, hipoxia, malformaciones y prematuridad (133). Curiosamente, el test nació de la explicación que Apgar ofreció a un alumno

en la cafetería en 1949 (134) y tras su validación clínica fue finalmente publicado en 1953 (135). El test de Apgar se ha convertido en una herramienta usada mundialmente para evaluar a los recién nacidos de una forma rápida y sencilla. Usando el test de Apgar se dieron cuenta de que los resultados materno-neonatales son mejores cuando se utiliza anestesia regional en el parto, por lo que comenzaron a promover el uso de la misma en obstetricia (136).



Figura 1.28 Virginia Apgar

Durante sus años como investigadora publicó numerosos artículos relacionados con la anestesia y cirugía, en los que incluían la introducción a la anestésica obstétrica y sus efectos en la madre, el feto y el neonato (137). En 1959, fue nombrada directora de la Fundación Nacional, convirtiéndose después en la vicepresidenta. Todos los esfuerzos llevados a cabo en relación a la pediatría motivaron que en 1994 la Academia Americana de Pediatría imprimiese un sello en su honor, ya que Virginia era una conocida coleccionista de sellos. Unos años más tarde, en 1961 la ASA le condecoró con el Premio al Servicio realizado convirtiéndose en la primera mujer en recibir tal condecoración (116). No sólo fue una brillante anestesióloga, sino también una excelente violinista que incluso fabricaba violines.



Figura 1.29 Sello Virginia Apgar

Otra mujer pionera de la anestesia en Estados Unidos fue Gertie Marx (1912-2004). Nacida en Alemania, se licenció en Berna en 1936 ya que en Frankfurt se había prohibido la graduación de judíos desde 1933. En 1937 emigró a E.E.U.U donde se especializó en anestesia obstétrica. Marx reintrodujo la anestesia espinal en obstetricia y describió la compresión aorto-cava en la embarazada. En 1988 recibió el Premio de Distinción de la ASA y se la recuerda como una profesora distinguida (138).

Hasta mediados de los años cuarenta podemos contar 6 mujeres que llegaron a ser Jefas de Departamento de Anestesia: Herb, Botsfold, Wood, Apgar, Livingstone y Arrowood (1900-1984). Se podría criticar que sus departamentos dependían de los Departamentos de Cirugía, pero la realidad muestra que, todavía en el año 1965, el 40% de los Servicios de Anestesia continuaban ligados a los de Cirugía (139).

A partir de la década de los años cuarenta, el acceso a la residencia se dificultó notablemente a las mujeres ya que se ofertaban muchos menos puestos para ellas. En 1940, de los 33 hospitales que aceptaban residentes en E.E.U.U, sólo la mitad admitía a mujeres. De cara a prepararse para la Segunda Guerra Mundial, el ejército ordenó a los oficiales formarse como anestésistas, excluyendo de nuevo a las mujeres. Emily Dunning Barringer (1876-1961) que por aquel entonces era la presidenta de la Asociación Americana de Mujeres Médicas (AMWA), contra argumentó la posición del ejército con las siguientes palabras (116) :

“El campo de la anestesia es uno donde las mujeres presentan excelencia. Hasta el momento dos mujeres han solicitado su permiso para servir a la unidad del hospital donde trabajan actualmente, me refiero a las Dra. McNeal y Apgar de New York. Le solicito que cambie usted su mentalidad e incluya a estas mujeres en la Reserva Médica. Aceptando estas distinguidas mujeres, usted alentará a todas las médicas de América.”

A lo largo de la nación se realizaron diversas campañas a favor de las mujeres, especialmente anestésistas, y finalmente, el presidente Roosevelt permitió que las mujeres sirvieran en los cuerpos de la armada (127). Fueron 6 mujeres las que colaboraron en la Segunda Guerra Mundial, en comparación con las 16 que lo hicieron en la primera.

Tras este período, la Anestesia se presentó como una especialidad más atractiva para los hombres, con más prestigio social y mayor status profesional, además de que empezó a estar bien remunerada, por lo que las mujeres contaron con menos oportunidades y fueron quedando relegadas a las últimas plazas (140). Este hecho dejó atrás la “era de las mujeres anestésistas”; muchos de los hombres entrenados en la guerra intentaron continuar su profesión médica como anestésistas, mientras menos mujeres accedían a los estudios de Medicina.

A partir de los años 60 se originó un fuerte movimiento social a favor de los Derechos Humanos y en contra de la discriminación de género¹² que favoreció la entrada de mujeres en los estudios superiores. El número de mujeres que se inscribieron en las facultades de medicina se incrementó por tres entre el 1964-1974 (129). En 1960, Apgar expuso, en un documento publicado por la Asociación Americana de Mujeres Médicas, la situación de la mujer en Anestesiología: sus tareas poco prestigiadas como la enseñanza de estudiantes e internos, y su escasa presencia en los puestos de gestión. En 1963, comprendían el 11% de los miembros de la ASA, mientras que representaban sólo el 6% del total de médicos, lo que apoyaba que Anestesiología continuase siendo una especialidad atractiva para las mujeres (141).

Fuera de Estados Unidos también han existido mujeres destacadas en la especialidad de Anestesiología, sin embargo, en comparación con lo previamente expuesto, el número de mujeres que han desempeñado puestos de liderazgo ha sido notablemente menor. A continuación, se citan algunas de las mujeres más relevantes fuera de E.E.U.U.

Mary Burnell (1907-1966) fue la primera mujer miembro de la Sociedad Australiana de Anestésistas en 1935. Dos décadas más tarde fue elegida presidenta de la sociedad, convirtiéndose en la primera mujer presidenta. Además, fue la Decana de la Facultad de Anestesia en 1966, por supuesto, la primera mujer en ocupar ese puesto. Una patriota suya, Tess Cramond (1926-2015) fue la primera Profesora de Anestesiología de Australia en la Universidad de Queensland (116), llegando a ostentar el cargo de Directora del Centro de Dolor Multidisciplinar en el Royal Hospital Brisbane.

Doreen Vermeulen-Cranch (1915-2011) fue una anesthesióloga holandesa que realizó la especialidad en Inglaterra. Fue la primera especialista en su país, capaz de convencer a los cirujanos de la necesidad de profesionalizar la Anestesia, acabó ocupando el primer puesto de Jefa de Anestesia en Europa y en 1958 se convirtió en profesora de Anestesiología (116).

Elena Damir (1928-¿?) fue una de las tres líderes anesthesiólogas rusas durante los años 50-80. Fue la Jefa de Anestesia del Hospital Botkin en Moscú durante tres décadas y un miembro activo de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología (WFSA) (116).

Katherine Georgina Lloyd-Williams (1896-1973) constituyó un claro ejemplo de líder en su carrera profesional. De origen inglés, antes de empezar los estudios de Medicina, fue profesora y fisioterapeuta. En 1920, comenzó la carrera de Medicina en el Colegio de Medicina para Mujeres

¹² Discriminación de género: Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

de Londres y se licenció en 1926. Un año después comenzó a trabajar como anestesista en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Royal Free Hospital (142). En 1934 publicó un libro sobre anestesia obstétrica y en ese mismo año se convirtió en consultora del Royal Free Hospital (143). Otra publicación relevante en el campo de la analgesia obstétrica llegó en 1936 haciendo referencia a la analgesia de parto (144). Durante su trayectoria estuvo relacionada con temas de docencia y de igualdad de género en medicina. En 1945 se convirtió en Decana del Colegio de Medicina de Mujeres de Londres, puesto que disfrutó hasta 1962. En 1947, fue elegida al Consejo de la Asociación de Anestelistas de Gran Bretaña e Irlanda, convirtiéndose en la primera mujer en ocupar tal responsabilidad. En 1948 se creó una nueva Facultad de Anestesia dentro del Royal College of Surgeons de Inglaterra, siendo la única mujer miembro del Comité Docente. En 1951, desempeñó un rol importante en la creación de la Federación Mundial de Anestesiólogos que finalmente salió a la luz en 1955. Posteriormente, en 1957 fue elegida Decana de la Facultad de Medicina de Londres y en 1958 presidenta de la Federación Médica de Mujeres¹³ que había sido creada en 1917 para apoyar el desarrollo de la mujer en el campo de la Medicina, cambiar actitudes y prácticas discriminatorias y trabajar en nombre de los pacientes. Durante su vida viajó alrededor del mundo para atender temas relacionados con la docencia y la mujer en Medicina. En 1961 fue elegida presidenta del General Medical Council (Colegio de Médicos de Inglaterra) (142).

En Inglaterra también destacó Margaret Manford (1914-2007) quien se especializó en anestesia pediátrica en el Hospital Pediátrico Saint Helier cuando todavía no existían las subespecialidades. Tuvo la oportunidad de formar a numerosos residentes de anestesia y entre sus publicaciones destacan la premedicación y las náuseas y vómitos postoperatorios en niños (145, 146).

¹³ La Federación de Médica de Mujeres se creó en 1917 en Inglaterra con el objetivo de apoyar el desarrollo profesional de las mujeres médicas y mejorar la salud las mujeres y sus familias. Comenzó con ciento noventa miembros y sobrepasó el millar en 1925. La Federación es una asociación que se ha consolidado a lo largo de los años y continúa trabajando en la actualidad (<https://www.medicalwomensfederation.org.uk/>).

1.5. Anestesia en España

La historia de la Anestesia en España ha sido muy bien documentada entre otros por el Dr. Avelino Franco Grande, anestesiólogo y Profesor Asociado de la Universidad de Santiago de Compostela. A lo largo de este apartado haremos numerosas alusiones a sus dos libros *Los orígenes de la Moderna Anestesia en España*, publicado en 2003 e *Historia de la Anestesia en España 1847-1940*, en 2005, así como a sus numerosos artículos científicos.

La primera eterización en España se llevó a cabo el 13 de enero de 1847 por el Prof. Diego de Argumosa y Obregón (1792-1865), Catedrático de Medicina de la Universidad de Madrid, si bien la introducción de la anestesia en nuestro país no fue documentada hasta 1907 cuando José Blasco Reta hizo alusión a los eventos del momento en su Tesis Doctoral (147). En la actualidad, contamos con el trabajo del Prof. Franco Grande y colaboradores, quienes han realizado una investigación exhaustiva sobre los comienzos de la anestesia en España, y a los que debemos estar profundamente agradecidos (148-150). En febrero del mismo año 1947, se llevó otra eterización en Barcelona realizada por el Catedrático Antonio Mendoza en el Hospital de La Santa Cruz (151).

El cloroformo también se empezó a utilizar en España a partir del mes de diciembre del 1847 en ciudades como Santiago de Compostela, Madrid y Barcelona (152). La introducción de la anestesia quirúrgica en España duró un año, desde enero de 1847 a enero de 1848, lo mismo que en otros países europeos. En España, así como en Inglaterra, el fármaco inhalatorio de elección fue el cloroformo, cayendo el éter rápidamente en el olvido (153).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, la cirugía en España estuvo muy limitada ya que el conjunto de intervenciones llevadas a cabo anualmente no superaba la centena y gran parte de las mismas desencadenaba un final fatal para el enfermo. Los cirujanos temían que el acto anestésico desencadenase un evento fatal para el paciente y por ello tendían a evitar la anestesia general, decantándose por la “semianestesia”, o incluso permitiendo que el enfermo sufriese dolor durante el acto quirúrgico. Al principio eran los propios cirujanos los que administraban el cloroformo a sus pacientes ya que eran muy conscientes de los riesgos que esta práctica conllevaba (154). Sin embargo, a partir de 1880 con la introducción de la cirugía antiséptica, que permitió la cirugía de grandes cavidades como la laparotomía, las necesidades de profundizar la anestesia hicieron que las complicaciones aumentasen y algunos cirujanos empezasen a relegar la administración de la anestesia a ayudantes (155). Además, a este hecho se sumó la vuelta a la utilización del éter, hipnótico más fiable que empezó a utilizarse con el aparato de Ombrédanne, situación que promovió que el cirujano se sintiese más seguro (156). Por esta razón, enfermeras, alumnos de Medicina o médicos poco cualificados comenzaron a anestesiar, lo cual promovió un estancamiento científico

importante. A pesar de esta tendencia, desde el inicio, los cirujanos fueron muy conscientes de la inexcusable necesidad de que hubiera un personal médico especializado en Anestesia.

En España ocurrió como en E.E.U.U en décadas previas, el trabajo de anestesista estaba mal remunerado por lo que esta práctica no conseguía atraer a los médicos mejor formados (157). Se han recogido diversos testimonios sobre esta situación precaria que encasillaba a la Anestesia como una especialidad poco respetada y atrayente, por ejemplo, el del Dr. Fermín Martínez Suárez, médico español dedicado a la Anestesia (157):

“En todos los países existen profesores que, dedicados exclusivamente a esta rama de la medicina, viven, no solo con desahago, sino con esplendidez. En Madrid con ser la capital de España; no existe uno solo que pueda vivir modestamente con esta especialidad: y esto, aunque sea vergonzoso confesarlo debe de hacerse constar en honor a una triste y desconsoladora realidad”

Como ya se ha comentado previamente, el problema de la especialización en Anestesiología no empezó a ser evidente hasta la primera década del siglo XX, cuando médicos de distintos países expusieron la necesidad de que existieran especialistas que fueran equiparados al resto de profesores de hospitales con igualdad de derechos y salarios (158). En España también se hizo necesaria la profesionalización de la Anestesia y distintas personalidades, entre las que destacó el Dr. Antonio Mut del Hospital de la Princesa reivindicó una Escuela de Anestésistas en 1908 (159). La Escuela de Anestésistas fue finalmente inaugurada gracias a un escrito que el Dr. Mut publicó en la *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas* (160). A pesar de ello, en 1910 él mismo seguía reivindicando la especialidad de Anestesia de esta manera (161):

“Yo entiendo que no se puede llamar anestesista al que, a fuerza de años, aprende más o menos rutinariamente a graduar la dosis de los anestésicos o a manejar con cierta habilidad tal o cual aparato. El anestesista necesita ser un médico de cuerpo entero, que sepa reconocer corazón y pulmones, que determine el grado de insuficiencia hepática, que averigüe la permeabilidad renal, que analice, lo más exactamente posible, la presión sanguínea. Es decir, que el que anestesia debe de hacer como cualquier médico: pronosticar”

En nuestro país la situación fue un poco particular puesto que en los hospitales públicos la anestesia era administrada por personal subalterno, mientras que en la práctica privada los cirujanos sí que contaban con médicos anestesistas (162). Por regla general, la primera mitad del siglo veinte, los cirujanos se encargaban de las técnicas loco regionales, incluyendo la anestesia raquídea, así como la anestesia endovenosa y la rectal; mientras que la anestesia general corría a manos de enfermeras y practicantes (163).

En 1921, el cirujano militar español Fidel Pagés Miravé (1886-1923) describió por primera vez en la historia la “anestesia metamérica”, que corresponde a la anestesia epidural lumbar. La

muerte repentina del español desembocó en que sus investigaciones se suspendieran y su trabajo cayó en el olvido (164).

La situación en España cambió a partir de 1940; fue tras el final de la guerra civil española, la introducción de nuevos fármacos, los barbitúricos y relajantes musculares, y la aparición de la cirugía torácica, cuando se planteó claramente la necesidad del médico especialista en anestesia. Por un lado, un grupo de médicos se trasladó al extranjero para especializarse en Anestesiología, entre los que destacaron: Luis Agostí, Ricardo Vela, Roberto Llauro y Elio Membrano, y por otro, en Barcelona el Dr. Miguel Martínez comenzó su especialización en el ámbito nacional (157).

Hubo dos factores determinantes que potenciaron notablemente el desarrollo de la Anestesia en España; el apoyo de los cirujanos a sus compañeros anestesistas para continuar con su especialización, y la influencia de los médicos españoles, que partir de 1945, viajaron al extranjero y volvieron con noticias relevantes en el campo de la misma. Entre los años 1945-1948 se llevaron a cabo distintas conferencias en las que se compartieron los avances médicos presenciados en otros países (165).

El país más visitado fue probablemente Inglaterra, ya que se encontraba relativamente cerca y la Anestesiología había alcanzado un nivel científico adecuado. Pero también Estados Unidos, Francia, Alemania y Holanda atrajeron a nuestros médicos. Conocemos que las pioneras de la anestesia en España, las doctoras María Oliveras y María del Carmen Unzueta Larrañaga realizaron estancias en el extranjero. En concreto la Dra. María del Carmen Unzueta realizó su especialidad de Anestesiología en Estados Unidos (166).

Entre los años 1948 y 1968 se llevaron a cabo distintos cursos de formación en Anestesia en Madrid, Santander y Barcelona y finalmente, la especialidad fue reconocida en 1955.

A principios de la segunda mitad del siglo XX diversas médicas se decantaron por la especialidad de Anestesiología, siendo consideradas las pioneras en España. Lo que se sabe de sus vidas personales y de los obstáculos que tuvieron que hacer frente en aquellos momentos en los que el ambiente estaba claramente masculinizado se conoce vagamente, puesto que, no se ha llevado a cabo ninguna investigación previa sobre las diferencias de género en Anestesia en España. A pesar de ello, sí me gustaría nombrarlas, y detallar en qué destacaron teniendo en cuenta que casi todo lo aquí citado procede de la investigación que Franco dejó plasmada en el libro *Los orígenes de la anestesia moderna en España*, al que se ha hecho referencia en numerosas ocasiones en este apartado.

María del Carmen Unzueta Larrañaga se especializó en Estados Unidos, concretamente en Minneapolis, donde realizó una estancia de dos años (1947-1949). Llevó a cabo el resto de su carrera profesional en San Sebastián, en el Sanatorio de San Ignacio.

María Teresa d'Ocón Asensi se especializó en Inglaterra y realizó el Curso de Anestesia del Royal College of Surgeons of England en los años cincuenta. Destacó en el área de Reanimación introduciendo las técnicas de diálisis en el Hospital San Carlos de Madrid. Posteriormente, se convirtió en Jefa del Departamento de Diálisis del Hospital Clínico San Carlos, probablemente una de las primeras mujeres en ostentar ese puesto de liderazgo. Trabajó como anestesista en el equipo del Catedrático de Urología Alfonso de la Peña.

María del Carmen García López fue una catalana que ejerció la Anestesiología en los años cincuenta y formó parte del equipo del Dr. Miguel, reconocido cirujano al que he hecho referencia previamente.

Por suerte, contamos con más información sobre María Oliveras i Collellmir, que fue una notable anesthesióloga catalana. María Oliveras nació el 6 de septiembre de 1910 en l'Argelaguer (la Garrotxa). Hija de una pareja de payeses, la mayor de siete hermanos, su vida estaba predestinada a continuar con aquel estilo de vida sencillo. Sin embargo, María mostró una gran afición por la lectura, lo cual le llevó a querer ampliar sus conocimientos, deseando realizar los estudios de Magisterio. Su padre era el Secretario del Ayuntamiento de su pueblo, pero no quería que María se aficionase a la lectura ni a los estudios, ya que no se veía adecuado para una mujer. Además, al ser la mayor de sus hermanos, no querían que se marchase de casa porque era necesario que trabajase en la masía.



Figura 1.30 María Oliveras Collellmir

En un principio iba a estudiar Odontología, pero finalmente se decidió a estudiar Medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona, estudios que acabó en 1938. En aquel momento, las

mujeres representaban un 3% del alumnado de la universidad (167). Estos datos serán detallados más adelante puesto que contamos con una entrevista que se le realizó en 2007 que detalla toda su vida, tanto personal como profesional.

La Dra. Oliveras trabajó como médico durante los últimos meses de la Guerra Civil en el laboratorio del Hospital Militar de Vallcarca en Barcelona, pero al acabar la guerra los títulos obtenidos no fueron reconocidos, por lo que tuvo que examinarse nuevamente de catorce asignaturas para conseguir el título de médico en 1941. Posteriormente, se dedicó a los Análisis Clínicos, y en 1944 consiguió un puesto, no remunerado, en el Instituto Neurológico Municipal dirigido por el Dr. Roca Vinyals, donde también se dedicó a realizar transfusiones y a controlar los pacientes en el quirófano. Ahí conoció al Dr. Adolfo Ley Gracia (1908-1975), neurocirujano quien la invita a formar parte de su equipo de cirugía encargándose de la anestesia. En el mismo año, 1944, el equipo de Ley se traslada al Hospital Clínic, donde María Oliveras continúa dedicándose a los análisis clínicos y a la neuroanestesia.

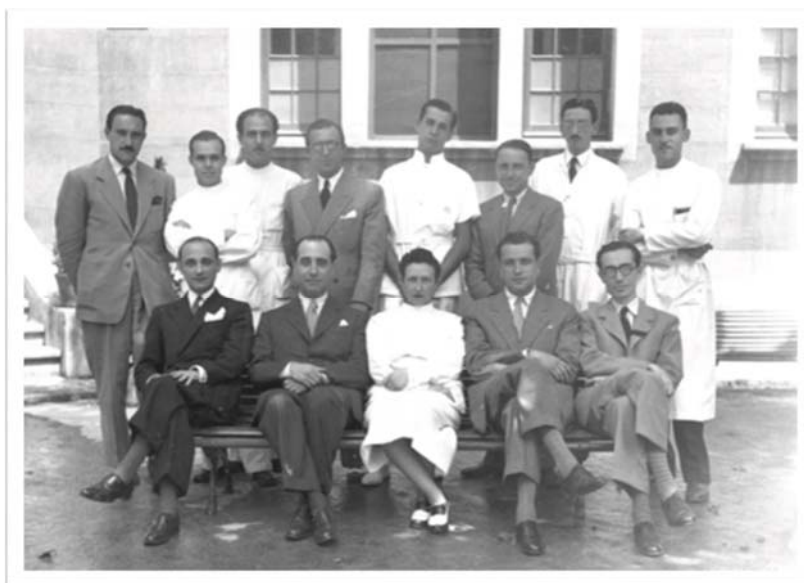


Figura 1.31 Servicio de Laboratorio del Instituto Neurológico Municipal 1941-1944

En 1946, el Profesor Robert Macintosh (1897-1989) de la Universidad de Oxford realizó una visita a España con el motivo de participar en unas conferencias sobre anestesia. En el mismo momento en que visitó el Hospital Clínic donde conoció a la Dra. Oliveras, al observar sus prácticas médicas y valorarlas positivamente, la invitó a realizar una rotación por su servicio en Inglaterra. A pesar de la carga familiar que tenía por entonces; casada con el farmacéutico Narcís Esplugas Sabater y madre de dos hijos pequeños, consiguió una beca y se trasladó a Inglaterra en 1947. Allí pasó un año, y tras su vuelta, implementó todo lo aprendido en su estancia en Oxford, convirtiéndose en una innovadora neuroanestesista que compaginó el trabajo en el Hospital Clínic con el de la

práctica privada en la Clínica Dios. Finalmente, a partir de 1963 hasta su jubilación en el 1980, se dedicó en exclusiva al trabajo de laboratorio, dejando atrás su vida como anesthesióloga. La Dra. Oliveras se convirtió en una de las anesthesistas más prestigiosas del momento, creando escuela en su lugar de trabajo, donde se formaron otros anesthesiólogos destacados como Juan Oliveras Farrús y Antonio Castells Cirera. La Dra. Oliveras murió el 5 de noviembre de 2009 y en su centenario, la Sociedad Catalana de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, le condecoró con la Medalla de Oro.



Figura 1.32 Servicio de Neurología del Hospital Clínic en 1952

En 2007 el Colegio de Médicos de Barcelona le realizó una entrevista, gracias a la cual contamos con una información valiosísima de su vida, resultando obligatorio plasmar convirtiéndose en la primera mujer entrevistada por el Colegio de Médicos de Barcelona (167). Merece mucho la pena reproducir sus palabras puesto que, representan un claro ejemplo del esfuerzo, coraje y empeño que tuvo que realizar María Oliveras para poder hacer frente a todos los obstáculos que se presentaron en su vida, comunes probablemente para todas las mujeres que en la primera mitad del s. XX quisieron desarrollar una carrera profesional.

La primera dificultad a la que tuvo que enfrentarse fue la oposición de su familia a que comenzase los estudios lejos del hogar. Sin embargo, tenía las ideas muy claras de lo que quería hacer con su vida, a tenor de sus propias palabras:

“Desde los ocho años yo tenía claro que no quería hacer de payesa. Pensaba que la única salida para liberarme de aquel futuro era estudiar para ser maestra. La señorita de la escuela me dijo que me ayudaría y contactamos con una tía mía que vivía en Mataró, en un convento. La tía Loreto se puso en contacto con mis padres y conseguí que me dejaran irme con ella a Mataró”

En un principio iba a realizar los estudios de Magisterio para convertirse en maestra, la salida profesional más común para las niñas que querían estudiar, pero su tía le explicó que había más opciones, que podía realizar en Bachillerato para poder realizar otros estudios, por ejemplo, Medicina. En aquel entonces ella sólo tenía doce años y para matricularse en Magisterio necesitaba tener catorce. Finalmente, se matriculó de forma libre en Magisterio y oficialmente en bachillerato. También hace referencia a que previamente sólo hablaba en catalán, teniendo que aprender el castellano como si fuera un idioma nuevo, incluso había muchas cosas que no entendía y tenía que aprenderlas de memoria. Una vez aprobado el ingreso en Bachillerato, se marchó a Girona para poder seguir estudiando. Durante los seis años que permaneció en Girona estuvo internada en el Colegio Del Sagrado Corazón de María y básicamente llevó una vida de monja, de hecho, se pensaban que ingresaría en el convento. María Oliveras acabó Magisterio y el Bachillerato en el mismo año, sin suspender ninguna asignatura e incluso sacando alguna matrícula de honor. En cuanto a la idea de estudiar Medicina, sus pensamientos quedaron plasmados de la siguiente manera:

“No tenía claro qué quería hacer. Curiosamente, mi primera intención fue ser dentista; todo porque conocí a la novia de Olot que hacía aquellos estudios. Pero resultaba que en aquellos tiempos para estudiar la carrera de dentista primero había que hacer un curso en la Facultad de Medicina y después te tenías que trasladar a Madrid, el único sitio donde se podía cursar Odontología, en Barcelona no había esta especialidad. De manera que me apunté a Medicina, pero cuando ya había hecho los dos primeros cursos vi que me agradaba, y que irme a Madrid lejos de la familia sería muy complicado”.

María Oliveras no tenía un claro referente en la familia que la pudiese haber influenciado para realizar Medicina, según expuso tenía un tío que era médico, al cual nunca llegó a conocer.

Nuestra pionera comenzó la carrera de Medicina en el año 1930. En la facultad había catorce mujeres y unos cuatrocientos hombres. De esas mujeres, sólo dos acabaron la carrera. Al preguntarle si notó de alguna manera que sus compañeros le discriminaban, ella contestó de esta manera:

“No, no, nunca. Los chicos se portaban muy bien con nosotras, Yo era una compañera más, nos ayudábamos los unos a los otros. “

Y en cuanto al trato de los Catedráticos:

“No, tampoco. Yo era buena estudiante y no necesitaba ayuda”.

Cuando estalló la Guerra Civil, le faltaban dos años para acabar la carrera, comentaba que, a pesar de las dificultades intentaban acudir todos los días a clase. Algunos Catedráticos se habían marchado, pero otros se habían quedado con los estudiantes. Lo que cambió fue el alojamiento; los chicos fueron alojados en una residencia masculina de la calle Urgel. Al conseguir el título, le enviaron a trabajar en un dispensario del puerto de Barcelona y después trabajó en el laboratorio

del Hospital Militar donde empezó su afición por la especialidad de Análisis Clínicos. También ayudó en los quirófanos del Hospital Clínic.

En cuanto a su vida personal, la entrevista detalla muy bien esta esfera. A comienzos de 1941 conoció a quien se convertiría en su marido; un farmacéutico que quería introducir en su farmacia análisis clínicos. Después de cinco meses, en julio de 1941 se casó en su pueblo natal. Sus dos hijos nacieron en 1942 y en 1946 respectivamente. Su primer parto fue en casa, sin embargo, al final del mismo tuvo la ocasión de inhalar cloroformo para paliar el dolor. Dos días después del parto tuvo que volver a trabajar porque no había nadie para sustituirla. Para el segundo parto, contó con un sustituto quince días antes, el Dr. Jaume Coll Sampol. Sin embargo, ya fuera de cuentas, recibió una llamada urgente del Dr. Ley que buscaba desesperadamente a su compañero el Dr. Coll para realizar una transfusión urgente puesto que, el paciente que estaba operando estaba experimentando una hemorragia masiva. Desgraciadamente, fue imposible localizarle y fue ella misma la que se presentó en el quirófano de la Clínica Gimbernat donde se estaba realizando la intervención para llevar a cabo la transfusión. Cuando llegó al quirófano, el Dr. Ley objetó:

“Vaya por Dios, hoy además de la transfusión, tendremos un parto”

Y parece que no estaba muy lejos de la realidad ya que, al cabo de unas horas, la doctora volvía a la Clínica a dar a luz, en aquella ocasión sin anestesia.

En cuanto a la conciliación laboral y familiar, la doctora explicaba que en casa siempre contó con la ayuda de personal de servicio, que llegó a tener seis empleadas a la vez. Al no haber electrodomésticos, las tareas de la casa comprendían un trabajo más pesado, así que ella las tenía distribuidas por especialidades. Además, los análisis debían ser extraídos de noche y durante la mañana debía recorrer la ciudad en busca de las muestras. Ella misma conducía su coche, al preguntarle por ello, la pionera relata que era muy inusual ver a mujeres conduciendo en Barcelona y que incluso el resto de conductores la saludaban.

En cuanto a la especialidad de Anestesia y su estancia en Oxford, María Oliveras detalló que siempre combinó la especialidad de Análisis Clínicos con la de Anestesia. Cuando Macintosh visitó el Hospital Clínic donde María trabajaba junto con el Dr. Ley, tuvo ocasión de compartir con él varios actos anestésicos. Por aquella época, Macintosh, ya practicaba ciertas técnicas, como la intubación traqueal, o la utilización del aparato de anestesia conocido como el aparato de Oxford, que eran desconocidas en España. A su vuelta a Inglaterra, Macintosh contactó con el Dr. Ley para ofrecer una rotación en su cátedra. En principio, Ley se lo quería ofrecer a un médico más joven, pero fue el mismo Macintosh quien le sugirió que fuese Oliveras la elegida. Para hacer posible la estancia, le buscaron una beca, exactamente se la concedió la Fundación Rockefeller, por lo que no

tuvo más remedio que aceptar la estancia. Además, su marido la animó a que no dejase pasar semejante oportunidad, pues lo consideraba “una acción por el bien de la humanidad”.



Figura 1.33 Participantes del curso de anestesia en Nuffield. Oliveras se encuentra en la primera fila, cuarta por la izquierda y Macintosh el segundo por la izquierda en la segunda fila

A lo largo del año que pasó en Oxford tuvo ocasión de asistir a las intervenciones quirúrgicas y encargarse de la anestesia. En la entrevista detalló que el Dr. Macintosh hizo una salvedad con ella; a los demás rotantes sólo les permitía entrar al quirófano a observar, sin embargo, a ella le dejaba intubar, controlar las intervenciones y la anestesia.



Figura 1.34 Aparato de anestesia

Durante su estancia estuvo en contacto con otros anestesiólogos catalanes como el Dr. Josep Trueta (1897-1977) y el Dr. Dionís Montón i Raspall (1916-1979) que se convertiría posteriormente en el Jefe de Servicio de Anestesia del Hospital de Sant Pau. Parte del dinero que obtuvo de la beca lo invirtió en comprar material de anestesia: un inhalador del modelo Oxford que había creado Macintosh, y un aparato de anestesia EMO (creado por Epstein y Macintosh en Oxford). También trajo material para intubar y medicamentos. Con este nuevo instrumental fue capaz de mejorar

notablemente la anestesia a su regreso de Inglaterra, implementando todos los conocimientos y técnicas que había adquirido.

En 1984 el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona le otorgó el Diploma de Colegiación Honorífica en manos del Dr. Ramón Trias Rubiès con motivo de su jubilación.



Figura 1.35 Acto de entrega del Diploma de Colegiación Honorífica a la Dra. Oliveras en 1984

La trayectoria profesional de la Dra. María Oliveras, a pesar de ser una mujer inteligente, intrépida, innovadora, y una de las pioneras de la Anestesia y de los Análisis Clínicos en nuestro país, es poco conocida para el público en general, como la de muchas otras mujeres sobresalientes.



Figura 1.36 Promoción de Medicina 1932-1940

Como se puede observar, su irrupción en el espacio público adaptándose a un ámbito profesional fuertemente masculinizado le abrió nuevas expectativas de vida (conducir su propio

coche, realizar viajes de trabajo al extranjero, relacionarse con especialistas de reconocido prestigio) que no estaban al alcance del común de las mujeres; un hecho que, sin embargo, no le impidió cumplir con el modelo femenino oficial de esposa y madre.

María Paz Sánchez Aguado representa otra de las mujeres pioneras en España en la especialidad y fue la primera en ostentar el puesto de Jefa de Servicio de Anestesiología y Medicina Intensiva del Hospital Ramón y Cajal, produciéndose su nombramiento, según aparece publicado en el Boletín Oficial del Estado del 16 de mayo de 1977.



Figura 1.38 Nombramiento Jefa de Servicio de la Dra. Aguado

Aparte de esta publicación, es difícil tener acceso a más información sobre esta anesthesióloga, excepto por una entrada en internet a raíz de su fallecimiento el 30 de marzo de 2017. Según se detalla, la Dra. Sánchez Aguado se licenció en Medicina en 1955, tras lo que empezó su carrera como anesthesióloga, siendo una de las quince mujeres dedicadas a la especialidad en aquel momento.

A lo largo de su vida profesional trabajó en la Escuela de Enfermedades del Tórax de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, y en los hospitales madrileños de La Paz y Ramón y Cajal. Destacó por ser la anesthesióloga del cuerpo médico del Jefe de Estado, Franco, y por ser condecorada con la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad en 1976 (168).



Figura 1.37 Cuerpo de Médicos del Jefe del Estado, incluida María Paz Sánchez Aguado

2. Justificación

En la introducción hemos viajado al pasado para proporcionar, de una forma resumida, una idea general sobre la situación de las mujeres en relación con los inicios de la Medicina como carrera universitaria y el desarrollo de la especialidad de Anestesiología. Tal y como se ha expuesto, las mujeres han representado históricamente una minoría en las aulas universitarias, así como en las distintas especialidades médicas. En las últimas décadas estamos presenciando un incremento notable del número de mujeres que acceden a los estudios de Medicina, así como del porcentaje de médicas en activo tanto en España como a nivel mundial. Sin embargo, a pesar de este incremento, las mujeres continúan estando poco representadas en los puestos de liderazgo; gestión hospitalaria, cátedras universitarias y áreas de investigación.

En un primer momento, las mujeres tuvieron que luchar para poder disfrutar del derecho a una educación superior, y una vez que empezaron a gozar del mismo derecho que los hombres para acceder a los estudios universitarios, las diferencias de género a las que se han visto sometidas se han transformado.

Cuando las mujeres comenzaron a matricularse en la universidad, el número de alumnas fue incrementando notablemente a lo largo de los años. Si volvemos a la tabla 1.1 podemos ver este hecho claramente reflejado: en 1920 las mujeres representaban el 2% del alumnado total universitario, mientras que en 2019 las mujeres alcanzaron el 55,2 %. Un fenómeno todavía más notable ha sido el experimentado por el porcentaje de mujeres que cursan Medicina. A pesar de que Medicina siempre fue una de las carreras más solicitadas por el género femenino, el número de mujeres en las aulas en relación al de hombres fue históricamente menor.

El incremento de mujeres en la profesión médica se produjo de forma paralela al aumento de la población activa femenina, que creció notablemente a partir de la década de los sesenta. Éste hecho estuvo directamente relacionado con el grado de desarrollo económico. Sin embargo, comparando los datos españoles con los de otros países, España se posicionaba mal internacionalmente en cuanto al número de mujeres, ocupando el tercer puesto por la cola a nivel mundial (53).

Haciendo referencia a la tabla 1.3, donde se recoge el porcentaje de mujeres matriculadas en Medicina, podemos observar como éste ha aumentado exponencialmente: en 1970 las mujeres representaban el 25% total del alumnado de Medicina y en 2019 el número ascendió hasta el 69,4%. El incremento del número de mujeres matriculadas en Medicina se produjo, de igual manera, a

partir de la década de los 70, llegándose a producir una clara feminización de la carrera universitaria en esta última década.

Siguiendo la misma tendencia, el número total de mujeres colegiadas, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), también fue aumentando gradualmente a lo largo de los años. En el año 2000, el porcentaje de mujeres colegiadas se situaba en el 37,89%, mientras que en el 2017 ese número ascendió a 50,4%. En 2019, las mujeres superaron a los hombres en número de colegiaciones: 51,6% (total colegiados 267.995, mujeres 138.285) (169). Al analizar los datos de las colegiaciones, tenemos que tener en cuenta que el cómputo total hace referencia a médicos en activo y jubilados. Según la estadística de médicos colegiados en 2017, las provincias más feminizadas son Madrid y Álava, mientras que las cuentan con menor representación femenina son Jaén (42,4%), Ceuta (36,6%) y Melilla (34,6%). En la figura 2.1 se representan las provincias donde el número de mujeres colegiadas excede al de hombres.

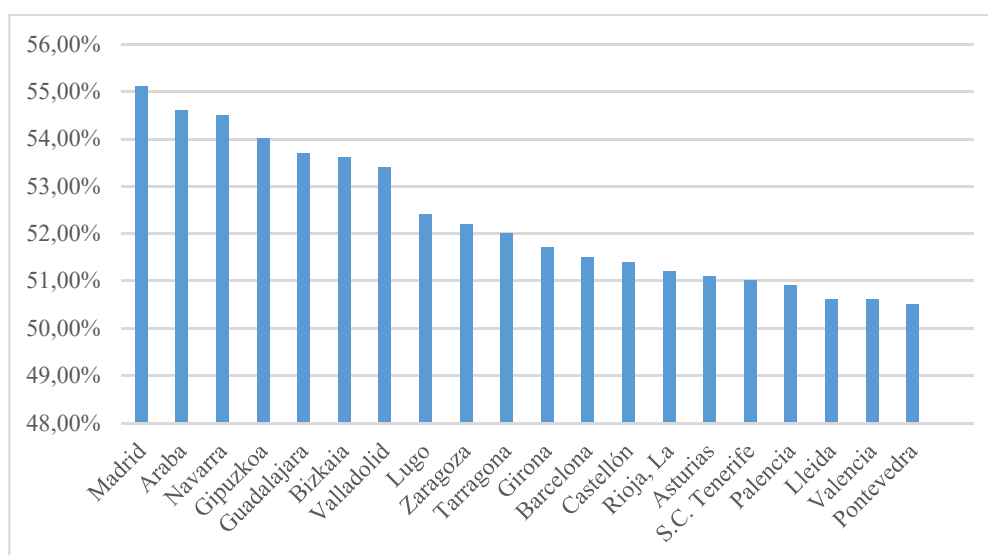


Figura 2.1 Porcentaje de mujeres colegiadas por provincia en 2017 (INE)

Estos datos nos sirven de base para afirmar que la medicina está experimentando una clara feminización en España, así como todo el sector sanitario en general. En la figura 2.2, podemos observar los porcentajes de mujeres colegiadas en el sector sanitario en su conjunto.

Por otra parte, si se consideran sólo los porcentajes relacionados con los facultativos en activo, esta feminización es todavía más acusada puesto que el porcentaje de médicas en activo es mayor que el de hombres, siendo la media nacional en 2017 de 52,4% mujeres y 47,6% hombres. Estos datos se detallan por provincia en la figura 2.3 (169).

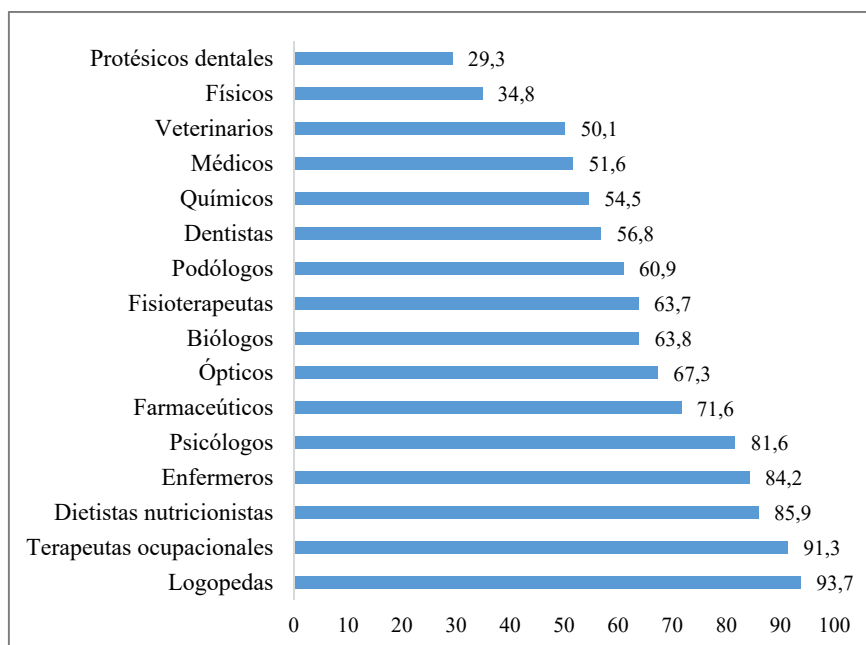


Figura 2.2 Porcentaje de mujeres colegiadas por tipo de profesión sanitaria en 2019. Extraído del INE

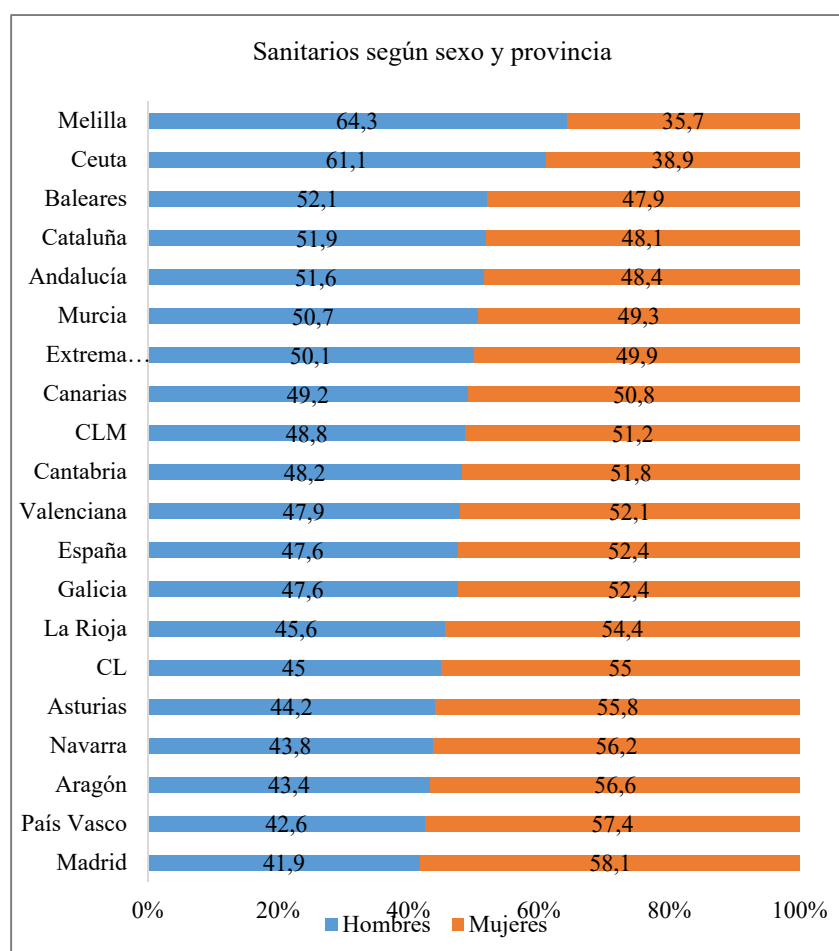


Figura 2.3 Porcentaje de médicos en activo

CLM: Castilla La Mancha, CL: Castilla León

En el siguiente conjunto de figuras 2.4 quedan reflejados los porcentajes de médicos colegiados en activo según la franja de edad en 2017. En esta ocasión se pone de manifiesto que el número de mujeres por debajo de los 55 años es claramente mayor que el de hombres.

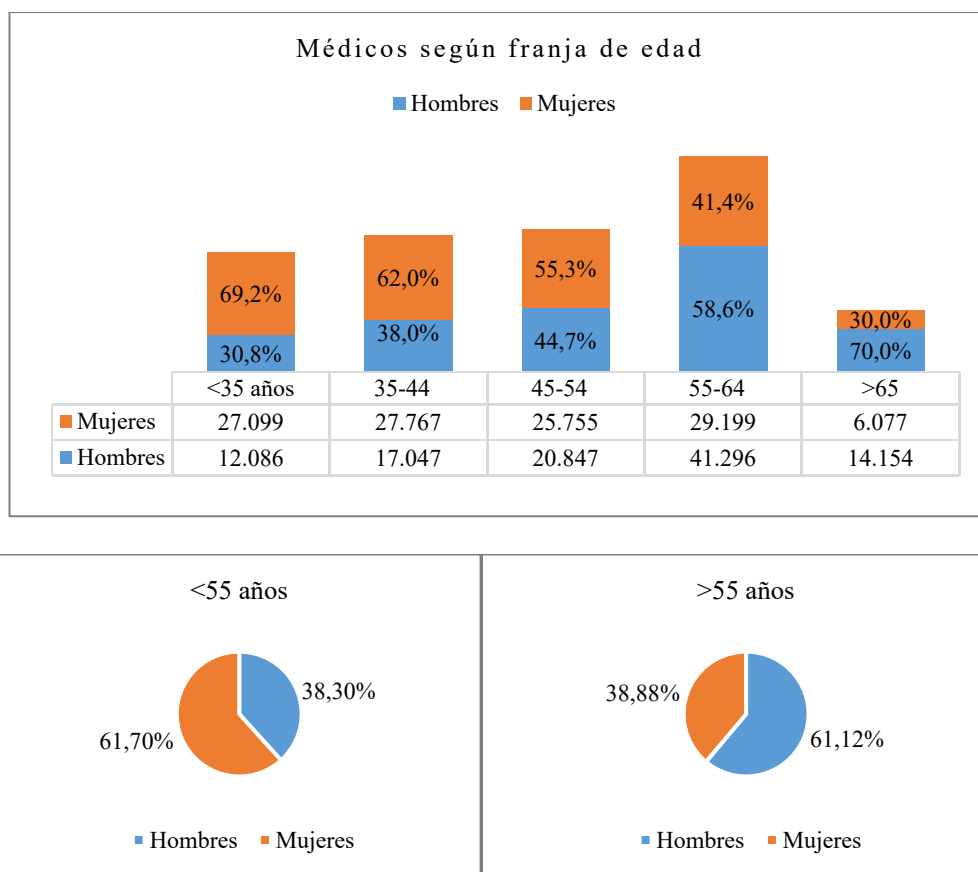


Figura 2.4 Porcentaje de médicos según edad (INE)

En cuanto a las especialidades médicas, ya se señaló que desde que las mujeres tuvieron acceso a la universidad, existían ciertas preferencias. En 1965, el 52% de las mujeres que ejercían la medicina eran pediatras y el 25% ginecólogas. En 1974, las mujeres se repartían de la siguiente manera en las especialidades médicas: 30% Pediatría, 16% Análisis Clínicos, 8,5% Anestesia y 5,5% Ginecología. En esas décadas todavía existían especialidades inaccesibles para las mujeres entre las que destacaban las especialidades quirúrgicas: Cirugía Cardíaca, Torácica, Pediátrica, Neurocirugía y Cirugía General, Medicina Administrativa, Geriátrica o Traumatología (que aunque sí contaba con mujeres, el porcentaje era mínimo) (53). Una encuesta realizada en 1965 a médicos barceloneses señalaba que, el 18% de ellos prefería que las mujeres siguiesen dedicándose a las especialidades consideradas femeninas como eran los Análisis Clínicos y la Pediatría. La Ginecología y Obstetricia que había sido históricamente un campo asociado directamente a las mujeres, pasó a estar en manos de los hombres a partir de los años treinta en España. En ese momento, se creó el Seguro de Maternidad, que ofrecía una garantía a la salud de la mujer y de sus

hijos, y al que se asociaron numerosos puestos de trabajo que fueron cubiertos por el sector masculino, dejando las labores de enfermería a las mujeres, matronas, que asumieron un papel subordinado. En los países del entorno como Francia, Italia o Suiza, las preferencias eran bastante parecidas a las de España, siendo Pediatría la especialidad más elegida de las mujeres; a diferencia de Austria o Inglaterra donde las mujeres se decantaban por Anestesiología (53).

Actualmente, las preferencias de los estudiantes se pueden inferir por la elección de la especialidad en la adjudicación de las plazas de Médico Interno Residente (MIR). En cuanto a la distribución por sexos de los últimos años, se puede afirmar que las mujeres representan más del 60% de los aspirantes MIR, representando el 64,1% en el 2019. Las especialidades que cuentan con una presencia femenina mayor del 70% son las siguientes: Bioquímica Clínica, Pediatría, Alergología, Obstetricia y Ginecología, Geriátrica, Análisis Clínicos, Reumatología, Medicina de Familia y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública y Endocrinología y Nutrición. En 2019, del total de las plazas ofertadas para la especialidad de Anestesiología, el 56,7% fueron adjudicadas a mujeres, lo que refleja el inicio de la feminización de la especialidad. De hecho, según las estadísticas publicadas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) en 2017, el 62% de los MIR de Anestesiología eran mujeres (170).

Por el contrario, las mujeres suponen menos del 50% en las siguientes especialidades: Cirugía Plástica Estética y Reparadora, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Cardiovascular, Dermatología, Neurología y Cardiología.

También es necesario señalar que, aunque el número de mujeres aspirantes a MIR es mayor que el de hombres, las primeras posiciones son ocupadas preferentemente por hombres, no habiendo sido analizadas las razones de esta disparidad.

En la tabla 2.1 podemos observar los porcentajes exactos de mujeres que eligieron cada especialidad en 2019 (171).

Tabla 2.1 Distribución médicos por especialidades en 2019

Especialidad	Mujeres	% Mujeres	Hombres	Total
Alergología	51	83,6	10	61
Análisis clínicos	15	78,9	4	19
Anatomía patológica	64	61,5	40	104
	195	56,7	149	344
	19	54,3	16	35

Especialidad	Mujeres	% Mujeres	Hombres	Total
Aparato digestivo	96	59,6	65	161
	6	100,0	0	6
	81	48,2	87	168
	11	45,8	13	24
	114	57,6	84	198
	16	50,0	16	32
Cirugía ortopédica y Traumatología	89	36,6	154	243
	13	56,5	10	23
	13	32,5	27	40
Cirugía torácica	17	65,4	9	26
	44	46,8	50	94
	57	70,4	24	81
	11	68,8	5	16
	53	80,3	13	66
	219	82,3	47	266
	83	67,5	40	123
	6	60,0	4	10
Medicina del Trabajo	38	58,5	27	65
Medicina Familiar	1.365	71,3	549	1.914
Medicina Intensiva	106	65,0	57	163
Medicina Interna	190	56,9	144	334
Medicina Nuclear	30	66,7	15	45
Microbiología	16	53,3	14	30
Nefrología	61	62,9	36	97
	69	60,0	46	115

Especialidad	Mujeres	% Mujeres	Hombres	Total
Neurocirugía	23	51,1	22	45
	20	50,0	20	40
	61	47,3	68	129
	109	61,9	67	176
	74	61,7	46	120
	41	66,1	21	62
Otorrinolaringología	44	53,0	39	83
Pediatría	363	83,8	70	433
Psiquiatría	157	63,3	91	248
Radiodiagnóstico	119	52,0	110	229
Rehabilitación	51	51,5	48	99
Reumatología	42	75,0	14	56
Urología	53	50,5	52	105
	4.354	64,1	2.443	6.797

Las estadísticas europeas publicadas anualmente por el Eurostat ponen de manifiesto una tendencia hacia la feminización de la Medicina en un número importante de países. En la figura 2.5 se ilustran los porcentajes de los distintos países europeos según los datos recogidos en 2017 (172).

Si analizamos los datos detalladamente, países de nuestro entorno más cercano como Francia, Alemania o Italia cuentan con más hombres que mujeres entre su personal médico; sus porcentajes se sitúan cerca del 60%, llegándose a superar esa cifra en algunos países como Luxemburgo, Chipre, Liechtenstein, Islandia y Turquía. Los países con los ratios hombre/mujer más igualados son Suecia, Inglaterra y Dinamarca. España se sitúa en porcentajes similares a Portugal, Bulgaria y Hungría; donde el número de mujeres es superior al de hombres, pero sin llegar a alcanzar el 60%. Finalmente, los países donde las mujeres representan claramente la mayoría del personal médico, situándose su porcentaje alrededor del 70%, son: Lituania, Rumania, Estonia y Latvia.

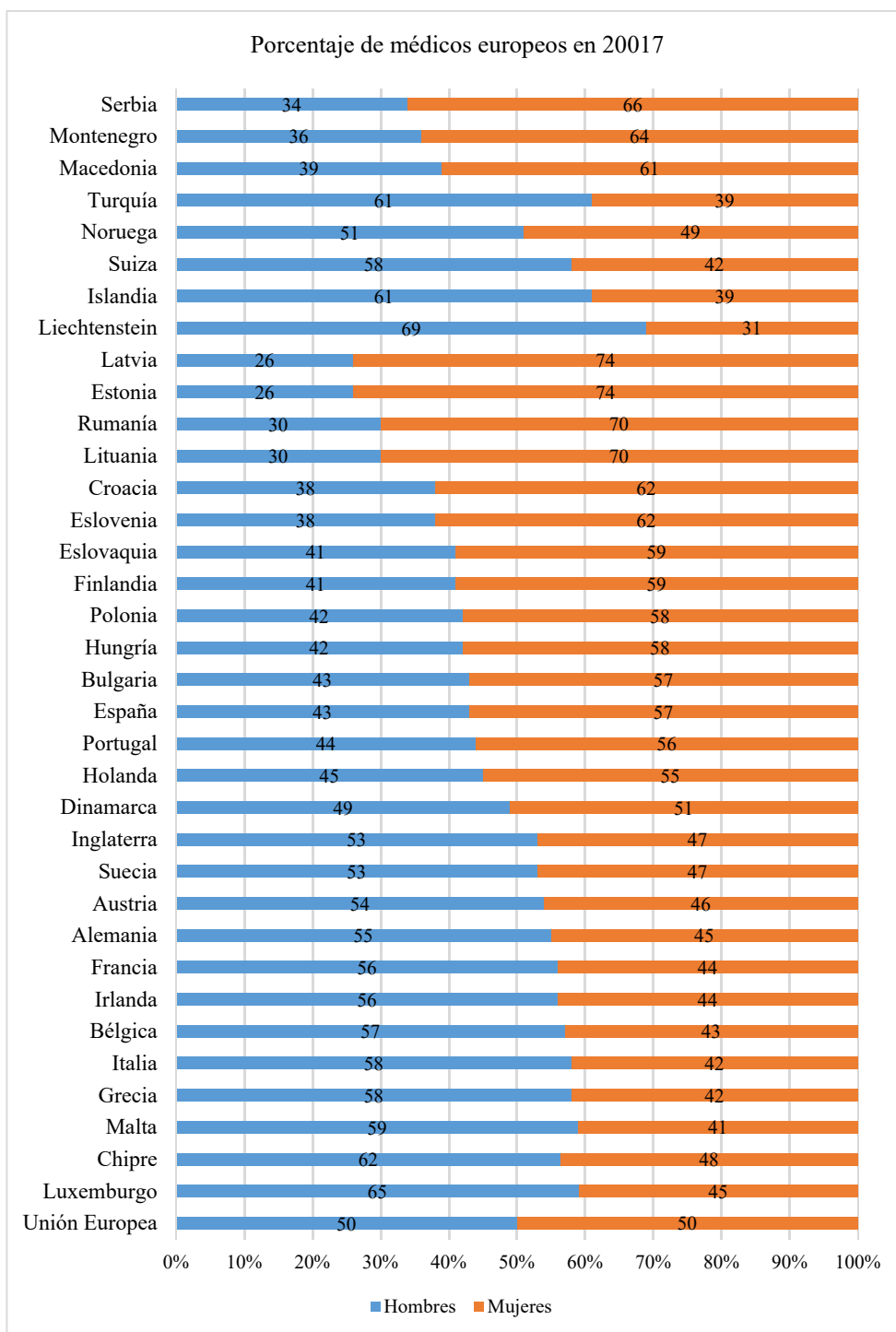


Figura 2.5 porcentaje de médicos en Europa en 2017. Fuente Eurostat

Las estudiantes de Medicina de los países anglosajones han empezado a ser mayoría recientemente. Datos aportados por la AAMC (Association of American Medical Colleges) sitúan, por primera vez en la historia, el porcentaje de mujeres estadounidenses estudiantes de medicina en el 50,5% en 2019 (173), sin embargo, las médicas en activo sólo engloban el 36%. En Canadá, las mujeres representaban el 63% de los estudiantes de Medicina y el 42% de los médicos en activo en

2018. En ese mismo año, en Australia las estudiantes de Medicina comprendían el 53%, mientras que las médicas en activo conformaban el 44% del total (174).

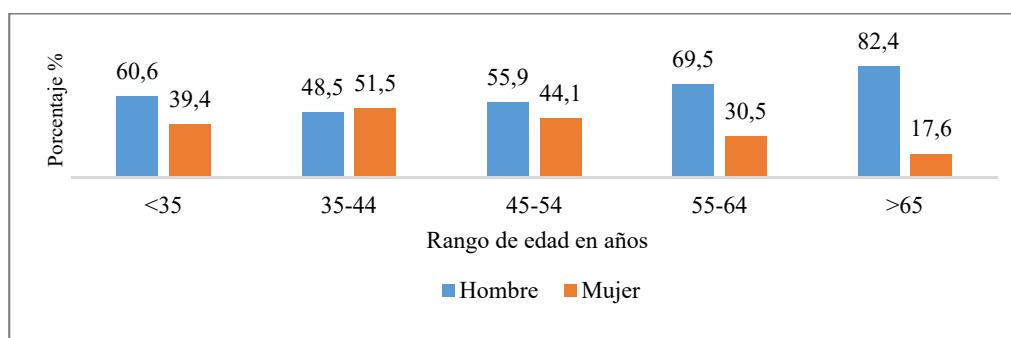


Figura 2.6 Porcentaje de médicas en activo en E.E.U.U en 2017. Fuente Athenahealth

Si nos centramos en la especialidad de Anestesiología, la tónica mundial es diferente según los países analizados. Por poner algunos ejemplos que ilustren esa discrepancia; en E.E.U.U el número de mujeres anesthesiólogas actualmente es menor que el de hombres; recordemos que una vez que la especialidad se hizo atractiva desde el punto de vista económico y de prestigio, más hombres se interesaron por ella, ocupando los puestos que históricamente habían ocupado las mujeres (175, 176). En este país, las mujeres representaban el 34,2% de los especialistas en activo en 2017. Si nos fijamos en la figura 2.7, Anestesiología se sitúa junto con las especialidades quirúrgicas y Radiología, en el grupo donde las mujeres tienen menos presencia.

En Australia, el 28,3% de los especialistas en Anestesia eran mujeres en 2015 y en Inglaterra el número de mujeres anesthesiólogas en 2018 llegaba al 32% (177). Es importante tener en cuenta que estos datos sólo incluyen a las mujeres que ya han acabado la especialidad, dejando fuera a las residentes.

Por otro lado, si analizamos los datos europeos, podemos afirmar que ya desde la pasada década, la tendencia a la feminización de la especialidad de Anestesia era latente. En 2007, Egger et al. (178), publicaron para la Sociedad Europea de Anestesiología (ESA) los resultados de una interesante investigación de los que se pueden sacar las siguientes conclusiones: los países europeos donde el número de mujeres especialistas en anestesiología era superior al de hombres no eran muy numerosos y se concentraban principalmente en el este de Europa y en la antigua Unión Soviética; países donde históricamente el porcentaje de mujeres médicas siempre ha sido más numeroso (Rumanía, Serbia, Turquía, Bosnia Latvia, Lituania, Eslovenia, Eslovaquia, Grecia). Sin embargo, el porcentaje de mujeres realizando la especialidad era mayor que el de hombres en un gran número de países (Grecia, España, Inglaterra, Republica Checa, Estonia, Latvia, Lituania, Malta, Eslovaquia, Eslovenia, Bosnia, Bulgaria, Moldavia, Rumanía, Serbia y Turquía), lo que explica que

en la actualidad haya más mujeres que hombres anesthesiólogas en diversos países europeos. En la tabla 2.2 se recogen los datos del citado trabajo.

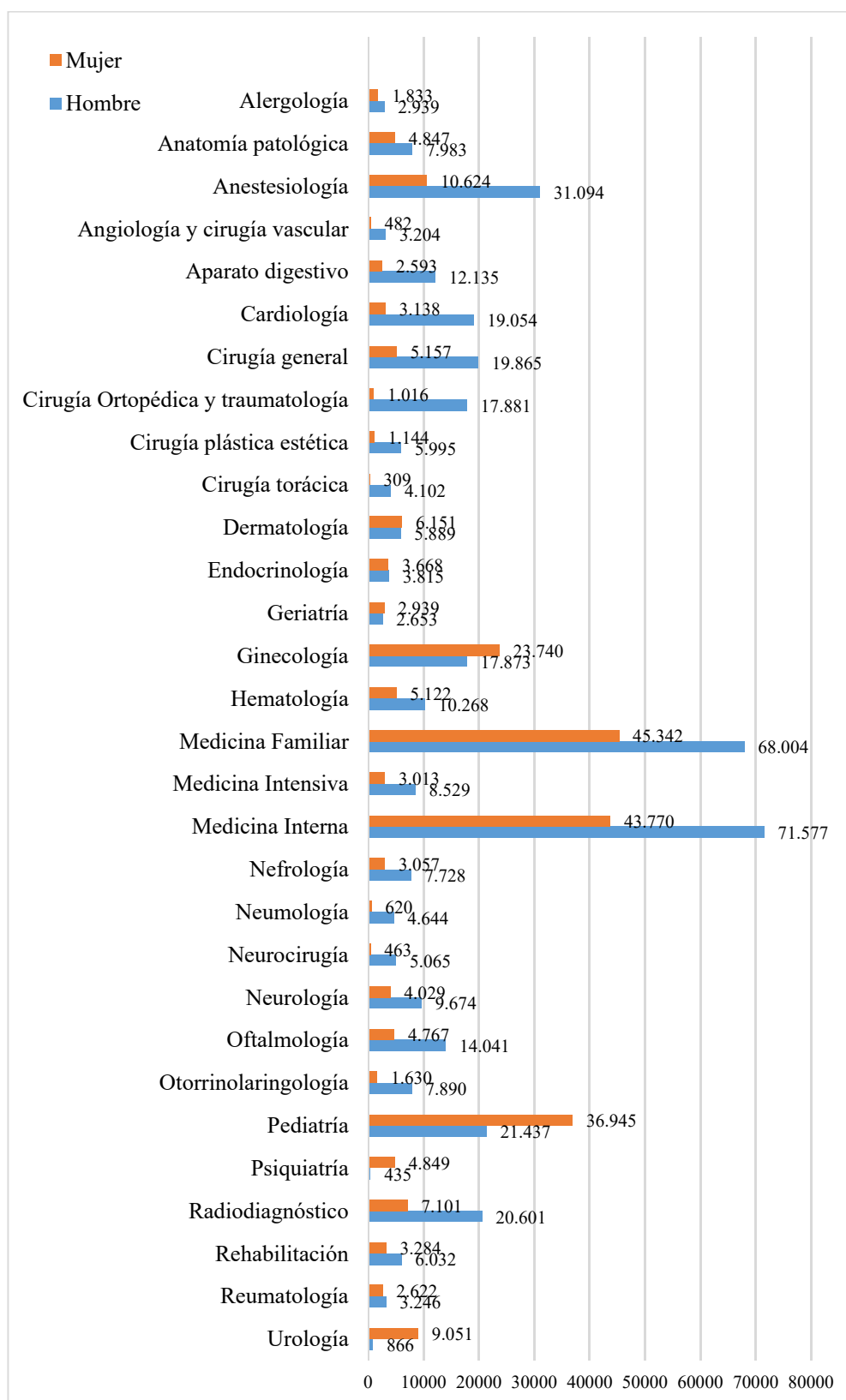


Figura 2.7 Número de especialistas en EE.UU. en 2017

Según los datos aportados por la ESA, en 2007, el total de anestesiólogos en España ascendía a 6.057: 5.000 especialistas, de los cuales el 46% eran mujeres, y 1057 residentes, constituyendo las mujeres el 57%.

Tabla 2.2 Número de anestesiólogos en Europa (2003-2005) (178)

País	Anestesiólogos	% Mujeres	Residentes	% Mujeres
Dinamarca	800	26	300	20
Finlandia	700	40	170	?
Francia	9741	34	1035	?
Alemania	16473	40	810	40
Grecia	1650	74	570	63
Irlanda	380	30	338	?
Italia	9000	30	1200	50
Luxemburgo	70	29	?	?
Holanda	1133	25	314	45
Noruega	626	23	246	35
España	5000	46	1057	57
Suecia	1462	32	275	28
Suiza	1070	37	440	43
Inglaterra	5300	30	4812	53
República Checa	1413	47	598	55
Estonia	275	?	23	52
Latvia	289	65	21	90
Lituania	683	60	124	77
Malta	50	30	10	60
Polonia	2820	?	970	?
Eslovaquia	592	59	155	56
Eslovenia	180	65	45	67
Albania	121	?	40	30
Armenia	320	19	58	24
Belarus	1430	35	137	25
Bosnia	?	58	21	76
Bulgaria	720	47	310	52
Israel	373	23	264	31
Moldavia	463	32	131	56
Rumanía	1138	65	469	81
Serbia	800	69	340	53

País	Anestesiólogos	% Mujeres	Residentes	% Mujeres
Uzbequistán	2806	?	64	14
Turquía	1982	60	705	53

Para determinar el número de médicos anestesiólogos colegiados actualmente en España, se ha contactado con todos los Colegios de Médicos a nivel nacional. Según la información aportada, en 2018 había un total de 9.170 médicos anestesiólogos colegiados, de los cuales, las mujeres representaban el 49,2%. Este valor incluye a especialistas y residentes puesto que todos deben estar colegiados para ejercer. Teniendo en cuenta que, en 2019, el 56,7% de los MIR que eligieron la especialidad de Anestesiología y Reanimación fueron mujeres, podemos concluir que, en la última década el número de mujeres que se decantaron por Anestesiología y Reanimación se mantiene constante, siendo superior al de hombres, por lo que se podría predecir que, en los próximos quince años, cuando los anestesiólogos que actualmente tienen 50 años comiencen a jubilarse, podremos presenciar una clara feminización de la especialidad en España.

A pesar de que las mujeres parecen haber conquistado la mayoría de las especialidades médicas a nivel mundial en las últimas dos décadas, incluyendo la Anestesiología, los datos globales alertan de la desigualdad persistente en los puestos de liderazgo a nivel hospitalario y académico a favor del hombre, así como de una discriminación de género en el puesto de trabajo, en las condiciones laborales y en los salarios (179-190).

Durante las últimas dos décadas, el incremento de mujeres estudiantes de Medicina, residentes y especialistas, se ha hecho claramente mayoritario. Sin embargo, no se ha visto relacionado con una mejoría en la trayectoria profesional de las mujeres, siendo los hombres los que desempeñan preferentemente los puestos de responsabilidad. Esta disparidad de género está siendo estudiada en distintos países a nivel mundial, lo que ha promovido numerosas publicaciones al respecto, sobre todo derivadas de investigaciones llevadas a cabo en E.E.U.U que hacen referencia al ámbito académico (183, 186, 188, 189, 191-203).

En España, las referencias al respecto no son tan numerosas, pero es imperativo destacar de nuevo los trabajos de Teresa Ortiz Gómez y Consuelo Flecha García, ya citados previamente, las cuales llevan años investigando sobre la desigualdad de género en Medicina en nuestro país, y los de Pilar Arrizabalaga Clemente, cuyos trabajos se centran en la década pasada (204-207).

En cuanto al análisis de las diferencias de género centrado en la especialidad de Anestesiología y Reanimación, existen numerosos trabajos que hacen referencia a la situación actual, sobre todo realizados en países anglosajones que se centran mayoritariamente en el ámbito

académico. Los resultados que arrojan serán analizados detalladamente y nos servirán para compararlos con los propios de esta investigación (201, 208-214).

En Europa, las publicaciones sobre las diferencias de género en Anestesiología han aparecido en el último año, mientras se elaboraba esta Tesis Doctoral, y de igual manera las conclusiones expuestas concuerdan con la tónica mundial; las mujeres están poco representadas en puestos de liderazgo, tanto de gestión hospitalaria como académica, así como en consejos editoriales, también exponen que existe discriminación de género en el puesto de trabajo (215).

Hasta la fecha, no existe ningún trabajo que haya estudiado la disparidad de género en Anestesiología y Reanimación en España. Teniendo en cuenta todo lo expuesto, parece razonable realizar una investigación centrada en nuestro país para poder evaluar la situación nacional actual.

3. Objetivos

El objetivo de esta investigación es evaluar las diferencias de género en la especialidad de Anestesiología y Reanimación en España. Para ello, se analizarán distintas áreas como la situación profesional, las condiciones laborales, la situación personal y las percepciones individuales.

4. Material y métodos

Para llevar a cabo la investigación a nivel nacional, se creó un cuestionario utilizando la aplicación *Google Documents*. La encuesta estuvo formada por 39 preguntas: 30 de ellas tipo respuesta múltiple, 8 con un formato “sí/no” o “mujer/hombre”, y la última pregunta ofrecía un espacio en blanco para escribir cualquier consideración adicional. El cuestionario se ideó para investigar la situación profesional, académica y laboral, así como percepciones individuales (Anexo 1). Se utilizaron las sugerencias de Burns como guía para el diseño y la elaboración de la encuesta (216).

Para conseguir una validez¹⁴ adecuada se siguieron los siguientes pasos: para asegurar claridad y exactitud, se solicitó a 4 facultativos (2 hombres/ 2 mujeres) de diferentes hospitales que evaluaran la encuesta y tras realizar las correcciones oportunas, otros 2 facultativos diferentes revisaron el documento final.

Una vez revisado y validado el cuestionario, se generó un enlace que fue enviado por correo electrónico. La distribución del cuestionario se realizó entre los meses de marzo y noviembre de 2018. La intención fue que la encuesta llegase a todos los especialistas en Anestesiología y Reanimación colegiados en España, para ello se contactó con todos los Colegios de Médicos, que son las únicas entidades que poseen los datos de contacto de los colegiados. También se envió la encuesta a través de la SEDAR (Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor) y de algunos Jefes de Servicio que aceptaron colaborar. La participación en la encuesta fue voluntaria y anónima, y fue considerada como consentimiento para la inclusión en el estudio.

4.1. Confeción de la base de datos

Para poder llevar a cabo el análisis estadístico se creó una base de datos a partir de un documento de *Excel*.

A cada pregunta del cuestionario que formaba la encuesta se le asignó una variable, por lo que el total de variables fueron 38.

¹⁴ Validar: Dar fuerza o firmeza a algo, hacerlo válido.

4.2. Análisis estadístico

Los resultados de este estudio están expresados como frecuencias o proporciones (%). El test de la χ^2 fue usado con las variables categóricas para evaluar la asociación de orden cero entre las variables independientes. Los test no paramétricos de Mann-Whitney y Kruskal Wallis fueron usados para evaluar la variable cuantitativa.

El análisis estadístico fue llevado a cabo con el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21 para Windows (IBM, Armonk, New York, USA). Los resultados fueron considerados estadísticamente significativos cuando el valor de la P fue igual o menor de 0,05.

5. Resultados

De las 1.632 encuestas recibidas, 13 fueron descartadas porque más del 20% del cuestionario no estaba debidamente cumplimentado. En total, 1.619 encuestados fueron incluidos en el estudio: 654 (40,4%) hombres y 965 (59,6%) mujeres, representando el 17,6% del total de especialistas de Anestesiología y Reanimación colegiados en España. Se obtuvo participación de las 17 comunidades autónomas resultando Cantabria, el País Vasco, Cataluña y Navarra las más participativas. Las características más relevantes de los encuestados se detallan en la tabla 5.1.

Tabla 5.1 Datos demográficos de los encuestados

Datos demográficos	Sexo	
	Mujeres (%)	Hombres (%)
Edad		
<30 años	6,8	6,3
30-40 años	39,9	22,5
40-50 años	27,0	26,1
>50 años	26,2	45,1
Estado civil		
Soltero/a	29,8	22,2
Casado/a	62,2	71,5
Divorciado/a	7,4	5,8
Viudo/a	0,6	0,5
Profesión pareja		
Médico/a	32,5	34,6
Enfermero/a	8,2	8,6
Sanitario/a*	3,4	3,7
Otra	43,6	40,9
Hijos		
0	37,0	27,8
1	17,6	13,0
2	33,7	39,3
3	10,3	15,6
>4	1,4	4,3
Tipo de Hospital		
Público	72,1	52,9

Datos demográficos	Sexo	
	Mujeres (%)	Hombres (%)
Privado	6,6	13,8
Público y Privado	21,2	33,3
Docente	83,6	80,6
Sin docencia	16,4	19,4

*Sanitaria/o: En este contexto se refiere al personal que trabaja en un hospital sin incluir a los facultativos ni enfermería (auxiliares, celadores, técnicos)

5.1. Situación profesional

En este apartado se hace referencia a la carrera profesional y académica. En relación al liderazgo, el 70,0% de los encuestados contestaron que su Jefe de Servicio es un hombre. El 21,8% de los varones que participaron reconocieron que en algún momento les habían ofrecido la jefatura de servicio en contraste al 9,8% de las mujeres ($p < 0,001$). Además, un porcentaje mayor del sexo masculino aceptó la jefatura en comparación al número de féminas que accedieron a ello (61,5% hombres, 50,5% mujeres, $p > 0,05$). En siguiente tabla se reflejan las razones para no aceptar la jefatura (sin haberse encontrado diferencias estadísticas significativas).

Tabla 5.2 Razones para no aceptar Jefatura de Servicio

Motivos	Sexo		Valor-p
	M (%)	H (%)	
Falta de preparación	15,6	11,2	>0.05
Demasiada responsabilidad	3,2	2,6	>0.05
Requiere mucho tiempo	13,0	8,6	>0.05
Ningún interés	68,2	77,6	>0.05

M: Mujer, H: Hombre, %: porcentaje

Al preguntar si alguna vez habían desempeñado algún puesto de gestión hospitalaria, el 46,2% de los participantes hombres respondieron afirmativamente comparado con el 25,2% de las mujeres ($p < 0,001$). Los datos sobre puestos de gestión y categoría asistencial están recogidos en la tabla 5.3.

Tabla 5.3 Categoría profesional de los encuestados

Categoría profesional	Sexo		Valor-p
	M (%)	H (%)	
Tutor de residentes	16,6	31,3	<0,001
Jefe de sección	4,2	6,2	<0,001
Jefe de Servicio	2,1	4,5	<0,001
Coordinador quirúrgico	1,6	3,2	<0,001
Director médico	0,8	0,6	<0,001
Gerente	0,0	0,3	<0,001
Facultativo especialista	74,8	53,9	<0,001

En cuanto a la tutoría de residentes, el 49,0% de participantes señaló que en su servicio la mayoría son tutoras, el 20,0% manifestó que eran hombres y el 31,0% respondió que ambos sexos desempeñan la función de tutorizar residentes en la misma proporción.

Asimismo se analizó la pertenencia a alguna comisión hospitalaria durante la carrera profesional; el 62,1% de los hombres respondieron afirmativamente frente al 46,2% de las mujeres, siendo la $p < 0,001$.

En relación al desempeño de actividad docente universitaria, pregrado y/o postgrado, el 36,9% del total de encuestados realiza alguna actividad docente (7,0% Universidad, 5,4% Máster, 24,4% Educación Continuada). El análisis detallado de los docentes reveló que existe un desequilibrio entre el profesorado universitario, representando los hombres el 25,0% y las mujeres el 14,0% ($p < 0,001$), y entre los docentes de formación continuada, siendo el 58,6% hombres y el 72,8% mujeres ($p = 0,001$). En cambio, la proporción está más equilibrada entre los Profesores de Máster o Títulos Propios (16,4% hombres, 13,1% mujeres).

Los resultados de la encuesta detallan que el 17,4% de los participantes han realizado la Tesis Doctoral; el 56,5% no la han realizado y no tiene intención de llevarla a cabo en un futuro, mientras que el 26,1% restante, aunque todavía no la ha realizado, presenta interés en llegar a doctorarse. En la tabla 5.4 se recogen los porcentajes según el sexo, siendo la $p < 0,001$.

Tabla 5.4 Porcentaje de participantes que ha realizado el doctorado

Sexo	Tesis Doctoral		
	Sí	No/No intención	No/Si intención
Mujer	14,5%	56,7%	28,8%
Hombre	21,8%	56,1%	22,1%

El 66,0% de los encuestado han realizado algún Máster: el 41,0% relacionado con la especialidad, el 8,5% con la Gestión Hospitalaria, el 3,5% con la Bioestadística, el 2,2% con la Bioética y el 11,5% incluyó otras áreas de interés. En la siguiente tabla se recoge toda la información en relación con la realización del Máster y el sexo, siendo la $p < 0,001$.

Tabla 5.5 Tipo de Máster realizado

Sexo	Tipo de máster					
	Ninguno	Gestión	Bioética	Estadística	Anestesia	Otros
Mujer	50,3%	2,5%	0,6%	0,7%	38,9%	6,9%
Hombre	57,1%	7,1%	0,8%	2,2%	26,1	6,8%

En relación a las publicaciones como primer autor, el 64% de los encuestados han firmado al menos un artículo. Haciendo un estudio más detallado del número de artículos realizados; el 46,9% han publicado entre 1-5, el 9,5% entre 5-10 y el 7,5% han publicado más de 10 artículos. Los detalles según el sexo quedan reflejados en la tabla 5.6, siendo la $p < 0,001$.

Tabla 5.6 Número de artículos realizados como primer autor

Sexo	Núm. de artículos			
	0	1-5	5-10	>10
Mujer	42,7%	45,4%	6,7%	5,2%
Hombre	26,1%	49,0%	13,5%	11,4%

También se investigó sobre el envío de comunicaciones a congresos con una frecuencia anual. El 25,4% afirmó enviar una comunicación, el 13,3% entre 2-3 y el 3,6% presenta más de 3 al año. Al estudiar la relación entre la frecuencia de envío y el sexo, los porcentajes se mantienen similares excepto en el subgrupo de 3 o más comunicaciones donde el porcentaje enviado por hombres es más del doble que el de las mujeres (tabla 5.7).

Tabla 5.7 Número de comunicaciones por año

Sexo	Número comunicaciones			
	0	1	2	>3
Mujer	59,2%	25,9%	12,9%	2,0%
Hombre	55,4%	24,6%	14,2%	5,8%

En la tabla 5.8 se detalla la frecuencia con que los participantes acuden a congresos o cursos relacionados con la especialidad.

Tabla 5.8 Frecuencia de asistencia a cursos/congresos al año

Sexo	Asistencia anual a congresos				
	0/No interés	0/Sí interés	1	2-3	>3
Mujer	2,2%	20,9%	45,6%	26,3%	5,0%
Hombre	6,5%	17,4%	41,0%	29,0%	6,1%

El 10,2% de los hombres frente al 3,5% de las mujeres forman parte del consejo editorial de alguna revista médica, $p < 0,001$.

Finalmente, en relación a la posibilidad de ascenso, el 14,3% de los hombres encuestados en comparación con el 12,1% de las mujeres notificaron que podría ocurrir a corto plazo ($p > 0,05$).

5.2. Condiciones laborales

El porcentaje de encuestados con contrato fijo fue el 84,4% (87,6% hombres, 82,3% mujeres, $p < 0,01$). El 32,6% de los participantes consiguieron el contrato fijo 5 años después de acabar la residencia.

Un pequeño porcentaje, sólo el 2,2% (0,9% hombres, 3,0% mujeres, $p < 0,001$) señalaron que los hombres ganan más que las mujeres.

5.3. Situación personal

La información sobre la situación civil, la profesión de la pareja, el número de hijos, y el tipo de hospital en que trabajan los encuestados se recoge en la tabla 5.1.

Al analizar las personas con descendencia, el porcentaje de mujeres que esperó a tener un contrato fijo para tener hijos es mayor que el de los varones (35,0% frente al 21,5%, $p < 0,001$). También es mayor el porcentaje de mujeres que solicitó una excedencia o una reducción de jornada para el cuidado de hijos (38,8% mujeres frente al 15,5% de hombres, $p < 0,001$).

5.4. Percepciones individuales

El 36,3% de las anesthesiólogas que participaron en la encuesta piensan que han perdido oportunidades de promoción por su condición de género, y un 60,0% de éstas consideran esta situación frustrante. El 39,2% de las mujeres tuvieron miedo de perder su contrato al quedarse embarazadas y el 10,0% sospechan que el embarazo fue el motivo de la no prolongación de su contrato como eventuales.

La mayoría de los participantes opinan que los pacientes son más respetuosos con los facultativos hombres. Más de la mitad de las participantes opinan que las médicas son tratadas diferente por el resto de personal sanitario. Casi la mitad de las mujeres que han participado en el estudio consideran que existe discriminación de género en su profesión.

Tabla 5.9 Percepciones individuales de los encuestados

Percepciones individuales	Sexo		Valor-p
	M (%)	H (%)	
Pérdida de oportunidades por género	36,6	3,8	<0,001
Falta de conciliación laboral/personal	75,8	65,4	<0,001
Mujeres tratadas diferente por pacientes	93,0	73,9	<0,001
Mujeres tratadas diferente por personal sanitario	56,7	32,6	<0,001
Discriminación de género	44,6	12,6	<0,001

Tabla 5.10 Relación entre el grado de satisfacción, edad y sexo

Grado de satisfacción	<6		7-8		9-10	
	M (%)	H (%)	M (%)	H (%)	M (%)	H (%)
<30	10,6	9,8	65,2	56,1	24,2	34,1
30-40	18,9	27,2	62,2	56,5	18,9	16,3
40-50	23,4	22,2	55,9	56,7	20,7	21,1
>50	24,5	20,7	50,2	44,7	25,3	34,6

M: Mujer, H: Hombre, %: porcentaje

En cuanto al grado de satisfacción profesional, más del 75,0% de los encuestados lo situaron por encima de 7 en una escala de 0-10, sin existir una clara diferencia entre sexos ($p > 0,05$). Sí que se encontró una diferencia estadísticamente significativa al relacionar la satisfacción con la edad ($p < 0,05$) (tabla 5.10). A pesar de estar bastante satisfechos, el 71,6% de los anesthesiólogos españoles encuestados reconocen que les cuesta conciliar su vida familiar y laboral.

6. Discusión

A lo largo de la historia, las mujeres han tenido que hacer frente a diversos obstáculos derivados de una sociedad profundamente patriarcal y discriminatoria. La lucha constante hacia el progreso hizo que las mujeres finalmente obtuvieron el acceso a los estudios universitarios, sin que ello brindase una igualdad de oportunidades. Tras su inclusión en la universidad, las mujeres tuvieron que lidiar con nuevas dificultades como la obtención del título de licenciadas, hecho que motivó a que muchas de esas pioneras desestimases continuar con la carrera profesional. La incorporación a la vida laboral transformó los problemas de las mujeres y dio paso a la aparición de la discriminación indirecta que incluye el techo de cristal, el acoso sexual y la brecha salarial.

En la última década, el porcentaje de mujeres que acceden a los estudios de Medicina ha aumentado considerablemente, rondando en el último año el 70%. La continua feminización de la Medicina no es un hecho aislado en nuestro país, sino una constante a nivel mundial. El incremento de las estudiantes de Medicina es proporcional al ingreso de las mujeres a la actividad laboral, por ello las estadísticas gubernamentales nos informan de que actualmente el número de mujeres médicas en activo ya ha superado al de hombres. A pesar de que las mujeres constituyen el grueso de la fuerza de trabajo, su representación en los puestos de poder y liderazgo continúa siendo escasa.

En la actualidad, el sexo de los especialistas de Anestesiología está equilibrado, pero en los próximos años seremos testigos de una clara feminización puesto que, el porcentaje de las mujeres que acceden vía MIR a la especialidad es mayor que el de los hombres.

Esta investigación fue diseñada para estimar las diferencias de género en la especialidad de Anestesiología y Reanimación en España. Partimos de la premisa de que en otros países occidentales donde se han llevado a cabo investigaciones similares, esta disparidad de género se ha confirmado dejando evidencia de que, a pesar del incremento de mujeres especialistas en anestesia, del interés que está suscitando este problema a lo largo de los últimos años y de la existencia de leyes de igualdad impulsadas por los diferentes gobiernos, las medidas llevadas a cabo son insuficientes (208, 210, 215, 217-223).

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que, al igual que ocurre con otras especialidades a nivel internacional, en España existen diferencias de género en la especialidad de Anestesiología y Reanimación donde las mujeres constituyen el mismo porcentaje que los hombres. Las mujeres se encuentran infrarrepresentadas en puestos de liderazgo hospitalarios y académicos, donde los hombres siguen copando las esferas de poder. El sexo femenino expresa que ha perdido oportunidades de ascenso por su género, dedica más tiempo al cuidado de los hijos que sus compañeros hombres, y encuentra más difícil conciliar la vida familiar y laboral. A pesar de este

desequilibrio, las mujeres encuestadas se encuentran igual de satisfechas con su profesión que los hombres.

Según la encuesta llevada a cabo, los hombres han ocupado con mayor frecuencia que las mujeres, casi el doble, algún puesto de gestión intrahospitalaria durante su carrera profesional. Al preguntar a los encuestados por la jefatura actual de los servicios en los que desempeñan su trabajo, una gran mayoría representada por el 70% afirman que su Jefe de Servicio es un hombre. Para validar estos resultados, se solicitó ayuda a la SEDAR para que informarse del sexo de los Jefes de Anestesia en los Hospitales Públicos de España. Los datos proporcionados no difieren mucho de los arrojados por la encuesta. Alrededor del 74% de las jefaturas de anestesia de los hospitales públicos están ocupadas por hombres. En la tabla 6.1 podemos encontrar los números desglosados por comunidades según la SEDAR.

Tabla 6.1 Número de Jefes de Servicio de Anestesia en Hospitales Públicos

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres
Andalucía	23	10
Aragón	8	3
Asturias	4	2
Cantabria	3	0
Castilla la Mancha	6	4
Castilla y León	14	1
Cataluña	23	11
Comunidad de Madrid	21	5
Comunidad Valenciana	21	6
Extremadura	4	3
Galicia	6	2
Baleares	5	1
Canarias	6	1
La Rioja	1	0
Murcia	7	2
Navarra	3	1
País Vasco	5	5

Además, esta investigación pone de manifiesto que los hombres gozan de más oportunidades de llegar a convertirse en Jefe de Servicio, ya que este puesto se les ofrece en más ocasiones a ellos y, cuando se les propone, ellos aceptan con mayor frecuencia que las mujeres. Sin embargo, las razones por las que las mujeres rechazaron este puesto de liderazgo no difiere mucho

de las manifestadas por los hombres. Cabe resaltar que, un porcentaje mayor de hombres que mujeres rechazaron la jefatura por falta de interés. Varias publicaciones han manifestado que las mujeres carecen de interés por acceder a puestos de liderazgo (224), incluso algunas centradas en el campo de la anestesia han relacionado esta falta de interés con las responsabilidades familiares y la maternidad (220). En contraste, una publicación reciente de la Sociedad Europea de Anestesiología y Cuidados Críticos (ESAIC), en la que se explora específicamente el liderazgo de la mujer en anestesia, revela que las mujeres comparten las mismas ganas de asumir puestos de poder que los hombres (225).

Otro punto interesante a tener en cuenta, es que, según comentan los encuestados, en sus centros de trabajo, la responsabilidad de la tutoría de residentes recae con más frecuencia en las mujeres. Este puesto de confianza también se considera un puesto de gestión y liderazgo, muy relevante, si tenemos en cuenta que la tutorización comprende la formación de los residentes que se convertirán en los facultativos del futuro. Sin embargo, esta responsabilidad se ve supervisada en última estancia por el Jefe de Servicio, así como las jefaturas de sección, y socialmente, la tutorización ha sido relacionada con el cuidado, guía, y supervisión, tareas asociadas con roles femeninos. Si nos remontamos al siglo pasado, ya la Dra. Apgar apuntaba que la docencia impartida a los residentes en los hospitales era relegada a las mujeres.

Según el Índice de Igualdad de Género español de 2019, que expone los datos proporcionados por el Instituto Europeo de la Igualdad de Género, España obtuvo 70,1 puntos, situándose discretamente por encima de la media europea que se encuentra en 67,4 puntos. Al analizar el área de poder o liderazgo, la puntuación cae a 62,0 puntos. En este ámbito cabe resaltar algunos datos referentes a los puestos de liderazgo para evidenciar que los hombres siempre son mayoría en los mismos: ministros mujeres 33,5% vs 66,5% hombres, dirección de grandes empresas mujeres 21,8% vs 78,2% hombres, consejo del banco central mujeres 33,3% vs 66,7% hombres (226).

Por tanto, podemos afirmar que el liderazgo de la mujer en Anestesia no difiere en gran medida con el que ostenta el género femenino en otros sectores de poder a nivel nacional. Y si lo comparamos con los de los países de nuestro entorno, la situación es bastante parecida, por ejemplo, en 2019 en Inglaterra, sólo el 28% de las anestesistas son directoras de departamento (227), y en 2018 en Australia, ese porcentaje desciende al 24% (228). Los números son mucho más negativos en E.E.U.U donde el porcentaje de mujeres jefas de servicio en 2016 era del 14%, cifra que no se había modificado en los últimos diez años (229).

En este análisis del liderazgo en Anestesia, se debe incluir los datos de representación del comité ejecutivo de la SEDAR. Desde su creación en 1953, la presidencia ha estado siempre

ocupada por un hombre y actualmente, sólo un puesto de los siete existentes está ocupado por una mujer. Esta discrepancia no es única de nuestro país; la ESAIC cuenta a día de hoy con 8 directores ejecutivos hombres y sólo una mujer. La Sociedad de Anestesiología Canadiense se creó en 1943 y sólo el 4,5% de los presidentes han sido mujeres (230). Una encuesta llevada a cabo a los líderes de la ASA desveló que sólo el 21,2% de los miembros eran mujeres (209).

El siguiente apartado relevante que se debe abordar dentro del liderazgo es el relacionado con el ámbito académico. En España, la docencia de Anestesiología y Reanimación en la universidad presenta ciertas particularidades en comparación con otros países donde la enseñanza puede estar más estructurada. En nuestro país, la asignatura de Anestesiología y Reanimación no se encuentra presente en todas las universidades, y en otras, constituye una asignatura optativa o de libre elección que en la mayoría de las ocasiones aparece asociada al Departamento de Cirugía o de Farmacología. Según la valiosa información aportada por el Prof. Gilsanz, a lo largo de los años en España ha habido diecinueve Catedráticos de Anestesiología y Reanimación, de los cuales tres son mujeres; sólo el 15,8% de las Cátedras, que sostienen el mayor peso en la gestión académica de la asignatura, han sido ocupadas por mujeres a lo largo de la historia de nuestra especialidad en España.

Tabla 6.2 Relación de Catedráticos de Anestesiología en España

Nombre	Universidad	Departamento
Javier Elio Membrado	Complutense de Madrid	Farmacología
Miguel Ángel Nalda Felipe	Salamanca/ Barcelona	Cirugía
Vicente Chulia Campos	Valencia	Cirugía
Francisco Javier Castañeda Campos	Granada/Valladolid	Cirugía
Mariano de las Mulas Bejar	Sevilla	Cirugía
Mari Sol Carrasco Jimenez	Cádiz	Cirugía
Raimundo Carlos García	Granada	Farmacología
Margarita Puig	Murcia	Farmacología
Francisco López Timoneda	Complutense de Madrid	Farmacología
José María Palanca Sanfrancisco	Valencia	Cirugía
Clemente Muriel Villoria	Salamanca	Cirugía
Luciano Aguilera Celorrio	País Vasco	Cirugía
Carmen Gomar Sancho	Central de Barcelona	Cirugía
Fernando Gilsanz Rodríguez	Autónoma de Madrid	Cirugía
Julián Álvarez Escudero	Santiago de Compostela	Cirugía
Aurelio Gómez Luque	Málaga	Farmacología
Javier Belda Nácher	Valencia	Cirugía
José de Andrés Ibáñez	Valencia	Cirugía

Nombre	Universidad	Departamento
Eduardo Tamayo Gómez	Valladolid	Cirugía

A nivel nacional, en 2016, el 76% del total de todas las Cátedras de la Universidad Pública estaban ocupadas por hombres y el 59,7% de los profesores titulares eran hombres, además, en la actualidad sólo el 8% del rectorado está compuesto por mujeres. En la siguiente gráfica se detallan los porcentajes de mujeres que ocupaban algún puesto académico universitario en el curso 2016-2017. La información fue publicada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en 2019 (231).

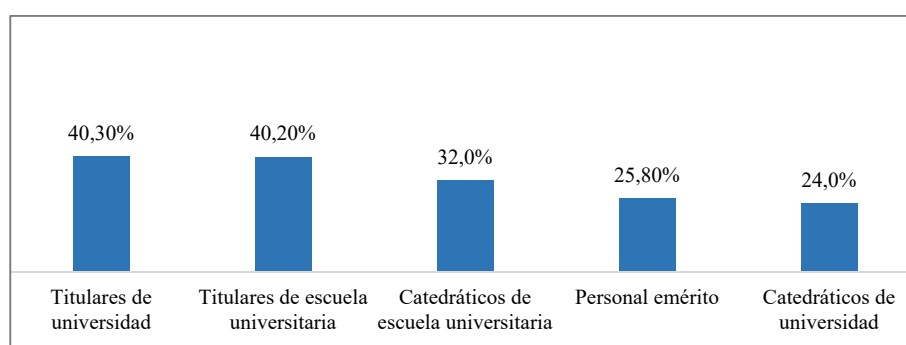


Figura 6.1 Porcentaje de mujeres entre el profesorado de la Universidad Pública 2016/2017

En relación a los datos proporcionados por la encuesta, más de un tercio de los participantes realizan alguna actividad docente extrahospitalaria existiendo desigualdad de género entre el profesorado universitario, donde claramente son mayoría los hombres y en educación continuada, campo en el que destacan las mujeres. En este aspecto, sería interesante realizar un estudio más detallado del panorama nacional, en el que se explore con más detalle la situación académica universitaria en España, para poder aclarar el número exacto de profesores titulares y asociados de Anestesiología y su sexo.

Las diferencias de género en el ámbito académico han sido ampliamente abordadas en países anglosajones, incluso en la especialidad de Anestesiología. Resulta interesante incluir en este momento ciertos porcentajes para poder hacernos una idea de la situación académica de las mujeres a nivel mundial. Por ejemplo, en el estudio retrospectivo llevado a cabo por Bissing et al. (229), en 2016 en E.E.U.U, el 36% de los profesores de universidad eran mujeres, porcentaje que había aumentado desde el 29% en 2006.

Los datos aportados por Kuhlmann et al. (197), sobre la situación europea tampoco son muy alentadores. En su trabajo, comparó los datos de 2015 de cuatro Universidades de Medicina europeas de prestigio: Charité en Alemania, Karolinska en Suecia, Oxford en Inglaterra y Viena en Austria. Los porcentajes de mujeres profesoras titulares se detallan en la siguiente figura.

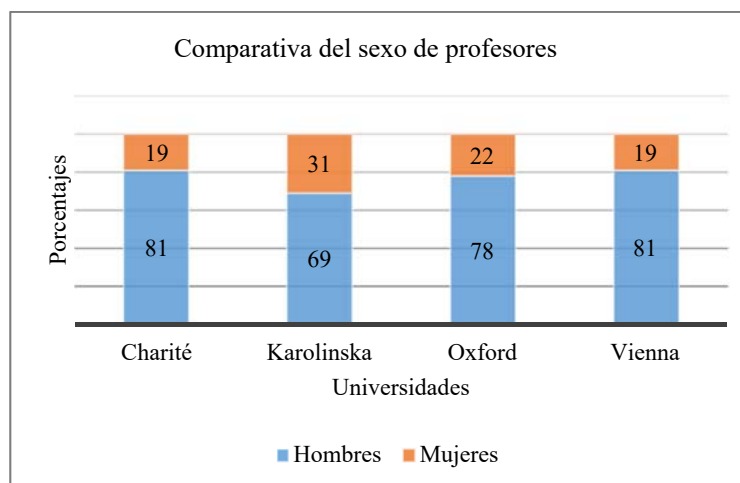


Figura 6.2 Comparativa del sexo de profesores en cuatro universidades europeas

En este mismo trabajo, se comparaban los porcentajes de los médicos que trabajaban en los hospitales asociados a estas universidades, siendo el porcentaje entre mujeres y hombres algo más equilibrado, lo que indicó que la diferencia de género se estaba reduciendo a nivel hospitalario, sobretodo en el Hospital Karolinska (Suecia) donde el 52% de las Jefaturas de Servicio estaban ocupadas por mujeres, pero persistían a nivel universitario.

En una publicación de 2019 que hacía referencia a la situación en Francia, Rosso et al. (194), recogen los datos de 181 hospitales y de 141 profesores del área de París. En sus resultados se detalla que el 49% de los especialistas son mujeres, mientras que el porcentaje de profesoras titulares desciende al 17%.

El siguiente punto que se debe abordar dentro del campo académico, ya que está en estrecha relación con la posibilidad de llegar a ser profesor de universidad, es el interés por la actividad en investigación, incluyendo la realización de Tesis Doctorales y la publicación de artículos.

Según la información proporcionada por la encuesta, el número total de anesestesiólogos participantes que habían alcanzado el título de Doctor fue 281, lo que representaba el 17,4% de los participantes, siendo el porcentaje de hombres mayor que el de las mujeres. Resulta llamativo que más de la mitad de los encuestados no tenga intención alguna de realizar la Tesis Doctoral, sería interesante abordar este tema en un futuro para encontrar las razones de esa falta de interés. Desgraciadamente, no contamos con datos oficiales que nos aporten el número real de anesestesiólogos con el grado de doctor, ni se conocen el número de Tesis Doctorales defendidas por los mismos anualmente. Esta información suele estar englobada en el cómputo total de las Tesis defendidas en Medicina y no es la finalidad de esta investigación analizar detalladamente esta estadística. Sin embargo, en relación con la elaboración de Tesis Doctorales en Anestesiología y Reanimación se han publicado algunos artículos que hacen referencia a series históricas y merecen

ser mencionados en este apartado. Franco y col. (232), publicaron un trabajo en 1992 que hacía referencia a las 14 memorias y 66 Tesis Doctorales que habían sido realizadas durante los años 1842-1942 en España. En relación al sexo de los autores de dichos trabajos, sólo tres de ellos estaban firmados por mujeres; Olimpia Valencia López tituló su tesis “La colesterinemia en la anestesia quirúrgica” mecanografiado en Madrid en 1930, Francisca Puig Sanchís acabó su investigación en Madrid en 1934 con el título “Memoria histórica de la anestesia general” y Consuelo Asensi Soria, cuya tesis vio la luz en Madrid en 1941 con el título “Narcosis vascular”. Gracias al esfuerzo de los autores de esas tesis, sin tener en cuenta su sexo, contamos con una bibliografía muy valiosa que documenta ampliamente las preocupaciones de los médicos españoles por el uso de los fármacos anestésicos y la práctica de la anestesia. Probablemente, el 1900, con el inicio de la anestesia raquídea, supuso el punto de inflexión para el inicio de la investigación en Anestesia en España, ya que esta nueva técnica sirvió como sustrato de varias Tesis Doctorales. Por otro lado, además de Franco, otros autores como Márquez (233) y Hervás (234) se han interesado históricamente, por la revisión de las Tesis Doctorales de la especialidad. Todos estos trabajos poseen gran valor histórico ya que reflejan las primeras experiencias anestésicas en nuestro país.

Para hacernos una idea de la situación a nivel nacional, según la información aportada por el Gobierno de España, en el curso 2018-2019 se aprobaron un total de 488 Tesis Doctorales en Medicina, de las cuales, el 66,18% fueron defendidas por mujeres (235) .

En la figura 6.3 se detalla el número total de tesis defendidas y los porcentajes por sexo desde 2016 a 2018. Estos datos incluyen todas las universidades y disciplinas académicas según la estadística publicada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (236).

Definitivamente, parece necesario motivar y promover la investigación entre los especialistas de Anestesiología y Reanimación en España, ya que tal y como reflejan los resultados de la encuesta, la proporción de doctores puede considerarse baja y parece que el interés por el doctorado es escaso.

Por otro lado, en el formulario también se incluyeron preguntas sobre el número de artículos publicados como primer autor y el número de comunicaciones enviados anualmente a congresos. En relación a la publicación de artículos, parece que el porcentaje de participantes en la encuesta que sí habían publicado algún artículo como primer autor alcanza más de la mitad de los encuestados. Si analizamos los datos por sexo, nos encontramos que el número de hombres que ha publicado es el doble que el de las mujeres y entre los que publican, los hombres han redactado un mayor número de artículos.

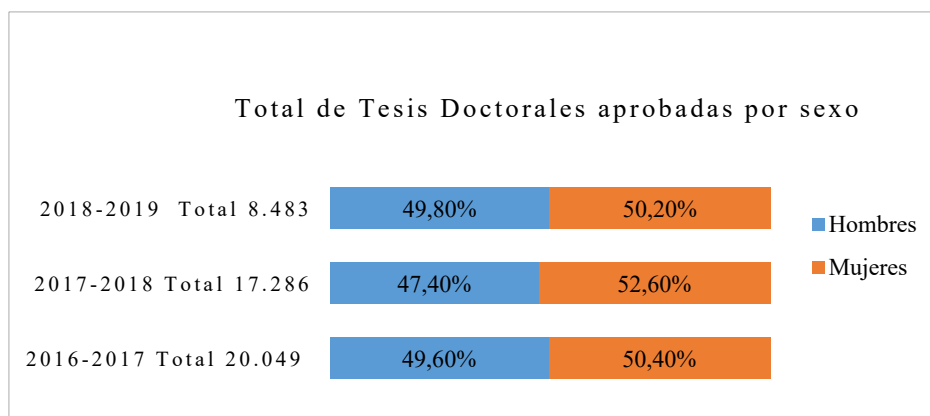


Figura 6.3 Estadística de Tesis Doctorales aprobadas en España

En relación con la autoría de artículos en el campo de la anestesia a nivel internacional, contamos con tres revisiones recientes que ponen de manifiesto de forma objetiva el desequilibrio al que venimos haciendo referencia. En 2018, Miller et al. (237), publicaron un original en el que estudiaban el sexo de la autoría de las publicaciones llevadas a cabo entre 2002 y 2017, en dos revistas americanas de gran impacto en anestesia como son *Anesthesiology* y *Anesthesia & Analgesia*. En los resultados obtenidos encontraron que la media de participación de mujeres como primer autor en estas revistas durante los quince años de estudios se situaba en 24,8%, con un aumento del 10% desde el 2002 hasta el 2017 (en 2002 las mujeres representaron el 20,5%, frente al 30% en 2017). En las conclusiones, apuntaban que la figura del mentor había jugado un papel relevante entre las mujeres.

Similares porcentajes fueron obtenidos en la revisión que se llevó a cabo sobre la autoría en la revistas *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, en donde el 20,7% de los artículos publicados entre 1990 y 2017 habían sido firmados por mujeres (238). Otra revisión sobre la autoría de la *Canadian Journal of Anesthesia* publicada en 2019, en la que se analizaba el sexo de los autores en los años comprendidos entre 1954 y 2017, señaló que la mayoría de los artículos, el 81%, estaban firmados por hombres (239).

En este sentido, volviendo a este trabajo, la encuesta no contaba con más preguntas para explorar los factores relacionados con la baja producción científica entre las mujeres anesthesiólogas españolas, detalles que se podrían profundizar en investigaciones futuras. De cualquier manera, sí ha quedado reflejado en los resultados obtenidos, que las mujeres encuentran más difícil conciliar su vida profesional con la personal y probablemente no cuenten con el tiempo necesario para llevar a cabo esas actividades o primen más la vida familiar. En la mayoría de los casos, el tiempo invertido en la investigación y docencia se tiene que descontar del tiempo personal del trabajador.

Las razones de la menor producción científica de las mujeres han sido estudiadas por diversos autores a nivel internacional. En el trabajo publicado por Fridner et al. (240), que englobaba la experiencia de la población médica sueca, se ponía de manifiesto que una de las principales causas de la menor publicación de las médicas era el cansancio que experimentaban durante su jornada laboral. Además, hacía referencia a otras posibles causas, también citadas por otros autores (241, 242), entre las que se encontraban la falta de soporte institucional y de fondos económicos suficientes para llevar a cabo semejantes proyectos.

Otro factor al que se ha dado importancia en relación a la producción científica es la figura del mentor; las mujeres cuentan en menor proporción que los hombres con mentores y este hecho afecta de forma negativa a su desarrollo académico. Las mujeres que tienen el apoyo de un mentor publican más, dedican más tiempo a la investigación y presentan un mayor grado de satisfacción en la esfera profesional (243, 244).

En los últimos meses hemos podido leer interesantes trabajos en los que se señalaba que durante la pandemia por COVID-19 el porcentaje de artículos firmados por mujeres ha disminuido en comparación con los años previos. Andersen et al. (245), analizaron la autoría de 1893 artículos publicados durante la pandemia por la COVID-19 y se comparó con la autoría del mismo número de publicaciones realizadas en 2019. El resultado fue que las mujeres habían publicado un 19% menos durante la pandemia. La reducción de la autoría femenina durante la pandemia también ha sido señalada en otras revistas como *JAMA* (246), *The Lancet* (247) o *Nature* (248).

Estos hechos ponen en evidencia que durante la pandemia las diferencias de género se han acentuado notablemente, probablemente porque las mujeres han tenido que hacer frente a una sobrecarga de trabajo familiar; no sólo centrada en el cuidado de sus hijos, sino también en el de sus allegados familiares enfermos.

Sería interesante estudiar a medio plazo el impacto que ha tenido la pandemia en la carrera profesional de las mujeres ya que, la producción científica está relacionada con el desarrollo profesional y la promoción en el campo de la Medicina.

Dentro del ámbito académico, también se deben incluir las diferencias de género existentes en los comités editoriales y de redacción de las revistas. Los resultados de la encuesta ponen de manifiesto que la disparidad de género es importante en este campo. Tres veces más hombres que mujeres contestaron formar parte de algún comité. Si consultamos el comité editorial de la *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (REDAR)*, se puede observar que el organigrama está dividido en diferentes secciones con un total de veintiocho miembros, de los cuales, ocho son mujeres, es decir, el 71,7% de los miembros del comité de la REDAR son hombres (249).

En una publicación a la que ya se ha hecho referencia previamente en relación con la autoría de artículos, también se aportaban los datos de mujeres en los consejos editoriales de revistas como *Anesthesiology* y *Anesthesia & Analgesia*, siendo el porcentaje de mujeres del 15,5% (237), lo que nos lleva a concluir que queda mucho por hacer en el terreno académico a nivel mundial.

Para dar las últimas pinceladas a la representación femenina en el ámbito académico dentro de la especialidad de Anestesiología y Reanimación en España, me gustaría hacer referencia a la participación femenina en los congresos nacionales organizados por la SEDAR. Para ello, se ha revisado el programa científico de los dos últimos congresos nacionales que fueron organizados en 2017 y 2019 (250-251).

En la figura 6.4 se detalla el número de ponentes en los congresos organizados por la SEDAR según el sexo.

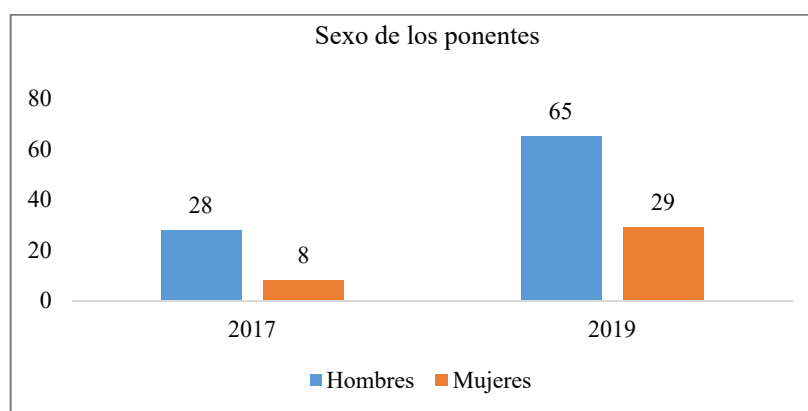


Figura 6.4 Ponentes en los congresos de Anestesia organizados por la SEDAR

En la figura 6.5 se refleja el sexo de los moderadores de las ponencias y de las comunicaciones orales, sin incluir los moderadores de las comunicaciones tipo póster.

Si analizamos la información que nos facilitan las figuras, tanto en 2017 como en 2019, el porcentaje de mujeres que participaron en los congresos como ponentes y moderadoras fue significativamente menor que el de hombres. En 2017, hubo 22,2% mujeres ponentes y 20,0% moderadoras. En 2019, el 30,8% de los ponentes fueron mujeres y el 32,0% moderadoras.

Con estos datos se puede afirmar que la participación femenina en los congresos nacionales de nuestra especialidad ha aumentado en la última reunión, sin embargo, los números quedan lejos de expresar la igualdad. Sería interesante monitorizar la tendencia española en los próximos eventos y compararla con los porcentajes europeos, teniendo en cuenta que en el congreso europeo de 2018, sólo el 19,0% de los ponentes fueron mujeres (252).

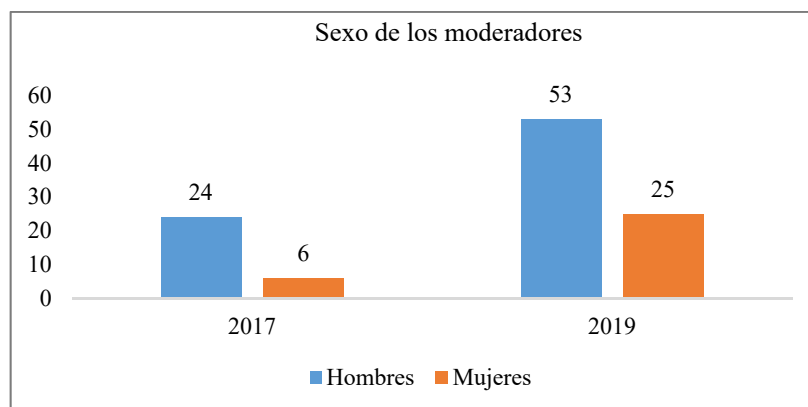


Figura 6.5 Moderadores en los congresos de Anestesia organizados por la SEDAR

En esta investigación no se incluyó ninguna pregunta sobre los premios recibidos en el ámbito profesional por lo que no podemos dar datos al respecto, sin embargo, diferentes publicaciones se han hecho eco al respecto. Según detallan, las mujeres son en general menos premiadas que los hombres. Este desequilibrio ha sido relacionado, por una parte, con que las mujeres participan en menos concursos al contar con una menor producción científica, y por otra, los jurados están formados mayoritariamente por hombres que favorecen a sus iguales (253, 254). Haciendo referencia al premio más prestigioso en Medicina, sólo 12 mujeres han recibido el Nobel en Medicina y Fisiología en sus 117 años de historia (255).

El último punto a tratar dentro de este apartado dedicado al liderazgo, es la posibilidad de ascenso. El formulario ha explorado de forma subjetiva la posibilidad de ascenso de los encuestados, existiendo una diferencia de dos puntos a favor de los hombres. Además, más de un tercio de mujeres considera que ha perdido la oportunidad de promoción por su género y de éstas, el 60% ha expresado que este hecho le resulta frustrante. En este sentido hubiese sido interesante incluir alguna pregunta que analizase la voluntad de los encuestados de promocionar a puestos de liderazgo.

En relación a la promoción profesional, se publicó un interesante artículo a principios de 2020 en el que la ESAIC estudiaba la motivación de los anestesiólogos por acceder a puestos de liderazgo y las posibles barreras a las que debían hacer frente (225). La encuesta fue enviada a los miembros de la sociedad, siendo los participantes mayoritariamente europeos, pero también incluyeron especialistas de Egipto, Australia, e India. El 47% de mujeres frente al 48% de hombres expresaron que deseaban desarrollar una carrera académica o acceder a puestos de liderazgo. Más de la mitad de las mujeres encuestadas identificaron los siguientes obstáculos para promocionar: falta de educación en liderazgo, falta de experiencia en investigación, responsabilidades familiares derivadas del cuidado de hijos y otros familiares, aumento de la carga de trabajo, menor tiempo dedicado a la vida personal y falta de soporte para la crianza.

Se han abordado ampliamente las diferencias en el campo del liderazgo tanto académico como de gestión hospitalaria por lo que se va a continuar la discusión con el apartado que se ha denominado condiciones laborales haciendo especial hincapié en la brecha salarial.

La brecha salarial ha sido ampliamente denunciada en todos los sectores profesionales incluyendo la Medicina Académica y Clínica (179, 256-261). En la especialidad de Anestesiología y Reanimación también se ha investigado al respecto y contamos con algunas publicaciones que resaltan este hecho. En la encuesta realizada por Baird et al. (219), en la que se incluyeron un gran número de anesthesiólogos estadounidenses, se reporta una diferencia del 27% del salario anual a favor del hombre, que tras ser ajustado a la experiencia, el número de horas trabajadas y el tipo de contrato descendía al 7%.

A nivel europeo contamos con poca información sobre la asignación salarial en nuestra especialidad. En un sondeo llevado a cabo por la ESAIC en 2019, en el que se abordaban diferentes aspectos dentro de las diferencias de género en Anestesia, se ponía de manifiesto que más hombres que mujeres se situaban en el grupo de mayores ingresos (252).

Resulta llamativo que, en nuestra encuesta, sólo el 2,2% de los participantes considerase que las anesthesiólogas ganan menos que sus compañeros hombres mientras que la Organización Médica Colegial de España (OMC) puso de manifiesto en 2018 que la diferencia salarial entre hombres y mujeres en Medicina se situaba en el 27,2% (262). Además, señalaba que los hombres ganaban 9.000 euros más que las mujeres en sanidad y que esa diferencia había crecido en 1.500 euros en los últimos siete años, es decir la brecha de género salarial había evolucionado negativamente en los últimos años.

De cualquier manera, en esta encuesta no se preguntó por los ingresos individuales, sino por la mera opinión de los participantes, y es posible que, al contestarla, ni siquiera las mujeres tuviesen en cuenta que, durante la baja por riesgo de embarazo y la baja maternal, se dejan de percibir ingresos complementarios relacionados, por ejemplo, con las guardias y con la producción variable, lo que se considera una pérdida de remuneración asociada al género.

La penalización salarial que acompaña a las mujeres tras la maternidad afecta de forma general a todas las mujeres españolas. Según los datos del Banco de España, las mujeres ven mermadas su sueldo en un 11% el primer año tras la maternidad, porcentaje que aumenta al 28% en los diez años siguientes. En contraste, los ingresos de los hombres no se ven alterados por la paternidad.

A continuación, se explican cómo se realizan las retribuciones salariales de los sanitarios en España, lo cual puede servir para entender mejor las pérdidas asociadas al género.

El modelo retributivo del Servicio Nacional de Salud está sujeto a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto del personal estatutario de los servicios de salud (263). En el artículo 42 se especifican las retribuciones básicas que están compuestas por los siguientes conceptos:

- 1) El sueldo base asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño conforme a lo previsto en la ley.
- 2) Los trienios, que se cobran por cada tres años de servicio y cuya cuantía se establece en función de cada categoría.
- 3) Las pagas extraordinarias que serán dos al año y se devengarán preferiblemente en los meses de junio y diciembre. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo base y trienios, al que se añadirá la catorceava parte del importe anual del complemento destino.

El artículo 43 de la Ley fija las características de las retribuciones complementarias que están orientadas a promover la motivación del personal, incentivar la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados. Estas retribuciones pueden ser fijas o variables, y van dirigidas a retribuir la función desempeñada, la actividad, a productividad y el cumplimiento de objetivos y la evaluación del rendimiento y de los resultados, determinándose sus conceptos, cuantías y los criterios para su atribución en el ámbito de cada servicio de salud. Estas retribuciones complementarias pueden ser:

- 1) Complemento de destino: correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. El importe anual de este complemento se abonará en catorce pagas.
- 2) Complemento específico: destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos de trabajo en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o toxicidad.
- 3) Complemento de productividad: destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.
- 4) Complemento de atención continuada: destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.
- 5) Complemento de carrera: destinado a remunerar el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.

En el convenio laboral del sector privado se tienen en cuenta las retribuciones derivadas del salario base y, si procede, de los complementos generales y de nocturnidad. Los módulos de cálculo para esos complementos suponen aumentos del 90-95% sobre el salario base.

Los complementos que están estipulados, además del complemento de transporte y antigüedad son los siguientes:

- 1) Complemento de puesto de trabajo de responsabilidad: supone un 10% más de su módulo correspondiente y está determinado por cada empresa.
- 2) Complemento especial: para el personal en razón de la mayor especialidad, toxicidad, peligro o penosidad. Se establece un complemento que consiste en un 15% del módulo establecido en las siguientes secciones o departamentos: quirófano, radioelectrología, radioterapia, medicina nuclear, laboratorio de análisis clínicos, unidad de cuidados intensivos, hemodiálisis.
- 3) Complemento de nocturnidad.
- 4) Complemento específico para los grupos profesionales superiores donde se encuentran los médicos y médicas. Se abonará un complemento específico equivalente al menos al 5% sobre el módulo de complementos correspondiente al respectivo grupo profesional.

Según el manuscrito de la OMC (262), no existen datos suficientes para determinar con exactitud los motivos que generan la brecha de género salarial, pero hace referencia a las siguientes razones tanto si se produce en el terreno público como en el privado:

- 1) Al haber un porcentaje mayor de hombres en los puestos de liderazgo, el complemento salarial asignado a ese puesto de responsabilidad lo reciben en mayor medida los hombres.
- 2) Si la mayoría de especialidades que recibe complementos especiales está ocupada por hombres, se genera una discriminación indirecta al poner en desventaja a las mujeres.
- 3) La mayoría de excedencias por cuidados de hijos y familiares son solicitadas por mujeres, lo que repercute en su salario, carrera profesional y derechos laborales, especialmente sobre sus pensiones futuras.
- 4) Las mujeres se ocupan en mayor medida del cuidado de hijos y personas dependientes por lo que los complementos vinculados a mayor tiempo de trabajo se ven afectados.
- 5) Durante el embarazo y la baja de maternidad, las médicas dejan de hacer guardias lo que supone dejar de cobrar un complemento, representando una pérdida retributiva por condición de género.
- 6) La misma razón afecta a los complementos vinculados a la carrera profesional, ya que sobre todo las mujeres son las que renuncian a una mayor presencia laboral y formación necesaria.

7) Las carreras profesionales de las mujeres se ven afectadas negativamente por la maternidad que puede ocasionar en gran medida, entradas y salidas del mercado laboral.

Se han propuesto otros motivos como condicionantes de la brecha salarial, tales como una menor habilidad de las mujeres para negociar el salario e incluso se ha comentado que las mujeres priorizan menos el salario que los hombres (264), comentario, éste último, con el que discrepa totalmente la autora de esta tesis.

En cuanto a las condiciones de la contratación, al evaluar el porcentaje de anesestiólogos con contrato fijo o indefinido, según los resultados de esta investigación existe una disparidad del 5% a favor de los varones de la población estudiada, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Según los datos a nivel nacional, el 54,5% de las plazas públicas en propiedad están ocupadas por hombres. Del total de profesionales médicos sin plaza en propiedad tanto del sector público como privado, el 57,4% son mujeres, por lo que las mujeres son las que encadenan más contratos temporales. Se podría inferir que los datos proporcionados por esta investigación son un fiel testigo de lo que acontece en la profesión médica en general (262).

La precariedad de los contratos del sector sanitario en España resulta alarmante. Según lo expresado, a un tercio de los participantes les costó más de 5 años conseguir un contrato fijo después de acabar el período de especialización. Este hecho es constante sobre todo en el sector público, donde los especialistas unen contratos temporales de incluso meses de duración. Este es un factor que, afecta principalmente a las mujeres, las cuales llegan a retrasar la maternidad hasta conseguir cierta estabilidad laboral. Según han expresado las mujeres encuestadas para esta investigación, un tercio de las mismas esperó a disfrutar de un contrato fijo para llevar a cabo su deseo maternal.

Ya se ha puntualizado en diversas ocasiones el papel que juega la maternidad en la carrera profesional de las mujeres. La maternidad se ha relacionado negativamente con la promoción del liderazgo femenino y con la retribución salarial. Una parte significativa de las anesestiólogas han expresado que tuvieron miedo de perder su puesto de trabajo por quedarse embarazadas, incluso un 10% sospecha que la maternidad ha sido la causa directa de la no renovación de contrato. Esta situación está claramente vinculada con la idea expresada en el párrafo previo; la precariedad laboral puede jugar un papel relevante entre las mujeres a la hora de planear la maternidad, ya que podrían correr el riesgo de perder su puesto de trabajo.

El impacto que representa la maternidad en la carrera profesional de las mujeres se debe abordar como un problema endémico en todos los sectores profesionales. Para reflejar la situación española, ElDiario.es publicaba los resultados de una encuesta que incluyó a 95.000 mujeres de todo el territorio español, cuyos resultados exponían que el 75% de las encuestadas reconocía que su vida laboral se había visto afectada por la maternidad y un 37% había sufrido discriminación de

género de forma directa (265). El artículo también recogía que la causa por la que el 60% de las mujeres no decidieron tener más hijos, fue la falta de apoyo, tanto familiar como profesional y que el 22% habían perdido su trabajo a causa del embarazo o la maternidad.

La maternidad y la carga familiar ha sido identificada constantemente en la literatura médica como detonante para no ascender, perder oportunidades de liderazgo, opciones de investigación y poder adquisitivo (208, 212, 215, 220, 265). Con esto se hace referencia, no sólo al período del embarazo, sino a la crianza en general. Dorothea Erxleben señaló en 1754 que la familia y las ocupaciones domésticas suponían un obstáculo para el desarrollo de las mujeres y todavía en el siglo XXI, siguen representando un freno en la carrera profesional de las mismas. Esta situación queda reflejada en los resultados de la encuesta donde se pone de manifiesto que, el doble de mujeres que hombres han solicitado una excedencia o una reducción de jornada para el cuidado de hijos. Detalle que resulta todavía más preocupante, teniendo en cuenta que en nuestra muestra el porcentaje de hombres con hijos es mayor que el de mujeres.

Son numerosas las publicaciones que expresan la necesidad de flexibilizar las condiciones laborales para promover la conciliación familiar, y facilitar, no sólo la posibilidad de trabajar a tiempo parcial, sino la lactancia materna y el cuidado de los hijos en el propio lugar de trabajo (223, 225, 266, 267).

La conciliación de la vida personal y laboral también ha sido abordada en la encuesta. El porcentaje total de anesestiólogos que considera que le resulta difícil conciliar es elevado, pero han sido más las mujeres las que han reconocido este problema, aun teniendo en cuenta que, entre los participantes del estudio, más hombres que mujeres están casados, tienen hijos y según han señalado trabajan en varios hospitales al mismo tiempo. La dificultad de conciliar de las mujeres se focaliza sobre todo en aquellas con descendientes de corta edad. En este punto es cuando más mujeres solicitan excedencias o reducción de la jornada laboral, lo cual se relaciona negativamente, como ya se ha puntualizado, con las posibilidades de ascenso o de desarrollar una carrera académica, ya que prefieren dedicar su tiempo libre a su familia.

En el estudio de Strange et al. (212), publicado ya hace dos décadas, se ponía de manifiesto que en Australia un mayor porcentaje de mujeres que de hombres solicitaban trabajar media jornada y recogía también el testimonio de mujeres que habían sufrido discriminación en el trabajo por este hecho. Unos años más tarde, Gardner et al. (220), aportaba datos similares entre los anesestiólogos en Sudáfrica y Baird et al. (219), de E.E.U.U. En todos los casos se reportaba que las mujeres solicitaban reducción de jornada en una proporción mayor que los hombres. En 2019, Pearson et al. (268), diseñaron una encuesta para abordar los problemas relacionados con la maternidad, la baja de maternidad y la lactancia. Aunque la muestra obtenida incluyó a un número pequeño de mujeres,

la mitad de ellas respondieron que habían tenido menos hijos que los deseados por la carga de trabajo, y que sus compañeros y superiores habían mostrado cierto desagrado al enterarse de que estaban embarazadas, testimonios que subrayan los problemas a los que siguen teniendo que hacer frente las mujeres en relación a la maternidad en cualquier país del mundo.

El efecto que tiene la maternidad y la reducción de jornada o excedencia, asociadas como se ha expuesto sobre todo a las mujeres, ha sido relacionado desfavorablemente con la productividad y se ha considerado un factor negativo de la feminización de la medicina, aportando más problemas que oportunidades (269, 270).

De cualquier manera, debemos tener en cuenta que no sólo las cargas familiares alteran la conciliación de la vida personal y profesional. Otro factor importante que no podemos obviar y que sufren muchos médicos en general, es la falta de oportunidades para desarrollar un currículum académico en el horario de trabajo. Habitualmente la carga asistencial en España es tan elevada que los proyectos de investigación y docencia deben ser realizados fuera del horario laboral del trabajador, hecho que desmotiva a un gran sector de los médicos y razón por la que muchos no desarrollan proyectos de este tipo. Este tiempo es sustraído a la familia, los amigos o los hobbies, y es un problema al que se le está dando cada vez más importancia, ya que las nuevas generaciones, en especial la comúnmente denominada millennial o generación Y se caracterizan, entre otras cosas, por buscar un mayor equilibrio en la vida (215, 225).

Dentro de las percepciones individuales, se ha explorado la opinión que tienen los participantes en cuanto al trato recibido tanto por los pacientes como por el resto del personal sanitario. Resulta alarmante que casi todas las mujeres y tres cuartas partes de los hombres que contestaron a la encuesta hayan puntualizado que los pacientes tratan con menos educación a las anesthesiólogas que a sus compañeros varones y que más de la mitad de las mujeres también perciban un trato diferente por parte del resto del personal sanitario. Podríamos pensar que este hecho se encuentra en relación con aspectos socio-culturales de nuestro entorno, pero desgraciadamente, estos datos están en concordancia con los datos recogidos en otros países, en los que también se denuncia un trato desfavorable hacia las mujeres y en los que se incluye la opinión de anesthesiólogos de diversos países (215). En una encuesta llevada a cabo en España en 2006 donde se recogieron los testimonios de pacientes; el 70,5% de los entrevistados afirmaron pensar que es más difícil ser médicas y atender las tareas domésticas, lo cual pone en de manifiesto la persistencia de roles asociados al género que continúan presentes en la sociedad actual (190). Incluso se ha demostrado que los pacientes relacionan la excelencia profesional con los hombres (271).

En esta investigación no se ha abordado el acoso moral o sexual dentro de la especialidad de Anestesiología y Reanimación, pero si contamos con trabajos que se apoyan en datos judiciales

y ponen de manifiesto que este trato vejatorio es alarmante en la profesión médica en España y que un 44% de sanitarias han sufrido discriminación laboral (272).

Los resultados derivados de esta investigación nos informan de que gran parte de los anestesiólogos, hombres y mujeres, no son conscientes de la existencia de discriminación de género en su especialidad. Este detalle resulta muy relevante para afirmar que se necesita dar visibilidad al problema y aumentar la concienciación entre el personal sanitario. Las mujeres deben exigir la igualdad de género y los hombres deben facilitarla; la lucha de la mujer no dará resultados positivos sin el apoyo del hombre. Estos resultados son comparables a otros obtenidos en distintas encuestas a nivel internacional. Los anestesiólogos de países como Estados Unidos (212), Sudáfrica (220) o Japón (273), tampoco mostraron ser conscientes de la discriminación de género en su especialidad.

La Ley de Igualdad define en su artículo 6 lo que se entiende por discriminación de género (274):

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

En el artículo 7 se hace referencia al acoso sexual y acoso por razón de sexo:

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

En el artículo 8 se hace referencia a la discriminación por embarazo o maternidad:

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

La discriminación se considera una causa de desigualdad entre los hombres y las mujeres. Para analizar de forma objetiva si existe desigualdad de género, se han creado los indicadores de género, que son utilizados en el análisis estadístico para evaluar la desigualdad. Estos índices son utilizados por las instituciones gubernamentales para expresar la situación en la que se encuentra el país y analizar la tendencia (275):

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

Según detallan diversos autores, desde que la mujer se incorporó de forma masiva a la actividad laboral, incluyendo la medicina, se pudieron acortar ciertas desigualdades laborales entre los hombres y las mujeres, sin embargo, en los últimos años la discriminación de género se está transformando disminuyendo la discriminación directa y aumentándose la indirecta (276, 277).

La visibilidad de la discriminación de género es crucial para crear un impacto positivo en la concienciación social y en la participación femenina. El trabajo llevado a cabo por Colomer y Peiró (278), en el que se resaltaban las diferencias de género dentro de la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias, fomentó que las mujeres se movilizaran para promover su presencia y participación en su sociedad. Siguiendo este ejemplo, se espera que los resultados extraídos de este trabajo sirvan para concienciar a la sociedad médica de que la discriminación de género también existe en la especialidad de Anestesiología y Reanimación.

En cuanto a la satisfacción profesional, la mayoría de los anestesiólogos que participaron en la encuesta afirmaron estar notablemente satisfechos con su especialidad, sin existir una clara diferencia entre sexos. Al estratificar los resultados según la edad, se puede observar que el grado de satisfacción de las mujeres va disminuyendo con la edad, aunque en todos los rangos de edad estudiados, más de la mitad de las mujeres puntúan su satisfacción por encima de 7. El hecho de

que las mujeres se sientan tan satisfechas como los hombres a nivel profesional, a pesar de las desigualdades existentes, se repite constantemente en la literatura. En otras encuestas dirigidas a los especialistas en Anestesiología y centradas en la evaluación de la satisfacción profesional, se puede observar cómo el grado de satisfacción tampoco difiere entre sexos (220, 279). Las razones expuestas para justificar esta ambigüedad han sido diversas. Algunos autores han sugerido que la satisfacción dentro de los profesionales dedicados a la Anestesia está en relación a la autonomía que brinda la especialidad, a la practicidad de la misma, al tipo de relación que se establece con los pacientes y los compañeros y a la aceptación de roles de género (279, 280).

Kluger et al. (280), llevaron una investigación entre los especialistas de Anestesiología australianos, en la que se evaluaba el nivel de satisfacción, de estrés y el burnout. En sus resultados se puede observar que, a pesar de que las mujeres sufren unos niveles de estrés mayores que los hombres, el grado de satisfacción profesional es equiparable entre ambos sexos. Una de las razones que propone para justificarlo es que las mujeres priorizan más la vida personal/ familiar. En cuanto a los factores asociados a una menor satisfacción se encontraban el bajo reconocimiento de la especialidad y el recuento horario. También puntualizaba que el burnout es mayor entre los anestesiólogos que en otras especialidades.

En otra encuesta llevada a cabo en Polonia para conocer el nivel de satisfacción en la misma especialidad, los resultados son bastante parecidos; el 73% de los anestesiólogos admitían estar satisfechos con su trabajo, sin embargo, sí relacionaban el nivel de estrés con la insatisfacción laboral y con el burnout (281).

El estrés laboral ha sido evaluado desde diferentes puntos de vista y ha sido relacionado con el suicidio. Han sido diversos los trabajos donde se ha señalado que la especialidad de Anestesiología presenta cierta vulnerabilidad al suicidio, mayor que otras especialidades y que la población general (282-287). En la población general, los hombres presentan una incidencia mayor de suicidio que las mujeres, sin embargo, en anestesia, la frecuencia es la misma, por tanto, se puede afirmar que las mujeres anestesiólogas presentan un riesgo de suicidio mayor que los hombres (283, 288).

Definitivamente las razones que llevan al suicidio son múltiples y resultaría simplista anteponer el estrés a otras razones, como la personalidad, la existencia de enfermedad psiquiátrica o los problemas familiares; pero sí resulta inquietante que el suicidio sea más prevalente entre las mujeres anestesiólogas y sería interesante llevar a cabo estudios más detallados al respecto.

En cuanto a la estadística española, según el “Estudio sobre la Mortalidad de la Profesión Médica” llevado a cabo por la OMC y presentado en 2020, el suicidio es la primera causa de muerte externa, incluso por delante de los accidentes de tráfico (289). Representa el 0,8% de las causas de

muerte en la población general frente al 1,3% de mortalidad entre los médicos. El estudio englobó 10 años consecutivos, desde 2005 a 2014, e informa de que al año se suicida una media de 12 médicos en España. Al analizar los resultados por género, las médicas tienen un porcentaje de suicidio un 8,6% más alto que la población femenina general; 45,8% frente al 37,2%. El porcentaje masculino también es mayor en la profesión médica que en la población general; 28,9% frente al 27,4%. La especialidad de Anestesiología y Reanimación se sitúa en el cuarto puesto de entre las especialidades con mayor tasa de suicidio, por detrás de Geriátrica, Oncología Médica y Medicina Intensiva. En esta especialidad, el suicidio representa el 2,6% de las causas de muerte. Según las conclusiones del citado trabajo, el suicidio en la profesión médica tiene ciertas particularidades si se compara con la población general; es más prevalente entre las mujeres y se lleva a cabo a edades más tardías. Según los autores del estudio, dentro de los factores que pueden influir en el colectivo médico y en las mujeres en particular podrían ser la precariedad laboral, la insatisfacción por no poder atender adecuadamente a los pacientes, el desgaste físico y emocional, así como la dificultad de conciliar la vida laboral con la familiar; sin obviar un factor claramente relacionado con el suicidio que es la depresión, más frecuente entre las mujeres médicas.

El análisis de las razones de las diferencias de género en Anestesiología y Reanimación en España y de las posibles soluciones para acortarlas no es uno de los objetivos de esta investigación. Sin embargo, resultaría ciertamente simplista acabar este trabajo sin mencionar las recomendaciones que se detallan en la literatura al respecto, o sin exponer ciertas iniciativas para paliarlas.

A nivel internacional ya se están implementando algunas propuestas como el simposio que realiza el “British Journal of Anaesthesia on Women In Anaesthesia Research”, la iniciativa “US Women in Anesthesiology” (290), el plan de acción del Colegio de Médicos de Australia y Nueva Zelanda (291), el proyecto europeo Medicine Goes Female (MedGoFem) (292), o el Subcomité de Género de la ESAIC.

La desigualdad puede afectar a ambos géneros de una u otra manera, sin embargo, la desigualdad de género a lo largo de la historia ha contribuido a generar diferencias reales a la hora de conseguir méritos y logros. Los problemas que existen en la especialidad de Anestesiología son los mismos que acontecen en otras especialidades médicas y en otras profesiones en general.

En el documento de posicionamiento del Colegio de Médicos de Australia y Nueva Zelanda se detallan los siguientes factores como causantes de desigualdad:

- 1) Cultural: los estereotipos generados históricamente crean barreras para los nuevos residentes y jóvenes especialistas que intentan distanciarse de antiguos roles. Estos estereotipos influyen en la socialización de grupos y creación de redes sociales

resultando en la exclusión inintencionada de personas por su género (293, 294). Los prejuicios de género inconscientes influyen en los procesos de selección y promoción que deberían basarse en el mérito u otros criterios objetivos (295, 296).

2) Estructural: los procesos organizativos que han sido diseñados para promover una buena gobernanza pueden actuar de forma contraria a sus objetivos cuando no han sido tenido en cuenta los posibles factores que generan la igualdad de género. Esto puede incluir la selección del personal, las reuniones de trabajo, la selección del comité, la invitación de ponentes en reuniones científicas, el ascenso a puestos de gestión y liderazgo y el soporte a la investigación. La flexibilidad horaria, el trabajo a tiempo parcial y las condiciones de trabajo flexible pueden plantear obstáculos importantes para las personas que ostentan puestos de responsabilidad (297-299).

3) Comportamiento: algunas investigaciones sugieren diferencias de género basadas en la autoconfianza expresada, la autopromoción y otras conductas de autocapacitación que perjudican principalmente a las mujeres al buscar oportunidades de promoción en el lugar de trabajo (300, 301).

4) Vigilancia: no medir ni actuar sobre la inequidad existente la perpetúa y reduce cualquier probabilidad de que se logre la equidad (201).

Teniendo en cuenta los factores señalados, el documento de posicionamiento propone las siguientes estrategias para luchar contra la desigualdad:

- 1) Promover una cultura inclusiva de forma activa poniendo especial atención a la equidad, aceptando las diferencias de los otros para ayudar a conseguir metas personales.
- 2) Crear políticas y prácticas que promuevan la igualdad de participación a todos los niveles de práctica y decisión.
- 3) Crear políticas que fomenten el trabajo a tiempo parcial, las excedencias por cuidados y otras prácticas que promuevan la flexibilidad de horario.
- 4) Identificar las áreas donde claramente existe desigualdad de género y actuar para disminuir las diferencias.
- 5) Planificación estratégica orientada a asegurar la sostenibilidad de la equidad de género, incluyendo la auditoría de las medidas llevadas a cabo y promover las iniciativas individuales de género.

Otro proyecto muy interesante que engloba a siete países europeos (Alemania, Noruega, Lituania, Polonia, Holanda, República Checa e Italia) es el denominado Medicine Goes Female (MedGoFem) (292). Basándose en que el número de mujeres que acceden actualmente a la carrera de Medicina y la creciente feminización que está experimentando en muchos países europeos, proponen una serie de estrategias para ser implementadas en ocho hospitales universitarios situados

en los países previamente nombrados. Los objetivos del proyecto son: implementar un protocolo de equidad de género en los hospitales, aumentar el número de mujeres investigadoras que finalmente promoverá el liderazgo femenino, integrar la igualdad de género en los proyectos de investigación y optimizar el contenido de la investigación para aumentar el valor social de la innovación (la innovación de género será promovida por el propio proyecto). Por otra parte, se incluirá una investigación que aborde el acceso equitativo a los medios que fomentan el desarrollo profesional, el equilibrio personal-profesional, la liberación de prejuicios de género y el apoyo de los superiores. Para ello, el proyecto cuenta con tres fases de implementación y cinco paquetes de trabajo.

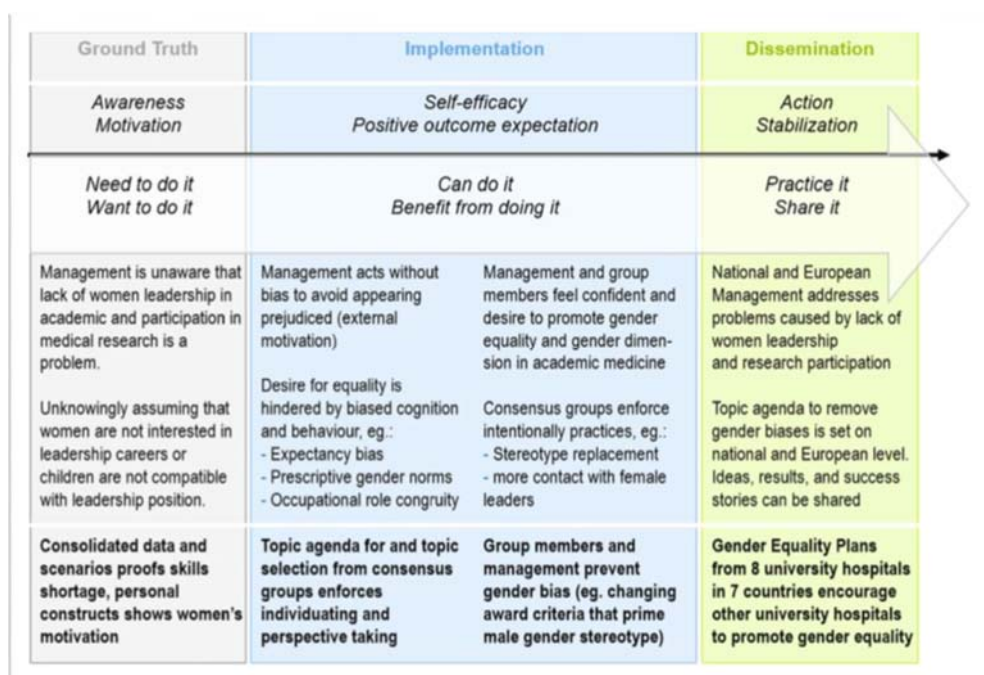


Figura 6.6 Fases de implementación del proyecto MedGoFem (292)

La iniciativa parece prometedora, pero debemos esperar unos años para poder evaluar los resultados de la propuesta.

A día de hoy, contamos con estrategias que ya han sido implementadas y parecen dar buen resultado a la hora de acortar las diferencias de género en el ámbito laboral en Medicina y para retener a las mujeres tanto en la profesión como en el ámbito académico.

La figura del mentor ha sido ampliamente discutida en la literatura y ya se ha hecho referencia a ella en varias ocasiones. El concepto de mentoría abarca a una persona o grupo de personas que ayudan a otra, a lo largo de su carrera profesional, a desarrollar todo el potencial y ha demostrado ser uno de los factores más influyentes para promover el liderazgo femenino (241, 243, 290, 302, 303). Es recomendable que el grupo de mentores esté compuesto tanto por hombres, que apoyen el liderazgo de la mujer, como por mujeres, que sirvan de modelo a las jóvenes especialistas

o investigadoras (304, 305). Además, teniendo un grupo de personas que soporte a las mujeres, éstas desarrollan un sentimiento de pertenencia al grupo que reduce los sentimientos de aislamiento (306), se apoyan mutuamente amplificando su voz, comparten oportunidades y discuten/proponen posibles cambios que les beneficien a ellas en particular, como los horarios de trabajo y la conciliación familiar (304). La falta de mujeres en puesto de liderazgo hace que las jóvenes no puedan optar a mentores mujeres y que tengan que buscar esa figura en los hombres. Por ello, los hombres también deben ayudar a las mujeres, promoviendo oportunidades académicas, ofreciéndoles participar en proyectos de investigación, presentándolas en grupos de poder y patrocinándolas. Sería ideal poder contar con un grupo de mentores que ofreciesen distintas perspectivas, experiencia y guía (307). Desgraciadamente, a las mujeres les resulta más difícil conseguir mentores y mantenerlos a lo largo de su carrera profesional (308), además los programas formales de mentoría no están bien diseñados y están infrautilizados en Anestesiología (309, 310).

Por tanto, se deben diseñar programas que aseguren el acceso equitativo a todos los residentes y jóvenes investigadores, incluso estudiantes de medicina, a un mentor. La posibilidad de acceder a un mentor en Medicina es escasa; una revisión sistemática del tema puso de manifiesto que, solo un 20% de los médicos tenía acceso a un mentor (226). A nivel universitario, se cuenta con programas de tutorización de estudiantes llevados a cabo por el profesorado, con la finalidad de guiarles y orientarles en el proceso de aprendizaje, en la transición hacia el mundo laboral y en el desarrollo profesional durante su estancia en la universidad. En el ámbito hospitalario, la figura del mentor es desarrollada normalmente por los tutores de residentes, que al igual que ocurre con las tareas de investigación, en muchas ocasiones tienen que descontar esta actividad de su tiempo libre. Esto genera que no dispongan del tiempo necesario para llevar a cabo sus funciones de tutorización (311) y que algunos residentes se puedan sentir desarropados durante su período de formación. Además, en muchos casos, los tutores no han recibido la formación adecuada para desarrollar su función de mentor (312) y mucho menos sobre estrategias inclusivas o promoción del liderazgo.

Las asociaciones médicas de mujeres han servido históricamente para publicitar la imagen de la mujer, fomentar el trabajo en grupo y servir de apoyo. En sus reuniones se crea el clima adecuado para potenciarse mutuamente y para discutir los problemas con los que se enfrentan a lo largo de su vida. Además, una asociación tiene una influencia mayor en la sociedad que la propia del individuo, y en grupo se pueden conseguir más logros. Es importante que en esas asociaciones participen mujeres de todas las edades que ostenten puestos de responsabilidad, para servir de modelo a las más jóvenes y poder ilustrarlas con su experiencia.

La implementación de medidas para la equidad de género ha demostrado crear un ambiente más amigable para la mujer aumentando su participación en proyectos internacionales que mejoran

su reputación. Las publicaciones que incluyen a mujeres entre los investigadores son más citadas e incluso son consideradas de mayor calidad (313).

La creación de premios especiales para mujeres jóvenes e investigadoras también genera un impacto positivo para atraer a las mujeres a la investigación (314).

El sistema de cuotas mínimas de representación femenina ha funcionado en algunos sectores de la sociedad y en algunos países en particular, como los nórdicos. Los países que han impuesto la presencia de mujeres en las empresas parecen haber alcanzado la paridad (314). El objetivo de las cuotas mínimas es mejorar el reparto de los puestos de representación pública y privada y surgieron para favorecer el acceso de grupos como el de las mujeres, históricamente discriminados, a dichos espacios visibles. Con las cuotas se persigue conseguir una presencia más equitativa de las mujeres en los consejos de administración, jurados, cargos universitarios, listas de partidos políticos, y así, en infinidad de lugares de toma de decisiones en los que, de no estar las mujeres representadas, se producirían claros ejemplos de desigualdad de oportunidades entre los sexos.

En nuestro país, la primera cuota electoral se impuso por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Actualmente, el porcentaje de mujeres en puestos de responsabilidad ha aumentado notablemente, pero el poder, tanto político como administrativo sigue siendo masculino. La igualdad de la mujer en España existe en términos cuantitativos en el ámbito del poder público, pero no así en términos sustantivos o cualitativos, puesto que ellas no copan los principales puestos, o lo hacen de forma esporádica (315).

En la literatura se recogen otras recomendaciones que, aunque no hayan sido implementadas a gran escala y no se haya estudiado su impacto, parece interesante incluir.

En primer lugar, resulta primordial que todos los especialistas sean conscientes de las diferencias de género que existen en su país, incluso que se estudien las estadísticas a nivel local. Dar visibilidad al problema de género es crucial para que exista una concienciación global. Se debe estudiar la tendencia de la representación femenina en los puestos de liderazgo y publicar los resultados para que el público en general y los residentes en particular puedan compararlos, fomentando una cultura de transparencia (314). En el mismo sentido, se deben aportar datos de inclusión, diversidad y discriminación de género (305). La inclusión de mujeres en los puestos de gestión enriquece el sistema porque aporta diversidad de puntos de vista, experiencias e ideas que contribuyen a mejorar la flexibilidad y la resiliencia de las instituciones (213).

La implementación de un código de conducta intrahospitalario dirigido a los sanitarios y a los pacientes, que incluya un trato equitativo independientemente del género hacia el personal

sanitario podría ayudar a mejorar el respeto a la integridad individual y comportamiento interprofesional. Este mismo código podría ser implementado en la organización de grandes eventos como en congresos o jornadas científicas (305). Las conductas discriminatorias deben ser identificadas, denunciadas y penalizadas en el mismo lugar de trabajo.

Se deberían implementar un modelo de cuotas mínimas a nivel hospitalario, que promoviese la representación femenina equitativa en todos los puestos de liderazgo y gestión hospitalaria, para asegurar porcentajes equitativos de jefes de servicio, jefes de sección y tutores de residentes, así como del personal que colabora en comités, comisiones e incluso en la realización de protocolos (225, 316). Esta cultura de cuotas debería extenderse también al ámbito académico para favorecer que el número de mujeres profesoras fuese equipare al de hombres. En la misma dirección, el sexo de los cargos directivos de las sociedades científicas debería estar equilibrado, así como el de los editores jefe y adjuntos de revistas. El sistema de cuota mínima debería también ser incluido en los congresos para que el porcentaje de mujeres ponentes sea equiparable al de los hombres (223, 305).

Se debe promover activamente la conciliación familiar (225, 266, 305). El sistema actual debe evolucionar hacia otro más flexible que tenga en cuenta las necesidades individuales y que no penalice a las personas que decidan trabajar a tiempo parcial o soliciten excedencias para el cuidado de familiares e hijos. En este punto, se debe hacer especial hincapié puesto que la feminización de la Medicina ya ha llegado a nuestra sociedad y si los gestores no tienen en cuenta las necesidades individuales de los trabajadores, tanto de las mujeres como de los hombres, se creará un conflicto socio-laboral importante en los próximos años. La sociedad debe ser consciente de que las mujeres suelen verse forzadas lidiar con un período frágil en el que tienen que compaginar la maternidad con el desarrollo profesional. Se debe crear una cultura de solidaridad y compañerismo para que durante ese período no se vean desplazadas en sus puestos de trabajos, ni por ello se vean mermadas sus posibilidades de ascenso. Sería interesante que se premiase la perspectiva profesional futura y no sólo se tengan en cuenta los logros del pasado. Además, se debe fomentar la obligatoriedad de disfrutar el permiso de paternidad para que los hombres compartan las cargas familiares (314).

Dentro de este apartado se debería incluir la propuesta de medidas que aseguren que el especialista clínico dispone del tiempo suficiente para desarrollar actividades académicas dentro de su horario laboral. Este es un punto que se considera crucial y que afecta negativamente a las mujeres con responsabilidades familiares. A día de hoy, debido a la carga de trabajo que presentan tanto los hospitales públicos como privados en España, resulta muy difícil poder desarrollarse en el ámbito académico sin renunciar al tiempo de disfrute personal y familiar. La realidad es que la mayoría de los médicos se ven forzados a realizar las actividades de investigación en horario extra-laboral, por lo que muchas mujeres pierden el interés en llevar a cabo este tipo de actividades al

generarse un conflicto de intereses entre la carrera profesional y la vida familiar. Este hecho reduce las posibilidades de desarrollar su carrera profesional, de mejorar su currículum y por ende de acceder a puestos de liderazgo. Se debe apoyar la progresión profesional de las mujeres mediante el desarrollo continuo de criterios de promoción que se centren en la calidad más que en la cantidad (314).

La dificultad para conciliar ha sido identificada como una de las barreras más importantes para el desarrollo profesional (225), sacando a luz las necesidades de la nueva generación millennial o generación Y. Esta generación se caracteriza por priorizar el equilibrio entre la vida personal y laboral y se debe tener en cuenta que en los próximos cinco años representarán el 40% del personal médico (317, 318). Es probable que en el futuro cercano seamos testigos de la implementación de la telemedicina en anestesia, que por el momento está empezando a emerger (319). Por ahora lo que estamos experimentando a causa de la pandemia originada por la COVID-19, son los congresos y reuniones científicas en un formato virtual que se apoyan en el uso de videoconferencias para conectar a los interesados de manera global. Se deben hacer estudios al respecto que investiguen la calidad de los mismos y si este formato ayuda a la conciliación.

Para hacer frente a las desigualdades de género es primordial implementar las leyes ya existentes de compatibilidad entre la vida privada y laboral en el ámbito sanitario, se deben generar políticas públicas que permitan desarrollar una socialización alternativa, el aprendizaje y la autorreflexión para que las mujeres puedan detectar situaciones de discriminación. De igual manera, la sociedad debe realizar el esfuerzo necesario para modificar los roles masculinos y femeninos dentro y fuera de la vida privada (190).

7. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que presenta esta investigación están principalmente relacionadas con las derivadas de la investigación mediante encuestas y, en este caso en particular, con la distribución del cuestionario.

Por un lado, toda encuesta al ser usada como método de investigación presenta ciertas limitaciones como la dificultad para conocer si la información proporcionada por el encuestado es veraz, o si la información es fiable y no está influenciada por emociones presentes en el momento de contestar el cuestionario.

En esta investigación se ha tenido que hacer frente a un proceso de distribución complejo. En un principio, la idea fue centralizar la distribución en un solo organismo como podría haber sido la OMC. Al contactar con la entidad para solicitar la distribución de la encuesta, resultó que los datos de contacto de los colegiados no están centralizados y se encuentran repartidos en 52 Colegios de Médicos. Este dato resulta significativo si tenemos en cuenta que en otros trabajos de este tipo (americanos, australianos o ingleses del Reino Unido) la distribución del cuestionario suele realizarse a través de una única entidad, es decir, que los datos de contacto de la gran mayoría de los colegiados suelen estar centralizados en un único colegio de médicos o en una asociación correspondiente a cada especialidad. El siguiente paso fue contactar con los 52 Colegios de Médicos españoles para solicitar el envío del cuestionario. Desgraciadamente, no todos ellos mostraron disposición para llevar a cabo semejante tarea, de hecho, sólo los Colegios de A Coruña, Álava, Almería, Badajoz, Barcelona, Cantabria, Córdoba, Granada, Guipúzcoa, Huelva, Lugo, Ourense, Pontevedra, Salamanca, Tarragona y Vizcaya accedieron a enviar electrónicamente el cuestionario. Esto significó que colegios que albergan un número muy elevado de anesthesiólogos como son el de Madrid, Sevilla o Valencia no colaborasen, disminuyendo la probabilidad de que la encuesta llegase a todos los anesthesiólogos que trabajan en esas provincias. Para hacer frente a semejante contratiempo, se decidió contactar con los Jefes de Servicio de Anesthesiología y Reanimación de las provincias en las que los colegios no habían colaborado, pero fue imposible contactar con todos ellos, especialmente con los del sector privado. En los casos en que la comunicación con los Jefes de Servicio no fue posible, se intentó contactar con los especialistas, pero la probabilidad de que el cuestionario llegase por este medio a todos los integrantes de las plantillas se vio claramente mermada. Por último, el Vicepresidente de la SEDAR, César Aldecoa, propuso enviar el formulario a los socios, lo cual ayudó notablemente en la distribución.

El número exacto de personas que pudo leer el cuestionario es imposible de detallar, sin embargo, podemos afirmar que al menos 4.288 especialistas recibieron la encuesta a través de los Colegios de Médicos que decidieron colaborar con el envío. También se conoce que el número de encuestas recibidas corresponde al 17,6% del total de anestesiólogos de España, porcentaje que representa ampliamente a la población de interés. Según los datos aportados por los Colegios de Médicos, esta vez todos colaboraron proporcionando la información solicitada, en 2018 había 9.170 anestesiólogos colegiados en España, siendo el 49,16% mujeres.

Debido a los problemas de distribución de la encuesta, y a la naturaleza anónima de la misma, algunas provincias y hospitales en particular pueden estar más representados que otros, constituyendo este hecho un sesgo.

Para paliar posibles errores de representación y de fiabilidad se procedió a comparar los resultados cuantitativos obtenidos con las estadísticas reales. En este punto volvieron a aparecer obstáculos ya que en muchos de los casos no existen datos estadísticos oficiales a disposición del ciudadano. Los que sí fueron encontrados se encuentran contrastados y referenciados adecuadamente en el texto.

8. Futuras líneas de investigación

La investigación relacionada con las diferencias de género en el mundo laboral se encuentra actualmente en continua expansión. Como ya se ha reflejado a lo largo de este trabajo, hay grupos de trabajo centrados en este campo por todo el mundo, aunque los más avanzados se encuentren probablemente en E.E.U.U. Parece que en Europa esta temática se está desarrollando cada vez más y es muy probable que, en los próximos años, salgan a la luz nuevas publicaciones al respecto que nos muestren la situación en los distintos países europeos.

Hasta el momento ya se demostrado la existencia de diferencias de género en el ámbito laboral sanitario en distintas especialidades, así como en Anestesiología. En un futuro, sería necesario llevar a cabo investigaciones centradas en abordar las razones reales de la disparidad de género en Medicina para poder instaurar las medidas necesarias que fomenten la igualdad de oportunidades entre ambos sexos y promuevan el liderazgo entre las mujeres.

Del mismo modo, parece imperativa la monitorización a medio plazo de estas diferencias. En los años venideros el número de mujeres en Medicina y en la especialidad de Anestesiología y Reanimación en particular, será claramente mayor al de hombres. Además, muy probablemente los hombres que en este momento ocupan puestos de liderazgo se jubilen, lo que debería facilitar la promoción de mujeres a esos puestos de gestión. La monitorización estrecha de los porcentajes de puestos de liderazgo disfrutados por mujeres nos dará una idea de la evolución de este desequilibrio. Sería necesario analizar en nuestro país las aspiraciones reales de las mujeres y qué prioridad le brindan a su vida profesional para poder compararlas con otros trabajos.

Desde el punto de vista académico, se han identificado diferentes áreas que merece la pena estudiar con mayor detenimiento para poder analizar la situación con números oficiales y monitorizar la tendencia. Éstas incluyen las estadísticas del sexo de los Profesores Titulares y Asociados de Anestesiología y Reanimación, el número de Tesis Doctorales realizadas por los especialistas según el sexo, la autoría de artículos y los premios recibidos.

Debido a que los esfuerzos de concienciación sobre la discriminación de género se están llevando a cabo en todos los niveles de la sociedad; sería recomendable analizar si la visibilización obtiene los resultados deseados y se consigue crear un ambiente respetuoso e inclusivo.

Las nuevas generaciones se caracterizan por priorizar la conciliación. Este hecho asociado a la feminización de la Medicina debería forzar a la flexibilización de los horarios laborales. El análisis de la conciliación familiar y laboral será prioritario en un futuro para estudiar si las medidas

implantadas surgen efecto. En este sentido se debe explorar si los nuevos permisos paternos que entran en vigor en 2021 surgen efecto y sirven para disminuir la carga familiar femenina.

9. Conclusiones

La investigación realizada nos lleva a afirmar que existen diferencias de género en la especialidad de Anestesiología y Reanimación en España:

- 1) Los puestos de liderazgo hospitalario y académico están ocupados mayoritariamente por hombres.
- 2) Las mujeres presentan menos oportunidades de ascenso que los hombres.
- 3) El porcentaje de mujeres con contrato fijo o indefinido es menor que el de los hombres.
- 4) Existe una brecha salarial de género que afecta principalmente a las mujeres que deciden tener descendencia.
- 5) Existe discriminación de género, sobre todo indirecta, en el ámbito laboral, aunque una proporción importante de los anesestesiólogos no son conscientes de ella.
- 6) Existe discriminación de género por embarazo y maternidad que afecta no solo al salario sino también a las oportunidades de desarrollo profesional.
- 7) La maternidad supone un freno en la carrera profesional de las mujeres.
- 8) Las mujeres solicitan con más frecuencia reducciones de jornada o excedencias para el cuidado de hijos.
- 9) Las mujeres encuentran más dificultades para conciliar la vida laboral y familiar que los hombres.

Bibliografía

1. Gutiérrez Rodilla B. Las mujeres y la medicina en la Edad Media y primer Renacimiento. Cuad del CEMYR. 2015;(23):121-36.
2. Torres I. El Feminismo Académico en España Hoy. Métodos Inf. 2000; 7:35-7.
3. Segura Graíño C. Recepción y evolución de la historia de las mujeres: Introducción y desarrollo en relación con la Historia de España. Vascon Cuad Hist-Geogr. 2006 ;(35):13-30.
4. Strocchia ST. *Forgotten healers: women and the pursuit of health in Late Renaissance Italy*. Harvard University Press; 2019. 352 p.
5. Azcoitia Moraila F, Lombard García ME, Flores Domínguez C. Aportaciones de la mujer académica al desarrollo de la medicina y la cirugía. Recuento histórico. Cir Gen. 2014; 36(3):186-91.
6. Biggs RD. Medicine, Surgery, and Public Health in ancient Mesopotamia. J Assyrian Acad Stud. 2005;19(1):1-19.
7. Ramos A, Mata D. La medicina en el Antiguo Egipto. Inf Med. 2004;6(4):185-93.
8. Retief F, Cilliers P. L. The Healing Hand: The Role of Women in Ancient Medicine. Acta Theologica Supplementum 7. 2005; 165-188.
9. Salmerón, MA. Una médica con ropajes de varón: Agnódice de Atenas. (Internet). Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana. 2011 (Consultado 5 Mar 2019);24(3). Disponible en:
<https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol24num3/articulos/atenas/>
10. Martín A. Agnódice, de la Rebeldía política a la lucha por la Ginecología del Siglo IV a.C. VII Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres. Cabrera M, López JA (ed. lit.) Árbol académico, 2015, págs. 461-486.
11. Barrio C. Aspasia de Mileto: ¿Una mujer libre en la Grecia clásica? Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud. N.º 21, 2015, pp. 57-68.
12. Solana Dueso J. Aspasia de Mileto: testimonios y discursos. Textos y documentos. Barcelona: Anthropos; 1994. cv, 132 p.
13. Laín Entralgo P. Medicina e Historia. Madrid: Edic. Escorial; 1941, 363 p.

14. Pasca M. The Salerno School of Medicine. *Am J Nephrol*. 1994; 14(4-6):478-482.
15. Green M. In search of an “Authentic” women’s Medicine: the Strange Fates of Trota of Salerno and Hildegard of Bingen. *Biblid*; 1999. 25-54 p.
16. Pamo-Reyna O. Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2007; 20(3):109-22.
17. Benton JF. Trotula, women’s problems, and the professionalization of Medicine in the middle ages. *Bull Hist Med [Internet]*. 1985 (consultado 9 diciembre 2020);59(1):30-53. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/44452036>
18. Gutiérrez PG. Cuando sólo nos queda enseñar las cartas: sesgos androcéntricos en el análisis de la vida de Trota de Ruggiero. *Nomadías*. 2018;(25):55-67.
19. Albert S. Lyons y R. Joseph Petrucelli. La mujer en la medicina. En: Petrucelli ASL y RJ, editor. *Historia de la medicina*. Barcelona.: Doyma Tela; 1984.
20. Hellwarth J. “Lady Grace Mildmay, una sanadora inglesa del siglo XVI”. En: Cabré M, Ortiz T, editor. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria; 2001. 93-114 p.
21. Watkin B. Witches, midwives, and nurses. *Nurs Mirror Midwives J*. 1976; 142(4):39.
22. Levack B. *La caza de brujas en la Europa Moderna*. Madrid: Alianza Editorial; 1995.
23. Bourdillon H. *Women as healers: A history of women and medicine*. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge; 1988.
24. Sheridan B. De parto: la medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois (Francia, siglo XVII). En: Cabré M y Ortiz T, editor. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria; 2001. pp. 143-164.
25. Jefferson L, Bloor K, Maynard A. Women in medicine: historical perspectives and recent trends. *Br Med Bull*. 2015; 114(1):5-15. doi:10.1093/bmb/ldv007
26. Ludwig H. Dorothea Christiana Erxleben (1715–1762). *Gynäkologe* 2012 · 45:732–734
27. Palermo A. El acceso de las mujeres a la educación universitaria. *Rev argentina Sociol (Internet)*. 2006 (Consultado 10 Oct 2020);4 (7):11-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26940702>
28. Feijoo B. *Teatro critico universal ó Discursos varios en todo género de materias para desengaño de errores comunes*. Joaquín Ibarra. Madrid; 1778
29. Rousseau J. *Emilio o la educación*. Barcelona: Edit. Fontanella; (1973)

30. Huarte J. Examen de ingenios para las ciencias. Cátedra, editor. Vol. 5, Books Abroad. Madrid; 1989. 162-164 p.
31. León L de. El cantar de los cantares. La Perfecta casada. Madrid: Edaf; 1979. 453 p.
32. Franco GA. El alma de las mujeres. Ámbitos de espiritualidad femenina en la modernidad (siglos XVI-XVIII). Valladolid: Publicaciones de la Universidad; 2015. pp. 363-392.
33. Hurwitz B, Richardson R. Inspector General James Barry MD: putting the woman in her place. *BMJ*. 1989;298(6669):299-305.
34. Vaquero C, Cenizo N, Brizuela JA, Del Río L, San Norberto E. James Barry. James Miranda Stuart Barry. *Reiq*. 2019; 22(3):119-21.
35. Cattani AED. Favez o el secreto de Henriette Faver Caven. *Rev Med Cine* 4 [Internet]. 2008 (Consultado 3 Feb 2019);148-53. Disponible en: <http://www.gentedigital.es/alcobendas/noticia/2117324/la-anestesista-que-se-adelanto-a-su-tiempo/>
36. Doctors Wanted: No Women Need Apply, Sexual Barriers in the Medical Profession, 1835-1975. *The Annals of Iowa* (Internet). 1978 (Consultado 8 Nov 2020); 44(5): 404-406. Disponible en: <https://doi.org/10.17077/0003-4827.8566>
37. Hunt H. Glances and Glimpses: Or, Fifty Years Social, Including Twenty Years Professional Life. Boston: J.P. Jewett and Co., 1856.
38. Blackwell E. Pioneer Work in Opening the Medical Profession to Women. *Autobiographical Sketches*. London and New York: Longmans, Green, and Co.; 1895.
39. Friedman SG. Elizabeth Blackwell and the 150th Anniversary of the New York Infirmary for Indigent Women and Children. *J Am Coll Surg*. 2008; 206(1):177-82.
40. Boyd J. Florence Nightingale and Elizabeth Blackwell. *Lancet* [Internet]. 2009 (Consultado 4 Jul 2019);373(9674):1516-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60845-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60845-X)
41. Gillie A. Elizabeth Blackwell and the Medical Register from 1858. *Br Med J*. 1958;2(5107):1253-1257. doi:10.1136/bmj.2.5107.1253
42. Belvis R, Momblán D. Elizabeth Garrett Anderson y el heroico acceso de las primeras mujeres a las facultades de Medicina. *Neurosciences and History* 2019;7(1):26-40

43. Álvarez MC. La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX [Internet]. Barcelona: Anthropos.; 1988. 235 p. (Consultado 20 Jun 2019) Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/121911>
44. Soddy F. The Life of Sophia Jex-Blake. Nature [Internet]. 1918 (Consultado 10 Jun);101(2546):461-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/101461a0>
45. Somerville JM. Dr Sophia Jex-Blake and the Edinburgh School of Medicine for Women, 1886-1898. J R Coll Physicians Edinb. 2005;35(3):261-267.
46. Constató A. Sabina de Nantes Barrera, Luisa Oliva. En: Cándida Martínez, editor. Mujeres en la historia de España Enciclopedia gráfica. Barcelona: Planeta; 2000. p. 339-42.
47. Vázquez-Ramil R. La Institución Libre de Enseñanza y su aportación a la educación de la mujer española. Artículos de Ciudad de Mujeres (Internet).2006 (Consultado 8 May 2019). Disponible en: <http://www.ciudaddemujeres.com/articulos/La-Institucion-Libre-de-Ensenanza>
48. Casals Q. El acceso de las mujeres a la Universidad en España: el caso de las primeras universitarias leridanas (1882-1920). CIAN-Revista de Historia de las Universidades (Internet).2017 (Consultado 8 Dic 2020); 275-301. Disponible en: <https://doi.org/10.20318/cian.2017.3943>
49. González PM. Historia de la Matemática: Integración cultural de las Matemáticas, génesis de los conceptos y orientación de su enseñanza. Enseñanza Las Ciencias. 1991;9(3):281-9.
50. Flecha C. Doctoras en la Universidad española: las pioneras. Arenal Rev Hist mujeres. 1995;2(1):81-100.
51. Flecha C. La educación de la mujer según las primeras doctoras en Medicina de la Universidad española, año 1882. Dynamis Acta Hisp ad Med Sci Hist Illus [Internet]. 1999 (Consultado 2 Feb 2019); 36(1):241-78. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106150/150127>
52. Fernández-Guerrero IM, Fernández-Guerrero C, Fernández-Cano A. Tesis Doctorales de Medicina defendidas por mujeres pioneras en España (1882-1954). Educ Med. 2019;20(1):60-6.
53. Ortiz T. La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea: el caso de Andalucía, 1898-1981. Acta Hispánica ad Med Sci Hist Ilus. 1978;5-6(2):343-66.

54. Baldó M. Centralització i descentralització del Grau de Doctor (1845-1954). *Saitabi Rev la Fac Geogr i Història*. 51-52:433-54.
55. Aleu i Riera D, Giné i Partagàs J. Universitat de Barcelona. Facultat de Medicina. De la necesidad de encaminar por nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2009 [Consultado 6 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/2257>
56. Castells Ballespí M. Educación física, moral e intelectual que debe darse a la mujer para que ésta contribuya en grado máximo a la perfección y la dicha de la humanidad: memoria leída por Martina Castells Ballespí en el acto de recibir la investidura de Doctor [Internet]. (Consultado 6 Ene 2020) Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/educacion-fisica-moral-e-intelectual-que-debe-darse-a-la-mujer-para-que-esta-contribuya-en-grado-maximo-a-la-perfeccion-y-la-dicha-de-la-humanidadmemoria-leida-por-martina-castells-ballespi-en-el-acto-de-recibir-la-inv>
57. María de la Concepción Aleixandre Ballester (1862-1952) [Internet]. (Consultado 20 Oct 2020). Disponible en: <https://mujeresconciencia.com/2019/05/17/maria-de-la-concepcion-aleixandre-ballester-1862-1952/>
58. Lloret J. Manuela Solís Clarás, la primera médica de la medicina valenciana [Internet]. [Consultado 30 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.uv.es/uvweb/instituto-universitario-historia-medicina-ciencia-lopez-pinero/es/personatges-espais-ciencia/manuela-solis-claras-primera-medica-medicina-valenciana-1286015058712/Entrevista.html?id=1286027069810>
59. López de Letona C. Recuerdo de Trinidad Arroyo Villaverde (1872-1959). *Arch Soc Esp Oftalmol* [Internet]. 2004 [citado 2020 Dic 10]; 79(3): 143-144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912004000300010&lng=es.
60. Arroyo T. Los músculos internos del ojo en su estado normal y patológico: acción de los medicamentos. Madrid: Escuela Tipográfica del Hospicio; 1886. Problema en encontrar la cita
61. Márquez C. Trinidad Arroyo de Márquez (1872-1959): primera oftalmóloga española, políglota, redactora médica y una mujer de armas tomar. *Panace@* (Internet). 2010 (Consultado 5 Nov 2020) Vol. XI, n.º 31. Disponible en: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n31_semblanzas_Marquez.pdf
62. Escrivá C, Jordà J, Martí JV. Elisa Soriano Fischer, puntal del feminismo moderno: Presidenta de la juventud universitaria feminista (1920-1928). En: UAM, editor. *Pensar con la historia desde el siglo XXI*. Actas del XII Congreso de la Asociación de Historia

- Contemporánea (Internet). 2015 (Consultado 6 Nov 2019). Madrid. Disponible en:
<https://libros.uam.es/?press=uam&page=catalog&op=book&path%5B%5D=10>
63. Delgado I. Jimena Fernández de la Vega Lombán (1895-1984) [Internet]. [Consultado 30 de noviembre de 2020]. Disponible en:
<http://mujeresdeciencias.ftp.catedu.es/4.BIOGRAFIAS/JFernandezVega.html>
64. Ferreira I. Dra . Martina Bescós García. Rev Esp Cardiol. 2008;61(9):983-4
65. Scanlon G. La polémica feminista en la España Contemporánea (1868-1974). Madrid: Editorial Siglo XXI; 1976. 170 p.
66. Pi y Margall F. Conferencia décimocuarta sobre la misión de la mujer en la sociedad: 23 de mayo de 1869. Madrid. Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra;1869.
67. Nieto JM. Influencia de la mujer en la sociedad. 11a Conferencia pronunciada el 2 de mayo de 1869. Madrid. Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra;1869
68. Magallón C. La incorporación de las mujeres a las carreras científicas en la España contemporánea: la Facultad de Ciencias de Zaragoza (1882-1936). Lull Rev la Soc Española Hist las Ciencias y las Técnicas. 1991;14(27):531-50.
69. Gabriel, Narciso de. «Emilia Pardo Bazán, las mujeres y la educación. El Congreso Pedagógico (1892) y la Cátedra de Literatura (1916)». Historia y Memoria de la Educación 8 (2018): 489-525.
70. López de la Cruz L. La presencia de las mujeres en la universidad española. Rev Histórica la Educ Latinoam. 2002; 4:291-9.
71. Flecha C. Las primeras universitarias en España (1872-1910) [Internet]. Madrid: Narcea Ediciones, 2010 (Consultado 6 Jun 2019) Disponible en:
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/unav/detail.action?docID=4499252>
72. Núñez J, Carbonell C. 100 Años De Derechos: La Primera Mujer Española Doctora En Física. Investigaciones multidisciplinares en género: II Congreso Universitario Nacional Investigación y Género, [libro de actas]. (Internet) 2010;781-92. (Consultado 10 Dic 2019) Disponible en:
<https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/40454>
73. Vázquez R. Mujeres y educación en la España contemporánea. La Institución Libre de Enseñanza y la Residencia de Señoritas de Madrid. Madrid. Akal; 2012
74. Montero M. Los primeros pasos hacia la igualdad: Mujer y Universidad en España (1910-1936). Hist Crit. 2010;40(2009):148-68.

75. Mendoza I. Mujeres pensionadas en Francia por la JAE. Algunas especificidades. En: La Segona República Cultures i projectes polítics Congrès Internacional d'Història. Dipòsit digital de documents de la UAB; 2016. p. 1-16.
76. Guil Bozal A, Flecha García C. Universitarias en España: De los inicios a la actualidad. *Rev Hist la Educ Latinoam.* 2015;17(24):125.
77. Montero M. Las carreras profesionales de las primeras universitarias españolas (1910-1936). *Arbor.* 2016;192(778):1-16.
78. Montero M. El acceso de la mujer española a la universidad y su proyección en la vida pública (1910-1936). *AHig.* 2009; 18:311-24.
79. Ezquerro R. La penetración de la mujer española en la Universidad. I. *Renov Soc nc.* 1926; 44:490-4.
80. Ezquerro R. La penetración de la mujer española en la Universidad II. *Renov Soc.* 1926; 45:532-6.
81. Ezquerro R. La penetración de la mujer española en la Universidad. III. *Renov Soc.* 1926;46:629-32.
82. Montero M. Mujer y Universidad en España (1910-1936). Contexto histórico del punto 946 de Camino. *SetD.* 2012;6(6):211-34. *SetD 6 (2012) 211-234*
83. Ortiz T. La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? *Eidon.* 2007;(23) 61-5.
84. Ortiz T, Távora A, Delgado A, Sánchez L. Ser mujer y médico en la España de los años sesenta. *Asparkia Investig Fem.* 2001;(12):125-36.
85. Carrillo-Esper R, Carrillo-Córdova DM, Carrillo-Córdova CA. Breve historia de la Anestesiología. *Rev Mex Anestesiol.* 2017; 40(S1):347-9.
86. Vandam LD. Early American anesthetists: the origins of professionalism in anesthesia. *Anesthesiology.* 1973;38(3):264-74.
87. Márquez-Espinós C. Constitución de la anestesiología como especialidad médica en España. Universidad de Cádiz. (Internet) 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329787262_
88. Bigelow HJ. Insensibility during Surgical Operations by Inhalation. *Bost Med Surg J.* 1846; 35:309–317.
89. Haridas RP. Humphry davy. *Anesthesiology.* 2012; 116(1):225.

90. Keys TE. The history of surgical anesthesia. Park Ridge: The Wood Library-Museum of Anesthesiology Press; 1996. pp. 21-2.
91. Greene NM. A consideration of factors in the discovery of Anesthesia and their effects on its development. *Anesthesiology*. 1971;35(5).
92. Almiro dos Reis Júnior. O primeiro a utilizar anestesia em cirurgia não foi um dentista. Foi o médico Crawford Williamson Long. *Rev Bras Anesthesiol*. 2006; 56: 3: 304-324
93. Long C.W. An Account of the First Use of sulphuric Ether by inhalation as an anaesthetic in surgical operations. *South Med Surg J*. 1849;5:705-13.
94. Vandam LD. Early American anesthetists: the origins of professionalism in anesthesia. *Anesthesiology*. 1973;38(3):264-74.
95. Davy H. *Researches, Chemical and Philosophical, Chiefly Concerning Nitrous Oxide, or Dephlogisticated Nitrous Air, and Its Respiration*. London, England: J. Johnson. 1800.
96. Gilsanz F. Auto-experimentación en anestesiología con fármacos bloqueantes de la unión neuromuscular. *An Real Acad Doct*. 2017;2(3):312-25.
97. Frumin J. The secularization of pain. *Anesthesiology*. 1985;62:493-501.
98. David AES. Why Was there a Four-Decade Delay before Anesthesia was Introduced in 1846? *Bull Anesth Hist* [Internet]. 2009 (Consultado 2 Feb 2019);27(2):33-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1522864909500145>
99. Frankel WK. The Introduction of General Anesthesia in Germany. *J Hist Med Allied Sci* [Internet]. 1946 (Consultado 3 Sep 2019);1(4):612-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jhmas/1.4.612>
100. Hume EH. Peter Parker and the Introduction of Anesthesia Into China. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol*. 1 de mayo de 1947;8(3):338.
101. Warren JC. Inhalation of Ethereal Vapor for the Prevention of Pain in Surgical Operations. *Bost Med Surg J* [Internet]. 1846 (Consultado 4 Dic 2019);35(19):375-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM184612090351902>
102. Cox AL. Experiments with the Letheon in New York. *Bost Med Surg J* [Internet]. 1846 (Consultado 4 Dic 2019);35(22):456-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM184612300352206>

103. Hayward G. Some Account of the First Use of Sulphuric Ether by Inhalation in Surgical Practice. *Bost Med Surg J* [Internet]. 1847 (Consultado 4 Dic);36(12):229-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM184704210361201>
104. Grande A, Álvarez J. Descubrimiento e historia de la introducción de la anestesia clorofórmica en España. Primeras cloroformizaciones en Santiago de Compostela. En: Avelino Grande, Julián Álvarez JC, editor. *Historia de la Anestesia en España 1847-1940*. Madrid: Ediciones Arán; 2005. p. 51-62.
105. Eger II EI, Saidman LJ, Westhorpe RN. 1846-1850: Following the discovery of Anesthesia. En: Eger II, E. I., Saidman, L. J., & Westhorpe RN, editor. *The wondrous story of anesthesia*. Springer. New York; 2014. p. 27-35.
106. Snow J. On the Inhalation of the Vapor of Ether in Surgical Operations. London: John Churchill; 1849 (Consultado 10 Ene 2020). Disponible en: <http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/oninhalationvapourether.pdf>
107. Snow J. On chloroform and other anaesthetics: their action and administration (Internet). London: John Churchill; 1858 (Consultado 10 Ene 2020). Disponible en: <https://archive.org/details/onchloroformothe1858snow>.
108. Caton D, Simpson Y. John Snow' s Practice of Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 2000;(1):247-52.
109. McGoldrick KE. The history of professionalism in anesthesiology. *AMA J ethics*. 2015;17(3):258-64.
110. McGoldrick KE. Reflections on Professionalism: Learning From the Past as We Look Toward the Future. *ASA Newsletter* (Internet) 2009 (Consultado 11 Feb 2019); 73:30–33. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/monitor/article-abstract/73/11/30/4327/Reflections-on-Professionalism-Learning-From-the?redirectedFrom=fulltext>
111. Eger II E, Saidman L, Westhorpe R. 1860–1910: The Specialty of Anesthesia Develops Slowly. En: *The wondrous story of anesthesia*. New York: Springer; 2014. p. 37-49.
112. Waisel DB. The role of World War II and the European theater of operations in the development of anesthesiology as a physician specialty in the USA. *Anesthesiology*. 2001; 94(5):907-14.
113. Bacon DR, Lema MJ. To define a specialty: A brief history of the American Board of Anesthesiology's first written examination. *J Clin Anesth*. 1992;4(6):489-97.

114. Sundararaman L V., Desai SP. Becoming a physician anaesthetist--difficulties encountered for half a century. *Anaesth Intensive Care*. 2015;43:22-4.
115. Pemberton EJ. Rupert Walter Hornabrook--Australia's first full-time anaesthetist. *Anaesth Intensive Care*. 1999;27(5):519-522.
116. Calmes S. A History of Women in American Anesthesiology. En: Eger II, Edmond I., Saidman, Lawrence, Westhorpe R, editor. *The wondrous story of Anesthesia*. Springer, New York; 2014. p. 185-203.
117. Oschner. *Surgical diagnosis and treatment* (Internet). New York: Lea and Febiger; 1920 (Consultado 12 Feb 2019). Disponible en: http://www.survivorlibrary.com/library/surgical_diagnosis_and_treatment-vol_1_1920.pdf
118. Ravitch M. A century of surgery, the history of American Surgical Association: 1880-1980 (Internet). Philadelphia: JB Lippincott; 1981 (Consultado 13 Abr 2019). Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-century-of-surgery-%3A-the-history-of-the-American-Ravitch/20c1f9a084ddbea7862903ca3ae3731c746313eb>
119. Strickland RA. Isabella Coler Herb, MD: an early leader in anesthesiology. *Anesth Analg*. 1995;80(3):600-5.
120. Herb I. Observations on one thousand consecutive cases of anesthesia in the service of Dr A.J Oschner, Augusta Hospital. *Chicago Med Rec*. 1898;15:397-403.
121. Herb I. Administration of general anesthetics with special reference to ether and chloroform. *JAMA*. 1911;56:1312-5.
122. Botsford M. Nitrous oxid-oxygen anesthesia. *Am J Surg Anes Supp*. 1916;30:44-6.
123. Calmes S. The women physician anesthtists of San Francisco, 1897-1940: the legacy of Dr. Mary Botsfold (1865-1939). En: RS Atkison TB, editor. *The history of anaesthesia*. London: The Royal Society of Medicine Services; 1989. p. 547-50.
124. Dexter F. A Brief History of Evidence-Based Operating Room Management: Then and Now. *Anesth Analg* [Internet]. 2012 (Consultado 10 May 2019);115(1). Disponible en: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2012/07000/A_Brief_History_of_Evidence_Based_Operating_Room.5.aspx
125. Fischer MD. Development and Effectiveness of an Anesthesia Preoperative Evaluation Clinic in a Teaching Hospital. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol*. 1996;85(1):196-206.

126. Brodsky JB, Saidman LJ. Caroline B. Palmer: Pioneer physician anesthetist and first chair of anesthesia at Stanford. *Anesth Analg*. 2015;121(6):1623-6.
127. Walsh M. Doctors wanted: no women need apply. Sexual barriers in the medical profession, 1835–1975. *Med Hist [Internet]*. 1978 (Consultado 15 May 2019);22(2):217. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1082239/>
128. Bellafaire J GM. Women doctors in war. College Station: Texas A & M University Press; 2009. 38 p.
129. More ES. Restoring the balance: women physicians and the profession of medicine 1850-1995. Cambridge: Harvard University Press; 1999. 98 p.
130. Kress G. A history of the medical profession in Southern California. Los Angeles: Times-Mirror Printing and Binding House; 1910. 183 p.
131. Tan SY, Davis CA. Virginia Apgar (1909–1974): Apgar score innovator. *Singapore Med J*. 2018;59(7):395-6.
132. Calmes S. Virginia Apgar: a woman physician's career in a developing specialty. *JAMWA*. 1984;39:184-8.
133. Finster M.D. M, Wood M.D. M. The Apgar Score Has Survived the Test of Time. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol*. 2005;102(4):855-7.
134. Calmes S. Dr. Virginia Apgar and the Apgar Score: How the Apgar Score Came to Be. *Anesth Analg [Internet]*. 2015 (Consultado 20 May 2019);120(5). Disponible en: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2015/05000/Dr__Virginia_Apgar_and_the_Apgar_Score__How_the.23.aspx
135. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg*. 1953;32(4):260-7.
136. Calmes S. Virginia Apgar, MD: at the forefront of obstetric anesthesia. *ASA Newsletter*. 1992;56:9-12.
137. Morishima HO. Virginia Apgar (1909-1974). *J Pediatr*. 1996;129(5):768-770.
138. Ken C. Gertie Marx called the «Mother of Obstetric Anesthesia». *Anesthesiol News*. 27:48-9.
139. Keown KK. Status of anesthesiology 1965. *JAMA*. 1966;195:141-3.

140. Waisel D. The role of World War II and the European Theater of Operations in the development of anesthesiology as a physician specialty in the USA. *Anesth.* 2001;94:907-14.
141. Apgar V. Careers in anaesthesiology. *JAMWA.* 1964;19:675-80.
142. Wilkinson DJ. Katharine Georgina Lloyd-Williams, CBE (1896-1973): an inspirational anaesthesia role model. *Br J Anaesth* [Internet]. 2020 (Consultado 10 May 2019);124(3):e54-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.11.022>
143. Lloyd-Williams K. *Anaesthesia and analgesia in labour.* London: Edward Arnold & Co; 1934.
144. Lloyd-Williams K. Some methods of analgesia during labour. *BMJ.* 1936;2:1072-5.
145. Smith BL, Manford MLM. Postoperative vomiting after paediatric adenotonsillectomy: A survey of incidence following differing pre- and postoperative drugs. *Br J Anaesth* [Internet]. 1974 (Consultado 13 May 2019);46(5):373-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/46.5.373>
146. Boyd JD, Manford MLM. Premedication in children: A controlled clinical trial of oral triclofos and diazepam. *Br J Anaesth* [Internet]. 1973 (Consultado 13 May 2019);45(5):501-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/45.5.501>
147. Argumosa D. Sobre la inhalación etérea. *Gaceta Médica,* 1847; 3: 25-27
148. Benavente M. Defensa de la eterización por el método nasal. *Anales de Cirugía.* 1847;69:527-8.
149. Franco A, Carceller J, Caregal A. Historia de la introducción del éter en España. Una nueva contribución a su estudio. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 1991;38(102-106).
150. Cortés JA. Contribuciones al conocimiento de la historia de la introducción de la anestesia en Madrid y Santiago de Compostela. (Tesis Doctoral). Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela; 1992
151. Hervás C. La anestesia en Cataluña. Historia y evolución (1847-1901). (Tesis Doctoral) Universitat de Barcelona; 1901 (Internet) (Consultado 8 Ago 2019). Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2300/05.CHP_5de5.pdf?sequence=5.
152. Grande A, Álvarez J. Descubrimiento e historia de la introducción de la anestesia clorofórmica en España. Primeras cloroformizaciones en Madrid y Barcelona. En: Avelino Grande, Julián Álvarez JC, editor. *Historia de la Anestesia en España 1847-1940.* Madrid: Ediciones Arán; 2005. p. 63-73.

153. Franco A, Álvarez J. La anestesia en España durante la segunda mitad del siglo XIX. Actitud de los cirujanos españoles ante la llegada de la anestesia y su evolución durante los últimos años del siglo. En: Avelino Grande, Julián Álvarez JC, editor. Historia de la Anestesia en España 1847-1940. Madrid: Ediciones Arán; 2005. p. 113-49.
154. Franco A, Álvarez J, Cortés J et al. Análisis de tres hechos fundamentales en la historia de la anestesia española decimonónica: la cirugía sin anestesia, la incorporación de los métodos antisépticos y la asimilación de la anestesia por la Universidad. Act Anesthesiol Reanim. 1995;(5):78-91.
155. Franco A, Álvarez J. La cirugía en España durante la segunda mitad del siglo XIX. En: Avelino Grande, Julián Álvarez JC, editor. Historia de la Anestesia en España 1847-1940. Madrid: Ediciones Arán; 2005. p. 109-11.
156. Franco A, Cortés J. Los cirujanos españoles y su actitud ante el descubrimiento, introducción y asimilación de la anestesia quirúrgica. Act Anesthesiol Reanim. 1992;(2):271-82.
157. Franco A, Álvarez J. La anestesia general en España (1900-1936). En: Avelino Grande, Julián Álvarez JC, editor. Historia de la Anestesia en España 1847-1940. Madrid: Ediciones Arán; 2005. p. 163-81.
158. Martínez Suárez F. La anestesia quirúrgica y los anestésicos. Rev ciencias Médicas. 1902;5:407.
159. Mut A. Carta abierta al Excmo. Sr. D. Eugenio Gutiérrez sobre la administración de los anestésicos. Rev Iberoam Ciencias Médicas. 1908;20:77-80.
160. Mut A. Escuela de Anestésistas. Rev Iberoam Cien Méd. 1909;(20):237-9.
161. Mut A. Determinación y valor clínico de la presión arterial. Rev Iberoam Cien Méd. 1910;(24):321-40.
162. Fauré S. Anestésicos por inhalación. Madrid: Casa Vidal. Imp y Librería Médica; 1910.
163. García A. El problema de la anestesia en los pequeños centros quirúrgicos. Galicia Clínica. 1949;21:879-95.
164. Velázquez I. Aproximación a la obra científica del Comandante médico Fidel Pagés Miravé . Vol. 67, Sanidad Militar . scieloes ; 2011. p. 193-238.
165. Franco A. Los cirujanos españoles y su actitud ante los comienzos de la moderna anestesia. En: Franco A, editor. Los orígenes de la anestesia moderna en España. Madrid: Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación.; 2003. p. 85-98.

166. Franco A. La enseñanza de la anestesiología en España. En: Franco A, editor. Los orígenes de la anestesia moderna en España. Madrid: Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación.; 2003. p. 101-17.
167. Entrevista a la doctora Maria Oliveras i Collellmir. Memòria professió. (Internet) Colegio Oficial de Metges de Barcelona. 2009 (Consultado 3 May 2020);1-12. Disponible en: <https://issuu.com/comb/docs/memoria127?mode=embed&layout=http%3A//skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true>
168. Crespo M. La anestesista que se adelantó a su tiempo. (Internet) 2017 (Consultado 8 Sep 2020). Disponible en: <http://www.gentedigital.es/alcobendas/noticia/2117324/la-anestesista-que-se-adelanto-a-su-tiempo/>
169. Estadística de profesionales sanitarios colegiados año 2019. INE [Internet]. (Consultado 5 Jun 2020) Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
170. Estadística nacional de hospitales 2017 [Internet]. (Consultado 10 Sep 2020) Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2017/Tablas_Nacionales.pdf
171. Distribución de las peticiones de plazas MIR en 2019 [Internet]. (Consultado 10 Sep 2020) Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Informe-MIR-2019.pdf>
172. Eurostat. Healthcare personnel statistics - physicians [Internet]. [Consultado 28 de junio de 2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37382.pdf>
173. The Majority of U.S. Medical Students Are Women, New Data Show [Internet]. [citado 28 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.aamc.org/news-insights/press-releases/majority-us-medical-students-are-women-new-data-show>
174. Medical Board of Australia Registrant data [Internet]. [citado 28 de junio de 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/malino/Downloads/Medical-Board---Report---Registration-data-table---March-2020.PDF>
175. Linda F. Lucas, MD; Mary H. Thomas, MA; Benjamin M. Rigor, Sr M. Women and specialty choice: Why not anesthesiology? JAMWA. 1992;47, No. 2:54-7.
176. Clare FL, Spratley E, Schwab P et al. Trends in health personnel. Heal Aff. 1987;90-103.

177. Workforce Data Pack 2018 [Internet]. [citado 30 de junio de 2020]. Disponible en:
<https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2019-09/WorkforceDataPack2018.pdf>
178. Egger Halbeis CB, Cvachovec K, Scherpereel P, Mellin-Olsen J, Drobnik L, Sondore A. Anaesthesia workforce in Europe. *Eur J Anaesthesiol*. 2007;24(12):991-1007.
179. Shannon G, Jansen M, Williams K, Cáceres C, Motta A, Odhiambo A, et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *Lancet* [Internet]. 2019 (Consultado 15 Oct 2020);393(10171):560-9. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33135-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33135-0)
180. Ross S. The feminization of medicine. *Virtual Mentor*. 2003;5(9):298-9.
181. Allen I. Women doctors and their careers: What now? *Bmj*. 2005;331(7516):569.
182. Baker LC. Differences in earnings between male and female physicians. *N Engl J Med*. 1996;334(15):960-4.
183. Yedidia MJ, Bickel J. Why aren't there more women leaders in academic medicine? The views of clinical department chairs. *Acad Med*. 2001;76(5):453-65.
184. Kavathas P, Soong L. Gender inequity: Challenging business as usual. *Nat Immunol*. 2001;2(11):985-7.
185. Boylan J, Dacre J, Gordon H. Addressing women's under-representation in medical leadership. *Lancet* [Internet]. 2019 (Consultado 20 Oct 2020);393(10171):e14. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32110-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32110-X)
186. D'Armiento J, Witte SS, Dutt K, Wall M, McAllister G. Achieving women's equity in academic medicine: challenging the standards. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10171):e15-6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30234-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30234-X)
187. Sklar DP. Leadership in Academic Medicine: Purpose, People, and Programs. *Acad Med*. 2018;93(2):145-8.
188. Silver JK, Slocum CS, Bank AM, Bhatnagar S, Blauwet CA, Poorman JA, et al. Where Are the Women? The Underrepresentation of Women Physicians Among Recognition Award Recipients From Medical Specialty Societies. *PM R* [Internet]. 2017 (Consultado 25 Oct 2020);9(8):804-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.06.001>
189. Bates C, Gordon L, Travis E, Chatterjee A, Chaudron L, Fivush B, et al. Striving for gender equity in academic medicine careers: A call to action. Vol. 91, *Academic Medicine*. 2016.

190. Pastor Gosálbez MI, Belzunegui Eraso Á, Pontón Merino P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuad Relac Laborales*. 2012;30(2):497-518.
191. Nonnemaker L. Women physician in academic medicine. *N Engl J Med*. 2000;342:399-405.
192. Raj A, Carr PL, Kaplan SE, Terrin N, Breeze JL, Freund KM. Longitudinal analysis of gender differences in academic productivity among medical faculty across 24 medical schools in the United States. En: *Academic Medicine*. 2016.
193. Wright AL, Schwindt LA, Bassford TL, Reyna VF, Shisslak CM, St. Germain PA, et al. Gender differences in academic advancement: Patterns, causes, and potential solutions in one U.S. College of Medicine. *Acad Med*. 2003;78(5):500-8.
194. Rosso C, Leger A, Steichen O. Glass ceiling for women in academic medicine in France. *Rev Med Interne [Internet]*. 2019;40(2):82-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.05.007>
195. Ash AS, Carr PL, Goldstein R, Friedman RH. Compensation and advancement of women in academic medicine: Is there equity? *Ann Intern Med*. 2004;141(3):205-12.
196. Bates C, Gordon L, Travis E, Chatterjee A, Chaudron L, Fivush B, et al. Striving for gender equity in academic medicine careers: A call to action. *Acad Med*. 2016;91(8):1050-2.
197. Kuhlmann E, Ovseiko P V., Kurmeyer C, Gutiérrez-Lobos K, Steinböck S, von Knorring M, et al. Closing the gender leadership gap: A multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centres in the European Union. *Hum Resour Health [Internet]*. 2017 (Consultado 25 Oct 2020);15(1):1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-016-0175-y>
198. Khan MS, Usman MS, Siddiqi TJ, Ayub MT, Fatima K, Acob C, et al. Women in leadership positions in Academic cardiology: A study of program directors and division chiefs. *J Women's Heal*. 2019;28(2).
199. Webster F, Rice K, Christian J, Seemann N, Baxter N, Moulton CA, et al. The erasure of gender in academic surgery: a qualitative study. *Am J Surg*. 2016;212(4).
200. Sexton KW, Hocking KM, Wise E, Osgood MJ, Cheung-Flynn J, Komalavilas P, et al. Women in academic surgery: The pipeline is busted. *J Surg Educ [Internet]*. 2012 (Consultado 25 Oct 2020);69(1):84-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2011.07.008>
201. Wong CA, Stock MC. The status of women in academic anesthesiology: A progress report. *Anesth Analg*. 2008;107(1):178-84.

202. Rochon PA, Davidoff F, Levinson W. Women in Academic Medicine Leadership: Has Anything Changed in 25 Years?. *Acad Med.* 2016;91(8):1053-1056.
203. Diamond SJ, Thomas CR, Desai S, Holliday EB, Jaggi R, Schmitt C, et al. Gender differences in publication productivity, academic rank, and career duration among U.S. academic gastroenterology faculty. En: *Academic Medicine.* 2016.
204. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C. Gender inequalities in the medical profession: Are there still barriers to women physicians in the 21st century? *Gac Sanit.* 2014;28(5):363-8.
205. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C. Women doctors and their careers in a large university hospital in Spain at the beginning of the 21st century. *Hum Resour Health [Internet].* 2015;13(1):1-8. Disponible en: ???
206. Bruguera M, Arrizabalaga P, Londoño MC, Padrós J. Professional recognition of female and male doctors. *Rev Clínica Española (English Ed.* 2014;214(2):69-73.
207. Santamaría A, Merino A, Viñas O, Arrizabalaga P. Does medicine still show an unresolved discrimination against women? Experience in two European university hospitals. *J Med Ethics.* 2009;35(2):104-6.
208. Baerlocher MO, Hussain R, Bradley J. Gender patterns amongst Canadian anesthesiologists. *Can J Anesth.* 2006;53(5):437-41.
209. Toledo P, Duce L, Adams J, Ross VH, Thompson KM, Wong CA. Diversity in the American Society of Anesthesiologists Leadership. *Anesth Analg.* 2017;124(5):1611-6.
210. Pashkova AA, Svider PF, Chang CY, Diaz L, Eloy JA, Eloy JD. Gender disparity among US anaesthesiologists: Are women underrepresented in academic ranks and scholarly productivity? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2013;57(8):1058-64.
211. Francis J, Joseph V. Minority Women in Anesthesiology. *Int Anesthesiol Clin [Internet].* 2018;56(3):74-95. Disponible en: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00004311-201805630-00006>
212. Strange Khursandi DC. Unpacking the burden: gender issues in anaesthesia. *Anaesth Intensive Care.* 1998;26(1):78-85.
213. Gonzalez LS, Fahy BG, Lien CA. Gender distribution in United States anaesthesiology residency programme directors : trends and implications. *Br J Anaesth [Internet].* 2020

- (Consultado 13 Nov 2020);124(3):e63-9. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.010>
214. Boerman LM, Bullens AJM, Wal RAB Van Der. Gender disparity in academic performance in anaesthesiology in the Benelux. *Br J Anaesth* [Internet]. 2020 (Consultado 10 Oct 2020);124(3):e79-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.009>
215. Zdravkovic M, Osinova D, Brull SJ, et al. Perceptions of gender equity in departmental leadership, research opportunities, and clinical work attitudes: an international survey of 11 781 anaesthesiologists. *Br J Anaesth*. 2020;124(3):e160-e170.
216. Burns KEA, Bscpharm MD, Pt MEK, Meade MO, Mdcn NKJA, Sinuff T. Review A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. 2008;179(3):245-52.
217. Miller J, Katz D. Gender Differences in Perception of Workplace Experience Among Anesthesiology Residents. *J Educ Perioper Med*. 2018;20(1):E618.
218. Wong CA, Moonesinghe SR, Boer C, Jr HCH, Hunter JM. Women in anaesthesia, a special issue of the British Journal of Anaesthesia. *Br J Anaesth* [Internet]. 2020 (Consultado 25 Oct 2020);124(3):e40-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.038>
219. Baird M, Daugherty L, Kumar KB, Arifkhanova A. Regional and Gender Differences and Trends in the Anesthesiologist Workforce. *Anesthesiology*. 2015;123(5):997-1012.
220. Gardner SV, James MF, Evans NR. Gender issues among South African anaesthetists. *S Afr Med J*. 2002;92(9):732-736.
221. Leslie K, Hopf HW, Houston P, O'Sullivan E. Women, Minorities, and Leadership in Anesthesiology: Take the Pledge. *Anesth Analg*. 2017;124(5):1394-1396.
222. Workneh RS, Drum ET. Women Practicing Anesthesia Around the World: Similar and Different Challenges in Ethiopia. *Int Anesthesiol Clin*. 2018;56(3):121-7.
223. Bosco L, Lorello GR, Flexman AM, Hastie MJ. Women in anaesthesia : a scoping review. *Br J Anaesth* [Internet]. 2020 (Consultado 15 Nov 2020);124(3):e134-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.021>
224. Glauser W. Rise of women in medicine not matched by leadership roles. *CMAJ*. 2018 Apr 16;190(15):E479-E480.
225. Matot I, Hert S De, Cohen B, Koch T. Women anaesthesiologists ' attitudes and reported barriers to career advancement in anaesthesia : a survey of the European Society of

- Anaesthesiology. Br J Anaesth [Internet]. 2020 (Consultado 20 Nov 2020);124(3):e171-7.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.01.005>
226. European Institute for Gender Equality. Gender Equality Index 2019 : Still far from the nish line [Internet]. (Consultado 20 Nov 2020). Disponible en: <https://eige.europa.eu/news/gender-equality-index-2019-still-far-finish-line>
227. Patel R, Moonesinghe SR. A seat at the table is no longer enough : practical implementable changes to address gender imbalance in the anaesthesia workplace. Br J Anaesth [Internet]. 2019 (Consultado 20 Nov 2020) ;124(3):e49-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.029>
228. Gender Equity Metrics as at February 2019. Anzca (Internet). (Consultado 20 Nov 2020).
Disponible en: <https://www.anzca.edu.au/resources/membership-services/ge-metrics-as-at-feb-2019.pdf>
229. Bissing MA, Lange EMS, Davila WF, Wong CA, McCarthy RJ, Stock MC, et al. Status of Women in Academic Anesthesiology: A 10-Year Update. Anesth Analg [Internet]. 2019 (Consultado 20 Nov 2020);128(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000003691>
230. Lorello GR, Ed M, Flexman AM. 75 years of leadership in the Canadian Anesthesiologists ' Society : a gender analysis. Can J Anesth Can d'anesthésie [Internet]. 2019 (Consultado 22 Nov 2020) ;66(7):843-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01359-y>
231. Datos y cifras del sistema universitario español. Publicación 2018-2019. Ministerio de ciencia, innovación y universidades (Internet). (Consultado 15 Nov 2020). Disponible en : <https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Estadisticas/datos-y-cifras-sue-2018-19.pdf>
232. Franco A, Cortés J. Tesis Doctorales y memorias sobre anestesia. Documentos para una historia de la historiografía anestésica española. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 1992;39:107-22.
233. Márquez C, Herrera F. Análisis de las Tesis Doctorales anestésicas gaditanas del sexenio revolucionario. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 1989;36:276-81.
234. Hervás C, Márquez C. Una aportación a la historia de las primeras Tesis Doctorales sobre anestesia en lengua castellana. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 1983;30(1):37.
235. Estudiantes egresados en doctorado. Ministerio de Ciencia Innovación y Universidades. [Internet]. (Consultado 25 Oct 2020) Disponible en: http://estadisticas.mecd.gob.es/EducaJaxiPx/Tabla.htm?path=/Universitaria/Alumnado/Nueva_

Estructura/Doctorado/Egresados//10/&file=Egr_Doct_Sex_Edad(2)_Amb_Tot.px&type=pcaxis&L=0

236. Datos y Cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2019-2020. Ministerio de Ciencia Innovación y Universidades (Internet). (Consultado 2 Nov 2020). Disponible en: <https://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.26172fcf4eb029fa6ec7da6901432ea0/?vgnnextoid=364e006e96052710VgnVCM1000001d04140aRCRD>
237. Miller J, Chuba E, Deiner S, Demaria S, Katz D. Trends in Authorship in Anesthesiology Journals. *Anesth Analg*. 2019;129(1):306-10.
238. Pagel PS, Freed JK, Lien CA. Gender Differences in Authorship in the Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia: A 28-Year Analysis of Publications Originating From the United States, 1990-2017. *J Cardiothorac Vasc Anesth* [Internet]. 2019 (Consultado 2 Nov 2020);33(3):593-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053077018310358>
239. Flexman AM, Parmar A, Lorello GR. Representation of female authors in the Canadian Journal of Anesthesia: a retrospective analysis of articles between 1954 and 2017. *Can J Anesth* [Internet]. 2019(Consultado 2 Nov 2020) ;66(5):495-502. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01328-5>
240. Fridner A, Norell A, Åkesson G, Gustafsson Sendén M, Tevik Løvseth L, Schenck-Gustafsson K. Possible reasons why female physicians publish fewer scientific articles than male physicians - A cross-sectional study Career choice, professional education and development. *BMC Med Educ* [Internet]. 2015 (Consultado 2 Nov 2020) ;15(1):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0347-9>
241. Sambunjak D, Straus SE, Marušić A. Mentoring in Academic Medicine A Systematic Review. *JAMA* [Internet]. 2006 (Consultado 2 Nov 2020);296(9):1103-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1103>
242. Levinson W, Kaufman K, Clark B, Tolle SW. Articles Mentors and Role Models for Women in Academic Medicine. 1991;423-6.
243. Stamm M, Buddeberg-Fischer B. The impact of mentoring during postgraduate training on doctors' career success. *Med Educ* [Internet]. 2011(Consultado 2 Nov 2020) ;45(5):488-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03857.x>
244. Reid MB, Misky GJ, Harrison RA, Sharpe B, Auerbach A, Glasheen JJ. Mentorship, productivity, and promotion among academic hospitalists. *J Gen Intern Med*. 2012;27(1):23-27

245. Andersen JP, Nielsen MW, Simone NL, Lewiss RE, Jagsi R. COVID-19 medical papers have fewer women first authors than expected. *Elife*. 2020;9:e58807. Disponible en: <https://doi:10.7554/eLife.58807>
246. Kibbe MR. Consequences of the COVID-19 Pandemic on Manuscript Submissions by Women. *JAMA Surg*. 2020;155(9):803-804.
247. Gabster BP, van Daalen K, Dhatt R, Barry M. Challenges for the female academic during the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2020;395(10242):1968-70.
248. Viglione G. Are women publishing less during the pandemic? Here's what the data say. *Nature*. 2020;581(7809):365-6.
249. Composición del Comité Editorial Revista Española de Anestesiología y Reanimación. (Internet) (Consultado 3 Dic 2020). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-comite-editorial>.
250. Programa Científico Congreso SEDAR 2017. (Internet). Consultado (30 Nov 2020). Disponible en: <http://www.sedar2017.es/index.php/bienvenida#>
251. Programa Científico Congreso SEDAR 2019. (Internet). Consultado (30 Nov 2020). Disponible en: <https://www.sedar2019.es/index.php/programa/programa-por-dias>
252. De Hert, S, Honorato C. Gender and leadership positions in Anaesthesiology: take on the challenge [Internet]. European Society of Anesthesia. 2019 (Consultado 1 Feb 2019). Disponible en: <https://newsletter.esahq.org/gender-leadership-positions-anaesthesiology-take-challenge/>
253. Mottiar M. Because it's 2018: women in Canadian anesthesiology. *Can J Anesth Can d'anesthésie* [Internet]. 2018 (Consultado 20 Nov 2020);65(8):953-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-018-1126-y>
254. Ellinas EH, Rebello E, Chandrabose RK, Shillcutt SK, Hernandez M, Silver JK. Distinguished Service Awards in Anesthesiology Specialty Societies: Analysis of Gender Differences. *Anesth Analg* [Internet]. 2019 (Consultado 20 Nov 2020);129(4). Disponible en: https://journals.lww.com/anesthesia-analgia/Fulltext/2019/10000/Distinguished_Service_Awards_in_Anesthesiology.40.aspx
255. The Nobel Prize [Internet]. [Consultado 4 de Nov 2020]. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/>

256. Boesveld S. What's driving the gender pay gap in medicine? CMAJ (Internet). 2020 (Consultado 3 dic 2020);192(1):E19-E20. Disponible en: doi:10.1503/cmaj.1095831
257. Rimmer A. Five facts about the gender pay gap in UK medicine. BMJ. 2016;354:i3878.
258. Else H. Science's vast gender pay gap revealed in UK wage data. Nature. 2018;556(7700):160-160.
259. Jagsi R, Griffith KA, Stewart A, Sambuco D, DeCastro R, Ubel PA. Gender differences in the salaries of physician researchers. JAMA. 2012 Jun 13;307(22):2410-7
260. Jena AB, Olenski AR, Blumenthal DM. Sex differences in physician salary in US public medical schools. JAMA Intern Med. 2016;176(9).
261. Cohen M, Kiran T. Closing the gender pay gap in Canadian medicine. CMAJ. 2020;192(35):E1011-E1017. doi:10.1503/cmaj.200375.
262. Diagnóstico de Género de la Profesión Médica 2018. Organización Médica Colegial de España. (Internet). (Consultado 20 Nov 2020). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/Diagnostico_genero_profesion_medica/87/
263. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE. [Internet]. (Consultado 21 Nov 2020). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
264. Weaver AC, Wetterneck TB, Whelan CT, Hinami K. A matter of priorities? Exploring the persistent gender pay gap in hospital medicine. J Hosp Med. 2015;10(8):486-90.
265. La cara B de la maternidad en una encuesta a 95.000 mujeres: "Muchas tienen miedo de contar en sus empresas que están embarazadas". Eldiario.es (Internet) (Consultado 25 Nov). Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/cara-b-maternidad-encuesta-95-000-mujeres-miedo-contar-empresas-embarazadas_1_6255301.html
266. Juengst SB, Royston A, Huang I, Wright B. Family Leave and Return-to-Work Experiences of Physician Mothers. JAMA Netw Open. 2019;2(10):e1913054
267. Cervera-Gasch Á, Mena-Tudela D, Leon-Larios F, et al. Female Employees' Perception of Breastfeeding Support in the Workplace, Public Universities in Spain: A Multicentric Comparative Study. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(17):6402.
268. Pearson ACS, Dodd SE, Kraus MB, Ondecho Ligda KM, Hertzberg LB, et al. Pilot Survey of Female Anesthesiologists' Childbearing and Parental Leave Experiences. Anesth Analg [Internet]. 2019 (Consultado 23 Nov 2020);128(6). Disponible en:

- https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2019/06000/Pilot_Survey_of_Female_Anesthesiologists_.49.aspx
269. Khan M. Medicine—a woman’s world? *BMJ* [Internet]. 2012 (Consultado 23 Nov 2020);344:d8234. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.d8234.abstract>
270. McKinstry B. Are there too many female medical graduates? Yes. *BMJ*. 2008;336(7647):748.
271. Delgado A, Távora A, Ortiz T. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. (Internet) *Estudios de Sociolingüística Estud sociolingüística Linguas, Soc e Cult*. 2003 (Consultado 4 Jun 2020);4(2):589-611. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/20367>
272. Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin*. 2005;125(3):103-7.
273. Ueda T, Nakamura M, Masui. 2005;54(6):697-701.
274. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. BOE [Internet]. (Consultado 20 Nov 2020). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>
275. Sistema estatal de indicadores de género. Instituto de la Mujer. [Internet]. (Consultado 21 Nov 2020). Disponible en: <https://www.inmujer.gob.es/observatorios/observIgualdad/estudiosInformes/docs/018-sistema.pdf>
276. Torns T. Les dones i el treball a Catalunya: mites i certeses (Internet). 2007 [Consultado 9 de Nov de 2020]; Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/129186>
277. Rogerat C, Maruani M, Torns T. Las nuevas fronteras de la desigualdad: hombres y mujeres en el mercado de trabajo (Internet). Barcelona: Icaria Editorial; 2000. (Consultado 10 Nov 2020). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=1072>
278. Colomer C, Peiró R. ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gac Sanit* [Internet]. 2002 (Consultado 10 Nov);16(4):358-60. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911102719365>
279. Haller G, Delhumeau C, Mamie C, Zoccatelli D, Clergue F. Gender difference in career advancement and job satisfaction in anaesthesia: A cross-sectional study. *European Journal of Anaesthesiology*. 2016 Aug 1;33(8):588-590.

280. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*. 2003;58(4):339-345.
281. Gaszynska E, Stankiewicz-Rudnicki M, Szatko F, Wieczorek A, Gaszynski T. Life satisfaction and work-related satisfaction among anesthesiologists in Poland. *ScientificWorldJournal* [Internet]. 2014(Consultado 13 Nov 2020); 2014:601865. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2003.03085.x>
282. Ellis C. Mortality among Anesthesiologists. *Anesthesiology* (Internet). 1979 (Consultado 29 Nov 2020); 51:193. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/0000542-197909000-00001>
283. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2001 (Consultado 29 Nov 2020);55(5):296-300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11297646>
284. Lindfors PM, Meretoja OA, Luukkonen RA, Elovainio MJ, Leino TJ. Suicidality among Finnish anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2009(Consultado 29 Nov 2020);53(8):1027-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2009.02014.x>
285. Yentis SM, Shinde S, Plunkett E, Mortimore A. Suicide amongst anaesthetists – an Association of Anaesthetists survey. *Anaesthesia* [Internet]. 2019(Consultado 29 Nov 2020);74(11):1365-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/anae.14727>
286. Bruce DL, Eide KA, Smith NJ, Seltzer F, Dykes MHM. A Prospective Survey of Anesthesiologist Mortality, 1967–1971. *Anesthesiology* [Internet]. 1974(Consultado 29 Nov 2020);41(1):71-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/0000542-197407000-00017>
287. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific Mortality Risks of Anesthesiologists. *Anesthesiology* [Internet]. 2000(Consultado 29 Nov 2020);93(4):922-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/0000542-200010000-00008>
288. Swanson SP, Roberts LJ, Chapman MD. Are anaesthetists prone to suicide? A review of rates and risk factors. *Anaesth Intensive Care*. 2003;31(4):434-445.
289. Mortalidad en la Profesión Médica. Organización Médica Colegial de España. (Internet) (Consultado 25 Nov 2020). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/informe_mortalidad_medica_29_10_19_cgcom.pdf.
290. Chandrabose RK, Pearson ACS. Organizing Women in Anesthesiology. *Int Anesthesiol Clin* [Internet]. 2018 (Consultado 25 Nov 2020);56(3). Disponible en:

- https://journals.lww.com/anesthesiaclinics/Fulltext/2018/05630/Organizing_Women_in_Anesthesiology.3.aspx
291. Gender Equity Position Statement. Australian and New Zealand College of Anaesthetists Gender Equity Working Group.(Internet). (Consultado 25 Nov 2020). Disponible en: http://www.anzca.edu.au/documents/gender-equity_statement_final.pdf
292. Hasebrook J, Hahnenkamp K, Buhre WFF., de Korte-de Boer D, Hamaekers AE., Metelmann B, et al. Medicine Goes Female: Protocol for Improving Career Options of Females and Working Conditions for Researching Physicians in Clinical Medical Research by Organizational Transformation and Participatory Design. JMIR Res Protoc [Internet]. 2017 (Consultado 25 Nov 2020);6(8):e152. Disponible en: <http://www.researchprotocols.org/2017/8/e152/>
293. Walton MM. Sexual equality, discrimination and harassment in medicine: it's time to act. Med J Aust [Internet]. 2015 (Consultado 25 Nov 2020);203(4):167-9. Disponible en: <https://doi.org/10.5694/mja15.00379>
294. Galley HF, Colvin LA. Next on the agenda: Gender. Br J Anaesth [Internet]. 2013 (Consultado 25 Nov 2020);111(2):139-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aet133>
295. Axelson RD, Solow CM, Ferguson KJ, Cohen MB. Assessing Implicit Gender Bias in Medical Student Performance Evaluations. Eval Health Prof [Internet]. 2010(Consultado 25 Nov 2020) ;33(3):365-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0163278710375097>
296. Scott KA, Brown DJ. Female first, leader second? Gender bias in the encoding of leadership behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 2006;101(2):230-42.
297. Shauman K, Howell LP, Paterniti DA, Beckett LA, Villablanca AC. Barriers to Career Flexibility in Academic Medicine: A Qualitative Analysis of Reasons for the Underutilization of Family-Friendly Policies, and Implications for Institutional Change and Department Chair Leadership. Acad Med [Internet]. febrero de 2018;93(2):246-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001877>.
298. Modra LJ, Austin DE, Yong SA, Chambers EJ, Jones D. Female representation at Australasian specialty conferences. Med J Aust. 2016;204(10):385-385.
299. Martin JL. Ten Simple Rules to Achieve Conference Speaker Gender Balance. PLoS Comput Biol. 2014;10(11):10-2.

300. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Medical student gender and issues of confidence. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2008;72(3):374-81. Disponible en: [http:// doi: 10.1016/j.pec.2008.05.021](http://doi:10.1016/j.pec.2008.05.021)
301. Holliday E, Griffith KA, De Castro R, Stewart A, Ubel P, Jagsi R. Gender differences in resources and negotiation among highly motivated physician-scientists. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2015(Consultado 26 Nov 2020);30(4):401-7. Disponible en: [https:// doi:10.1007/s11606-014-2988-5](https://doi:10.1007/s11606-014-2988-5)
302. Farkas AH, Bonifacino E, Turner R, Tilstra SA, Corbelli JA. Mentorship of Women in Academic Medicine: a Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2019;34(7):1322-1329
303. Varkey P, Jatoi A, Williams A, Mayer A, Ko M, Files J, et al. The positive impact of a facilitated peer mentoring program on academic skills of women faculty. *BMC Med Educ* [Internet]. 2012 (Consultado 26 Nov 2020);12(1):14. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/14>
304. Bustillo M, Gotian R. A mentoring circle supports women anaesthesiologists at every career stage. *Br J Anaesth* [Internet]. 2020 (Consultado 26 Nov 2020);124(3):e190-1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.014>
305. Boer C, Moonesinghe SR. Women empowerment in anaesthesia research and clinical practice : meeting report from the British Journal of Anaesthesia Women in Anaesthesia Research symposium. *Br J Anaesth* [Internet]. 2020 (Consultado 26 Nov 2020);124(3):e59-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.011>
306. Gotian R. Why you need a support team. *Nature* (Internet). 2019 (Consultado 27 Nov 2020); 568. Disponible en: <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-019-00992-3/d41586-019-00992-3.pdf>
307. Carnes M, Bartels CM, Kaatz A, Kolehmainen C. Why is John More Likely to Become Department Chair Than Jennifer?. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2015;126:197-214.
308. Lane-fall MB, Gordon EKB, Valentine EA, Black SA, Kapur PA, Fleisher LA. Fostering belonging in academic anaesthesiology : faculty and department chair perspectives on supporting women anaesthesiologists. *Br J Anaesth* [Internet]. 2020 (Consultado 27 Nov 2020);124(3):155-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.023>
309. Ergun S, Busse JW, Wong A. Mentorship in anesthesia: a survey of perspectives among Canadian anesthesia residents. *Can J Anaesth*. 2017 Apr;64(4):402-410.

310. Flexman AM, Gelb AW. Mentorship in anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011 Dec;24(6):676-81
311. Medina S, Díaz R, Llombart B, García-Patos V, Jaén P. Los tutores de residentes de Dermatología vistos por los residentes. *Educ Médica* [Internet]. 2020 (Consultado 28 Nov 2020). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181319302086>
312. Figura del Tutor de Residentes de Oncología Médica: Situación y carga de trabajo. Sociedad Española de Oncología Médica (Internet). (Consultado 28 Nov 2020). Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Tutor_de_residentes_OM_%20Junio_2017.pdf
313. Campbell LG, Mehtani S, Dozier ME, Rinehart J. Gender-Heterogeneous Working Groups Produce Higher Quality Science. *PLoS One* [Internet]. 2013(Consultado 28 Nov 2020);8(10):e79147. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079147>
314. Boyle PJ, Smith LK, Cooper NJ, Williams KS, O'Connor H. Gender balance: Women are funded more fairly in social science. *Nature*. 2015.
315. Uribe A. Las cuotas de género y su aplicación en España: los efectos de la Ley de Igualdad (LO 3/2007) en las Cortes Generales y los Parlamentos Autonómicos. *Rev Estud Políticos* (Internet). 2007(Consultado 30 Nov 2020) ;(2013):159-97. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/39860>
316. Coe IR, Wiley R, Bekker LG. Organisational best practices towards gender equality in science and medicine. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10171):587-93. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33188-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33188-X)
317. Waljee JF, Chopra V, Saint S. Mentoring Millennials. *JAMA* [Internet]. 2018 (Consultado 30 Nov 2020);319(15):1547-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3804>
318. Mitchell D. Generation Z: Striking the balance: Healthy doctors for a healthy community. *Aust Fam Physician*. 2008;37:665-7.
319. Asiri A, AlBishi S, AlMadani W, ElMetwally A, Househ M. The Use of Telemedicine in Surgical Care: a Systematic Review. *Acta Inform Med*. 2018;26(3):201-206.

Anexo I: Formulario de la encuesta.

1. ¿Cuál es su sexo?

- A) Mujer
- B) Hombre

2. ¿Qué edad tiene?

- A) Menos de 30 años
- B) Entre 30-40 años
- C) Entre 40-50 años
- D) Más de 50

3. Su estado civil es:

- A) Soltero-a
- B) Casado-a
- C) Divorciado-a
- D) Viudo-a

4. ¿Alguno de sus ascendientes (padres/madres, abuelos-as) ha sido médico-a?

- A) Sí
- B) No

5. ¿Podría indicar si su pareja se dedica a alguna de las siguientes profesiones?

- A) Médico-a
- B) Enfermero-a
- C) Otras profesiones dentro del hospital
- D) La profesión de mi pareja no está relacionada con la sanidad.
- E) No tengo pareja

6. ¿En qué comunidad autónoma trabaja?

- A) Andalucía
- B) Aragón
- C) Asturias

- D) Baleares
- E) Cantabria
- F) Cataluña
- H) Canarias
- G) Castilla y León
- H) Castilla la Mancha
- I) Ceuta y Melilla
- J) Extremadura
- K) Galicia
- L) La Rioja
- M) Madrid
- N) Murcia
- Ñ) Navarra
- O) País Vasco
- P) Valenciana

7. ¿En qué tipo de hospital-es trabaja actualmente?

- A) Comarcal únicamente.
- B) Terciario únicamente.
- C) Privado únicamente.
- D) Comarcal público y también en privado.
- E) Terciario público y también en privado.

8. ¿Tiene contrato indefinido/fijo?

- A) Si
- B) No
- C) Soy residente

9. ¿Cuántos años pasaron desde que acabó el MIR hasta que tuvo contrato interino/ indefinido/plaza en propiedad?

- A) 0-5 años
- B) 5-10 años
- C) 10-15 años

D) 15-20 años

E) Mi contrato es de eventual.

10. Su jefe de servicio es:

A) Hombre

B) Mujer

11. El gerente de su hospital es:

A) Hombre

B) Mujer

12. En cuanto a los tutores de residentes de su servicio son:

A) Mayoría Hombres

B) Mayoría Mujeres

C) Misma proporción de hombres que mujeres

D) No hay residentes

13. Desempeña o ha desempeñado algún puesto de gestión en el hospital:

A) Ninguno

B) Tutor-a de residentes.

C) Jefe-a de sección

D) Jefe-a de servicio

E) Coordinador-a quirúrgica

F) Director-a médica

G) Gerente

14. Proporcionalmente, en su servicio hay más:

A) Hombres

B) Mujeres

C) Igual

15. ¿Se presenta en un futuro inmediato alguna expectativa de promoción?

A) Sí

B) No, pero nunca me he planteado ascender.

C) No, y me frustra no poder ascender.

16. ¿Le han ofrecido alguna vez la jefatura de servicio?

- A) No.
- B) Sí y la he aceptado.
- C) Sí y no la he aceptado.

17. En caso de no haber aceptado la jefatura de servicio, ¿indicaría el motivo? Puede escoger diferentes opciones a la vez (contestar sólo si ha contestado sí a la pregunta anterior):

- A) No me sentía preparado-a
- B) Demasiada responsabilidad
- C) Requiere mucho tiempo
- D) No estoy en absoluto interesado-a

18. ¿Ha realizado la Tesis Doctoral?

- A) Si
- B) No y no tengo intención
- C) No, pero la voy a realizar

19. ¿Qué tipo de máster ha realizado?

- A) Gestión hospitalaria
- B) Bioética
- C) Estadística
- D) Máster relacionado con la especialidad (Anestesiología, Dolor, Cuidados Críticos)
- E) Otros tipos de máster
- D) No he realizado ningún máster universitario

20. ¿Pertenece usted a alguna comisión en su hospital (docencia, bioética, farmacia, transfusión u otros ejemplos)?

- A) Si
- B) No

21. ¿Cuántos artículos ha publicado como primer autor-a?

- A) Ninguno
- B) 0-5
- C) 5-10

D) >10

22. ¿Pertenece o ha pertenecido al consejo editorial de alguna revista?

A) Si

B) No

23. ¿Realiza alguna de las siguientes actividades docentes?

A) Profesor-a de universidad.

B) Profesor-a de máster

C) Curso de formación continuada

D) Catedrático-a.

E) Ninguna, pero me gustaría

F) Ninguna, y no me interesa

24. ¿Con cuánta frecuencia asiste a congresos, cursos presenciales de formación continuada u otras actividades en las que para acudir necesite solicitar días de formación?

A) Ninguna vez al año. No estoy interesado-a.

B) Ninguna vez al año. Aunque me gustaría, es imposible que me concedan días libres de formación

C) 1 vez al año

D) 2-3 veces al año

E) Más de 3 veces al año

25. ¿Cuántas comunicaciones suele presentar al año como primer autor?

A) Ninguno

B) 1

C) 2-3

D) 4 o más

26. ¿Cuántos hijos tiene?

A) 0

B) 1

C) 2

D) 3

E) 4 o más

27. ¿Alguno de sus hijos-as estudia medicina?

- A) Si
- B) No
- C) No tengo hijos

28. ¿Esperó a tener un contrato estable para tener hijos?

- A) Sí
- B) No
- C) No me he planteado tener hijos

29. ¿Tiene o tuvo miedo a qué no le renovasen el contrato por quedarse embarazada?

- A) Si
- B) NO
- C) Soy hombre

30. ¿Cree que no le han renovado algún contrato por estar embarazada?

- A) Sí
- B) No
- C) No he estado embarazada (incluye hombre)

31. ¿Ha solicitado alguna excedencia laboral o reducción de jornada para cuidar a sus hijos?

- A) Sí
- B) No
- C) No, pero cuando tenga hijos la solicitaré

32. ¿Considera difícil conciliar su vida familiar por el tipo de trabajo que desempeña?

- A) Sí
- B) No

33. ¿Percibe que ha perdido alguna posibilidad de ascenso por su condición de género?

- A) Si, pero no me importa.
- B) Sí, y esta situación me frustra.
- B) No

34. ¿El salario de los hombres en su servicio es mayor que el de las mujeres?

- A) No. Trabajo en el sistema público y todos ganamos lo mismo.

B) No. Trabajo en el sector privado, pero todos ganamos lo mismo.

C) Sí. Los hombres ganan más que las mujeres.

D) No sé.

35. ¿Considera que hay discriminación de género en su profesión?

A) Sí

B) No

36. ¿Ha percibido usted que ciertos pacientes tratan con más educación a los médicos que a las médicas?

A) Alguna vez

B) Frecuentemente

C) Nunca

37. Percibe que sus compañeros-as de trabajo no médicos (enfermería o auxiliares) tratan diferente a los médicos que a las médicas?

A) Si

B) No

38. En líneas generales, ¿se siente satisfecho con su puesto de trabajo?

Escala del 0 al 10

39. Como sabe, esta encuesta es totalmente anónima, no obstante, si quiere puede dejar su email de contacto, indicar el hospital en el que trabaja o realizar un comentario, es opcional.

Anexo II: Comentarios añadidos por parte de los encuestados

“Con respecto a la discriminación de género no considero que sea directa, trabajo en un hospital público, pero al ser las mujeres las que cuidamos más de los hijos tenemos menos disponibilidad y eso repercute en nuestro salario y nuestras posibilidades de ascenso.”

“Trabajo para el Servicio Andaluz de Salud, el cual nos presiona con una actividad asistencial del 100% y nos prohíbe e impide nuestra formación académica; además de ser los peor pagados de toda España.

Respecto a nuestro sexo, las mujeres somos más discriminadas por las lesbianas que por los hombres, ellas son más machistas que nadie, y además el SAS les conceden puestos directivos, porque ser homosexual en 10 es un mérito.

Así que aquí me moriré de asco, sin dinero, sin formación y sin posibilidades de ascenso, porque soy mujer, con hijos, no divorciada, guapa, y con mejor formación intelectual que nuestras compañeras-camaradas-lesbianas que nos dirigen.

Un saludo.”

“Sería bueno también realizar estudios sobre la sobrecarga laboral con semanas de hasta 70 horas de trabajo que sufren los anestesiólogos en 10 como los del hospital Virgen de las Nieves.”

“Difícil buscar trabajo cuando acabamos la residencia si queremos tener hijos, ya que coincide con la edad a la que deberíamos empezar a tener hijos (29 años).”

“He dejado de hacer guardias porque estamos poquísimos anestesiólogos, y ahora en octubre, serían 8 y 11 guardias en diciembre. La tarde que se me oferta para no pasar a una porquería de sueldo, no contempla ni que coma ni que no acabe a las 20 horas, a pesar de ser eso lo que cobro, una continuidad asistencial. La situación actual es muy difícil; al disminuir el número de anestesistas, los partes son larguísimos, y continuamente sobrepasamos las 15 horas como horario de salida, a pesar de no para de correr desde el minuto 1. No puedo soportar como viven de bien otros médicos, ya que cobramos lo mismo: llegan a las 8.45, y se van a desayunar otros 45 minutos, y los ves irse a las 13,45 o 14 h. Sus tardes de continuidad asistencial, tras una comida tranquila que comienza a las 14 horas, ya que como tienen tarde, tienen que acabar pronto por la mañana (nosotros jamás decidimos el tiempo, sino que estamos estresados toda la mañana, por ver si podemos empezar a las 15 h) pasa por después relajarse un poco y empezar una consulta ligerita hasta las 19 horas como mucho, que es lo lógico, ya que hablamos de personas que tenemos más de 55 años. ¿Dónde está la justicia? Yo amaba mi especialidad hasta que cumplí 50 años hace 6 años, y

comprobé la injusticia de años, en el día a día, en las guardias y/o en las tardes, hasta la jubilación de nuestro colectivo, comparado con otro. Nunca he querido ser jefa y, por ello, tener que pelear y pelear, con dirección, con tus compañeros, con otras especialidades, con enfermería...mientras el Servicio Andaluz de Salud (SAS) se lleva todos nuestros objetivos. ¿A esto es a lo que se le llama ascender en el SAS? No, gracias. Mi último congreso fue en Almería hace un año, en el que era ponente, pero el anterior es de hace 6 años, y el anterior unos 10 u 11. Tenemos que soportar como, otras especialidades como la UCI, tienen dos pacientes o uno cada mañana, y disponen de mucho tiempo para publicar, y de mucho dinero de laboratorios para no parar de ir a Congresos. Quemada es poco...podría seguir hasta mañana. ¿A que juegan con nosotros? Es tristísimo que abusen de ser buena gente y de darnos pena los pacientes, para seguir saturándonos hasta el infinito. Atentamente, una anestesióloga que amaba su trabajo.”

“Trabajo en un hospital concertado. El mayor problema es el exceso de trabajo con el mínimo personal posible. Hacemos 40h semanales y guardias, además de los prolongues y horas que hacemos y que no se contabilizan. Los salientes de guardia son diferidos por lo que no se libran los jueves. Todo esto es trabajo que no se compensa y que hace que los profesionales acabemos agotados y cambiando de centro. Las Unidades de dolor tampoco están valoradas, ya que los procedimientos no están ni bien pagados con los incentivos (implante de bomba o Neuroestimulador, no llega a los 30€) ni son entendidos como actividad quirúrgica.”

“Hospital Vall d Hebrón. La formación continuada, asistencia a congresos y actividad investigativa sólo está dirigida a un pequeño grupo de facultativos. Es frustrante.”

“Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Creo que la SEDAR debería regular las jornadas de trabajo en Anestesia: duración, descanso tras las guardias...”

“Trabajo en el Hospital La Fe y actualmente ocupo la plaza de Jefe de Servicio de Coordinación de Trasplantes, es decir estoy desvinculado jerárquicamente del Servicio de Anestesiología, pero sigo ejerciendo profesionalmente de anestesiólogo en ocasiones.”

“Aunque no hay discriminación por sexo, si la hay y mucha por recelo profesional. Los superiores no soportan que los subordinados estén muy bien preparados y mucho mejor que ellos en determinadas disciplinas de nuestra especialidad lo que conlleva a un "arrinconamiento" a otras zonas del hospital, a otras disciplinas dentro de la especialidad en forma de castigo por estar bien preparado..... todos sabemos que esto fomenta terriblemente la mediocridad y el estancamiento profesional.”

“Creo que no se facilita la conciliación familiar, y que cuando se ejerce derecho a ello (reducción) se penaliza en el servicio.”

“En general tanto los pacientes como las administraciones tratan con igual poco aprecio y falta de respeto tanto a los profesionales médicos hombres como a las que son mujeres.”

“Jefes y sanidad politizada. Nada de días libres y ayuda económica para cursos de formación o congresos. el que asciende no es por méritos sino por enchufismo.”

“¡Hay discriminación cuando eres extranjero y está situación es lamentable!”

“La sanidad En 10 está totalmente politizada, los más críticos con el sistema son discriminados.”

“Mi hija tiene 12 años, pero quiere estudiar Medicina. Cuando nos planteamos tener un hijo ya tenía una interinidad. No tengo currículum para optar a Jefe de Servicio. No tengo cursos de gestión ni publicaciones científicas suficientes. Además de conocimientos de gestión hay que ser un buen líder, conseguir que el Servicio optimice su rendimiento de trabajo incrementando la calidad, la formación de los profesionales, y los recursos materiales, siempre en vanguardia. Que los miembros del Servicio se sientan orgullosos de trabajar en ese Servicio, su casa. Que disfruten día a día con su trabajo. Y todo esto bajo la presión incesante de Gerencia y dirección, que parece no comprender el trabajo que realizamos. Adoro anestesiar, disfruto cada minuto. Ese es mi sitio. Enseñar a los residentes. E igualmente amo a mi hija. El tiempo que me queda después de mi jornada laboral prefiero emplearlo con mi familia y en mejorar mi formación y la de los demás. Ser Jefe te aparta del quirófano y de todo lo que anteriormente he citado. Fui la primera persona de mi Servicio en solicitar una reducción de jornada por maternidad. No me pusieron trabas. Desde entonces han sido muchos los compañeros que lo ha solicitado y disfrutado.”

Anexo III: Publicaciones y comunicaciones