

### 4.3. ANÁLISIS DEL PERSONAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

El Informe de Evaluación de Impacto de Género para 2014 incluyó un análisis de género del personal del Servicio Andaluz de Salud del período 2009–2013. Entre los rasgos más sobresalientes de la evolución destacaba la elevada feminización de la plantilla y su tendencia creciente, que consolidaba la presencia de las mujeres en la prestación de los cuidados de enfermería, al tiempo que no mejoraba su menor participación en los puestos de mayor responsabilidad de la organización.

Los desequilibrios en la representación de las mujeres y los hombres que proveen los servicios sanitarios comprometen la igualdad de género en el ejercicio del derecho a la salud, como reconocen distintos organismos internacionales<sup>21</sup>, por lo que es necesario conocer si las tendencias observadas en el período 2009–2013 han registrado algún cambio en el nuevo periodo ampliado hasta 2017.

Con esta perspectiva temporal, se realiza un análisis general de la distribución por sexo de la plantilla estatutaria del SAS según grupos profesionales, servicios sanitarios donde desarrolla su labor, profesiones y niveles de la carrera administrativa. A continuación, se analiza cada uno de los servicios o modalidades de prestación de servicios sanitarios, identificando las singularidades de cada uno. Finalmente, se aborda la distribución del personal con mayores niveles de responsabilidad, profundizando en los determinantes de la desigual presencia de hombres y mujeres.

#### 4.3.1. Análisis General

En junio de 2017, el personal estatutario dependiente del SAS estaba compuesto por 46.833 mujeres y 24.080 hombres, un total de 70.913 personas<sup>22</sup> que conforman una distribución por sexo altamente feminizada (IPRHM=1,32). En los últimos cuatro años ha continuado el proceso de feminización registrado en el anterior periodo a un ritmo algo menor, seguramente por las elevadas cuotas de participación femenina ya alcanzadas. Si en 2009 la participación de las mujeres en la plantilla del SAS era del 64,4%, en 2013 había aumentado más de un punto, hasta el 65,5%, continuando el crecimiento a un ritmo menos intenso hasta el 66% en 2017.

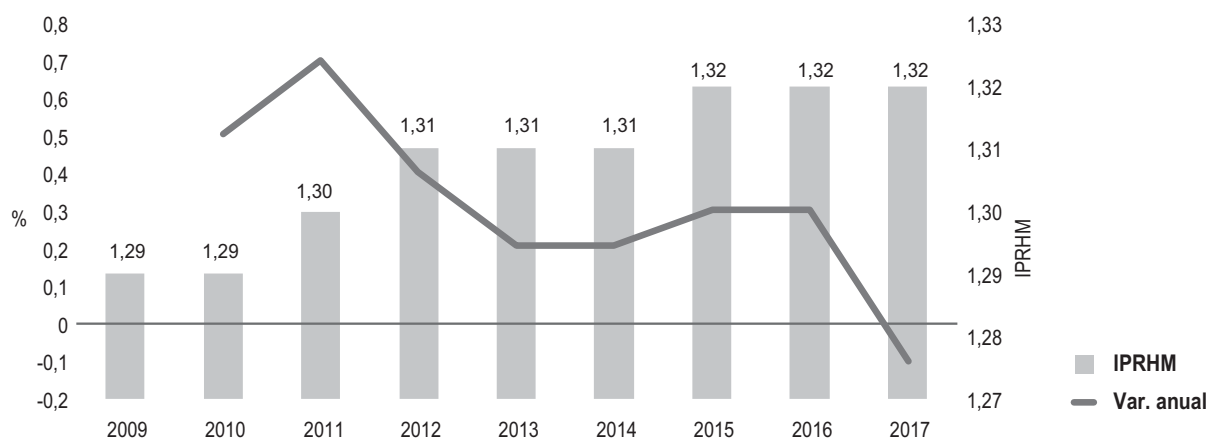
21 Tanto la OCDE como la OMS insisten en los efectos no deseados sobre la igualdad de género ante el derecho a la salud que tiene una composición no equilibrada del personal sanitario, reproduciendo roles de género en la prestación de los servicios o limitando la atención a las necesidades específicas de salud que tienen las mujeres, por cuanto las profesionales sanitarias participan escasamente de los puestos directivos. Véase: “Health at a Glance 2013. OCDE (2013)”, “Women and health: today’s evidence, tomorrow’s agenda. OMS (2009)”, “Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS. OMS (2009)” y “Spotlight on statistics. A fact file on health workforce statistics. Issue 2. OMS (2008)”.

22 Entre junio y octubre de 2017, fecha de extracción de los datos y la publicación del informe respectivamente, una gran cantidad de profesionales han pasado de un nombramiento eventual a otro de interinidad en la plantilla, por lo que el número total de personas que trabaja en el SAS a fecha de publicación es significativamente mayor: 51.499 mujeres y 25.204 hombres. La cifra será aún mayor cuando termine el año 2017.



La evolución del IPRHM en estos ocho últimos años muestra una tendencia sostenida de crecimiento, en línea con la registrada en los países de nuestro entorno<sup>23</sup>, mayor al inicio del período y que viene suavizándose en los últimos años, hasta registrar una muy discreta reducción en 2017.

**GRÁFICO 4.3.1. Evolución del IPRHM del personal del SAS**



#### 4.3.2. Análisis del personal del SAS por categorías

##### A. Distribución del personal por grupos profesionales

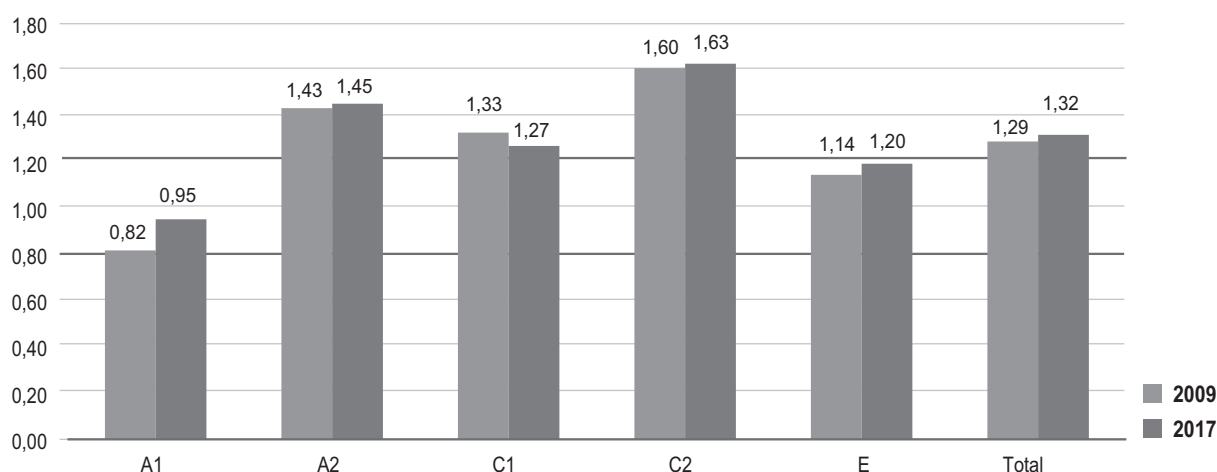
El aumento de mujeres como personal del SAS ha sido generalizado en todos los grupos profesionales. El cambio más relevante ha sido la mayor presencia de mujeres en el grupo A1, el segundo en volumen de efectivos (26,9%) y el que exige la mayor cualificación académica para su acceso. En los últimos cuatro años la incorporación de mujeres a este grupo ha sido mayor que la registrada en el período 2009–2013, hasta situar la representación de mujeres y hombres en valores de equilibrio cercanos a la paridad en 2017 (IPRHM=0,95), frente al claro protagonismo masculino en 2009 (IPRHM=0,82). Más adelante se analiza si el aumento de la presencia de mujeres en este grupo se ha trasladado, y en qué medida, a los puestos de mayor responsabilidad, dedicación y retribución.

Los cambios en la plantilla de los grupos A2 y C2 han seguido la tendencia del período 2009–2013, caracterizada por un crecimiento lento y sostenido de la presencia de mujeres, que

<sup>23</sup> Las mujeres representaban en 2006 en torno a tres cuartas partes del personal sanitario de la UE y en algunos Estados miembros la admisión de mujeres en las facultades de Medicina superaba el 50% (Comisión Europea (2008), Libro verde sobre el personal sanitario europeo). En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad resaltó en 2011 que la feminización de la profesión médica es una realidad y un proceso que se agudizará, llegando a un porcentaje de mujeres del 56% en 2025 ("Oferta y necesidad de especialistas médicos en España". Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011). Los datos de colegiación que publica el INE señalan que la evolución de la participación femenina en las dos profesiones más representativas –medicina y enfermería– ha mantenido una senda clara de crecimiento durante, al menos, las dos últimas décadas.

acentúan los desequilibrios ya existentes. El grupo A2, el más numeroso, con una plantilla que representa el 30% del conjunto del SAS, muestra en 2017 una distribución por sexo altamente feminizada (IPRHM=1,45) no muy alejada de la que tenía en 2009 (IPRHM=1,43). De la misma forma, el grupo C2, que concentra el 25,3% del personal del SAS, registra un aumento discreto de la participación de mujeres, manteniéndose como el grupo más feminizado (IPRHM=1,63), al igual que en 2009 (IPRHM=1,60). El colectivo más numeroso en ambos grupos es el personal de enfermería, diplomado y auxiliar, lo que significa que en estos años se ha consolidado el tradicional rol femenino de prestación de cuidados en enfermería. El grupo A1, que concentra el 26,9% del personal, cuenta con una representación equilibrada (IPRHM= 0,95) donde, sin embargo los hombres siguen siendo mayoría en relación a las mujeres.

**GRÁFICO 4.3.2.1. IPRHM del personal del SAS según grupos de personal. Años 2009 y 2017**



La dinámica de la distribución por sexo en el resto de los grupos, de menor importancia cuantitativa, ha sido desigual en los últimos cuatro años. En el grupo E (8,9% del total de la plantilla), el aumento de la participación femenina ha sido menor que el registrado en el período 2009–2013, pero suficiente para consolidar el protagonismo de las mujeres y situar la distribución en el límite del equilibrio representativo (IPRHM=1,20). Por su parte, el grupo C1 (9% de la plantilla del SAS), experimentó una reducción importante de presencia femenina, en contraste con la tendencia contraria en el período anterior, lo que atenuó sólo parcialmente su elevado grado de feminización (IPRHM=1,27).

### B. Distribución del personal según niveles de la carrera administrativa

El análisis según los niveles retributivos mantiene su principal rasgo estructural: una elevada participación de mujeres en los niveles inferiores de la carrera administrativa y su escasa presencia en los superiores. Las mujeres representan en 2017 el 72,8% del personal comprendido hasta el nivel 22<sup>24</sup> y el 42,6% a partir del nivel 23, como resultado

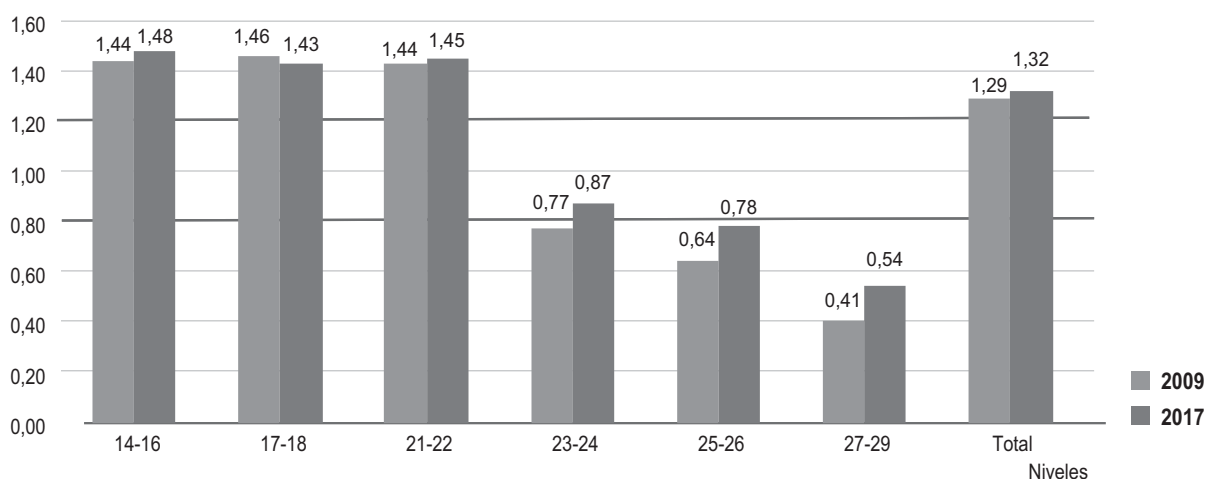
24 El 80% de las mujeres que trabajaban para el SAS en enero de 2017 se encontraba en los niveles inferiores de la escala administrativa



del mantenimiento invariable de la representación en los niveles inferiores (14–22) y un cierto aumento de la presencia femenina en los niveles superiores, de forma notable a partir del nivel 25.

Por tanto, el aumento de la presencia de mujeres en el grupo A1 se ha trasladado en gran medida a los niveles superiores de la escala retributiva. La mayor presencia femenina en los niveles superiores ha sido proporcional al desequilibrio existente en la distribución; aumenta el número de mujeres en mayor medida donde había más desigualdad.

**GRÁFICO 4.3.2.2. IPRHM del personal del SAS según niveles de la carrera administrativa. Años 2009 y 2017**



En los niveles 23–24, donde se localiza el 18,3% de la plantilla del SAS, fundamentalmente médicos y médicas, la presencia de estas últimas ha aumentado de un modo importante, hasta desdibujar el rol masculinizado que tenía la profesión médica en 2009 (IPRHM=0,77) y conformar una distribución más equilibrada en 2017, aunque todavía con mayoría de hombres.

En los niveles 25–26, donde se localizan fundamentalmente los cargos intermedios de la organización, la participación de las mujeres crece hasta acercarse a la distribución al límite del equilibrio representativo desde una distribución altamente masculinizada en 2009 (IPRHM=0,64).

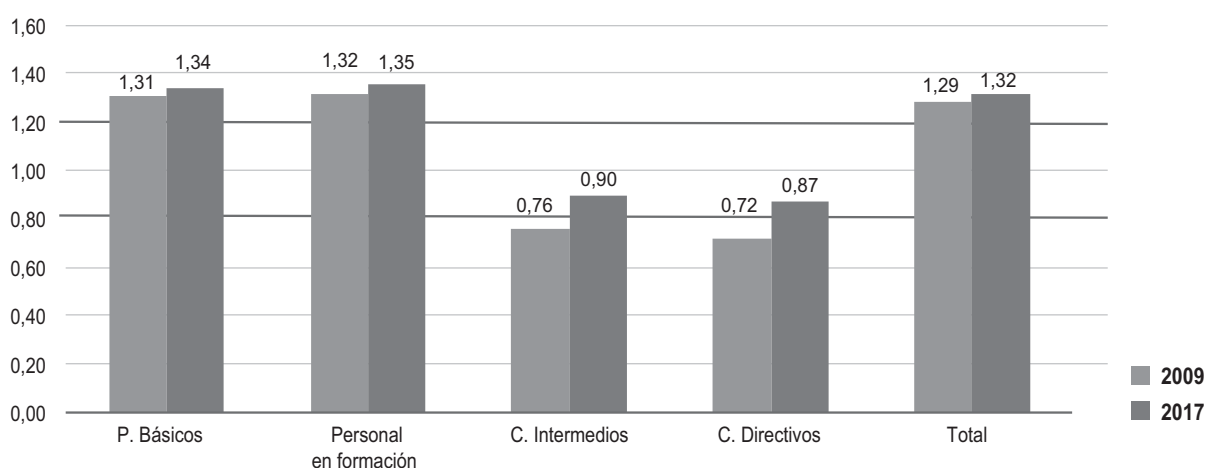
Pero ha sido en los niveles 27–29, que concentran los puestos con mayor retribución y capacidad de decisión, donde la presencia femenina ha crecido más intensamente, como corresponde al elevado desequilibrio existente. A pesar de este crecimiento, las mujeres ocupan en 2017 el 27% de estos puestos de mayor responsabilidad; una cifra alejada de la existente en 2009 (20,5%) pero en conjunto también lejana de la representación equilibrada (IPRHM= 0,54).

### C. Distribución del personal según naturaleza de la actividad y las categorías profesionales

La clasificación de los puestos de trabajo en el SAS por la naturaleza de la actividad que desarrollan, permite distinguir al personal que se encarga de la prestación directa de los servicios, los denominados puestos básicos, que representan el 89,4% del conjunto de la plantilla, del personal en formación (6% del total) y de los puestos intermedios (3,8%) y directivos (0,8%).

La evolución en estos años ha mantenido el proceso de feminización, acentuando más la mayor presencia de mujeres en los puestos básicos y entre el personal en proceso de formación, al tiempo que se logran eliminar el desequilibrio existente entre los cargos intermedios y directivos de la organización, inicialmente muy masculinizados.

GRÁFICO 4.3.2.3. IPRHM del personal del SAS según naturaleza de la actividad. Años 2009 y 2017



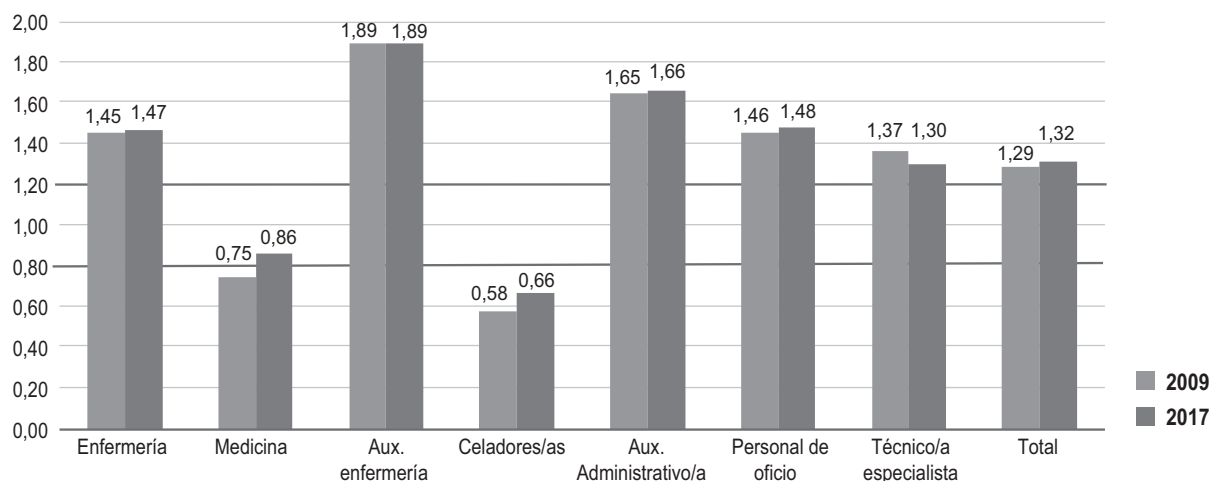
Las principales profesiones que conforman los puestos básicos experimentaron en estos últimos ocho años un aumento de la presencia de mujeres en sus plantillas. En el caso del personal diplomado en enfermería, el colectivo con más importancia cuantitativa entre los puestos básicos (28%), el aumento de enfermeras ha sido sostenido y de poca intensidad, dado el elevado nivel de feminización de la profesión, donde las mujeres representan el 73,3% de la plantilla<sup>25</sup> en 2017. La presencia de enfermeras en la profesión seguirá manteniendo su tendencia al crecimiento, dada la elevada presencia de mujeres entre el personal en formación (IPRHM=1,67).

<sup>25</sup> La feminización de la enfermería diplomada es una tendencia compartida con el conjunto del Estado, aunque el nivel en Andalucía es todavía sensiblemente menor. Según los datos de profesionales colegiados del INE, las mujeres diplomadas en enfermería representaron en 2016 el 84,3% del total de la colegiación en esta profesión, frente al 75,9% en Andalucía.



Aún mayor es la sobrerrepresentación de las mujeres entre el personal auxiliar de enfermería, el tercer colectivo profesional en número de efectivos (17,1%) y el más feminizado, donde las mujeres ocupan el 94,4% de los puestos. Su elevado desequilibrio representativo explica que la distribución por sexo en este colectivo no haya variado prácticamente en estos años. Si se contemplan otras profesiones afines a las anteriores, como matronas (IPRHM=1,57) y fisioterapeutas (IPRHM=1,34), también muy feminizadas, se puede concluir que en estos años se ha consolidado una especialización profesional en el SAS que mantiene a las mujeres en la prestación de los cuidados de enfermería<sup>26</sup>.

**GRÁFICO 4.3.2.4. IPRHM del personal del SAS según las principales categorías profesionales. Años 2009 y 2017**



El proceso de feminización de las principales profesiones sanitarias, generalizado en los países de nuestro entorno más cercano<sup>27</sup>, también se encuentra presente en la profesión médica en España, como certifican los datos de Colegios Profesionales que publica el INE. Las médicas representaron en 2016, último año con información disponible, el 49,7% del personal médico colegiado, frente al 33,5% que eran en 1994. Además, la elevada presencia de mujeres entre el personal en formación (MIR) indica que la tendencia a la feminización de la medicina se mantendrá en los próximos años<sup>28</sup>.

Como ya se ha analizado, el hecho más relevante en la evolución de la plantilla del SAS en estos años ha sido el crecimiento de la presencia femenina en el grupo A1, donde los

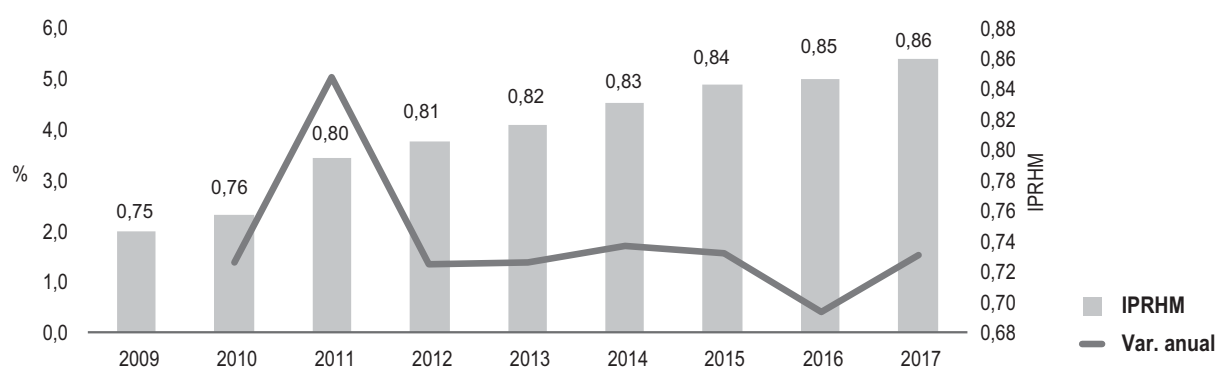
26 El 54,7% de las mujeres que ocupaban puestos básicos en el SAS en enero de 2017 se dedicaban a profesiones afines a enfermería, ocupando el 81,2% de los puestos.

27 OCDE (2013), Health at a Glance 2013. OECD Indicators, París y Comisión Europea (2012) Staff working document on an Action Plan for the EU Health Workforce. Estrasburgo

28 Las mujeres ocupan el 68% de las plazas MIR adjudicadas, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), Tercer Informe descriptivo encuesta MIR-R1. Convocatoria 2013-2014.

hombres representan el 64,2%. Esta categoría profesional, tradicionalmente masculinizada, ha registrado un notable aumento de la participación de las mujeres, hasta eliminar el desequilibrio existente en 2009 (IPRHM=0,75) y configurar una distribución por sexo equilibrada en 2017 (IPRHM= 0,86). El crecimiento del número de mujeres en el colectivo ha sido sostenido durante los últimos ocho ejercicios y seguirá siendo así en los próximos años, a la vista de la composición del personal en formación (IPRHM=1,33), muy feminizado.

GRÁFICO 4.3.2.5. Evolución del IPRHM del personal médico



Como logros hacia la igualdad también destaca, con menor relevancia por el número de efectivos, el aumento del número de celadoras durante el período, si bien todavía insuficiente para eliminar el elevado grado de masculinización del colectivo, donde sólo el 33% de los puestos están ocupados por mujeres. Igualmente significativo es el descenso de la feminización en el personal técnico especialista. No obstante, ha aumentado la presencia femenina entre el personal auxiliar administrativo y el personal de oficio que conforman un grupo adicional de concentración de mujeres en la plantilla del SAS.

#### D. Análisis del personal por tipo de servicio de asistencia sanitaria

La implantación progresiva de las áreas sanitarias<sup>29</sup> hasta 2013, y la correspondiente incorporación de profesionales sanitarios de la atención primaria<sup>30</sup> y especializada<sup>31</sup>, ha determinado los cambios en la distribución por sexo en estos servicios durante el período.

29 La constitución de las nuevas áreas sanitarias contempladas en las Órdenes de 20 de noviembre de 2009 y de 13 de febrero de 2013 ha duplicado el número de las existentes en 2009 hasta las catorce actuales. Las áreas sanitarias son las estructuras responsables en una demarcación territorial específica del funcionamiento unitario de los centros y establecimientos del SAS, tanto los de atención primaria como los de la asistencia especializada, así como de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar en ellos.

30 La estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud están regulados por el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del SAS.

31 El Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales, regula la ordenación de la asistencia sanitaria especializada y de sus órganos de dirección.



A efectos de este análisis, se ha optado por contemplar cuatro modalidades de servicio: atención especializada, áreas sanitarias, atención primaria, personal en formación y otros servicios, de las que se ha desagregado el personal que está en proceso de formación. La naturaleza de los servicios que se ofrecen en cada nivel de prestación y las necesidades organizativas que se exigen en cada uno, determina que los recursos humanos y su composición también difieran.

Por un lado, estaría la atención primaria, con mayor necesidad de médicos y médicas y con menos exigencias en personal técnico especialista, de administración y de oficio. Estos últimos tipos de profesionales se requieren, fundamentalmente, en la asistencia especializada, que además exige una mayor presencia de profesionales de enfermería, especialmente auxiliares. Las necesidades de profesionales en las áreas de salud, como servicio integrador de la asistencia primaria y especializada, estarían en la media de ambas. Finalmente, bajo la rúbrica “otros servicios” se encuentran los centros de transfusión sanguínea, que precisan fundamentalmente de personal técnico especialista y bastante menos del resto de profesionales.

La asistencia especializada sigue siendo el servicio con más efectivos (el 49,5% de la plantilla del SAS, excluido el personal en formación) y, en estos años, su plantilla ha aumentado el nivel de feminización (IPRHM=1,40), fundamentalmente en la primera mitad del período.

También aumentó la representación de las mujeres en las áreas sanitarias (27,6% del personal, excepto el que está en formación), aunque con menor intensidad, acentuando su sobrerrepresentación (IPRHM=1,26).

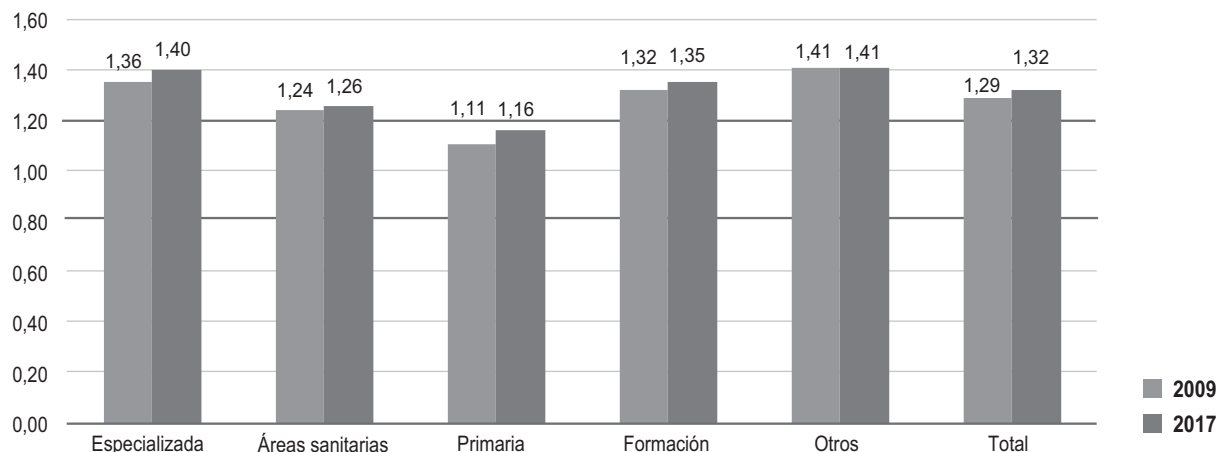
En los servicios de atención primaria, que concentran el 16,4% de la plantilla, con la excepción del personal en formación, la incorporación de mujeres se intensificó en los primeros años, para después mantener la presencia de mujeres y hombres en valores de equilibrio (IPRHM=1,16), y caracterizar la atención primaria como la única modalidad asistencial del SAS con representación equilibrada en la plantilla.

El personal en proceso de formación, que representa el 6% del total, ha registrado un ligero aumento en la presencia de mujeres, fundamentalmente médicas internas residentes, aumentando la feminización del colectivo (IPRHM=1,35).

Finalmente, en otros servicios, básicamente centros de transfusión sanguínea<sup>32</sup> (CTRS), se ha mantenido en estos años la sobrerrepresentación femenina (IPRHM=1,41).

32 Regulados por Orden de la Consejería de Salud y Consumo, de 6 de junio de 1986, por la que se regula la red transfusional de Andalucía (BOJA núm. 58, de 17 de junio) y rectificación en BOJA núm. 93, de 10 de octubre de 1986.

**GRÁFICO 4.3.2.6. IPRHM del personal del SAS según servicios de prestación sanitaria. Años 2009 y 2017**



### D.1. Asistencia Especializada

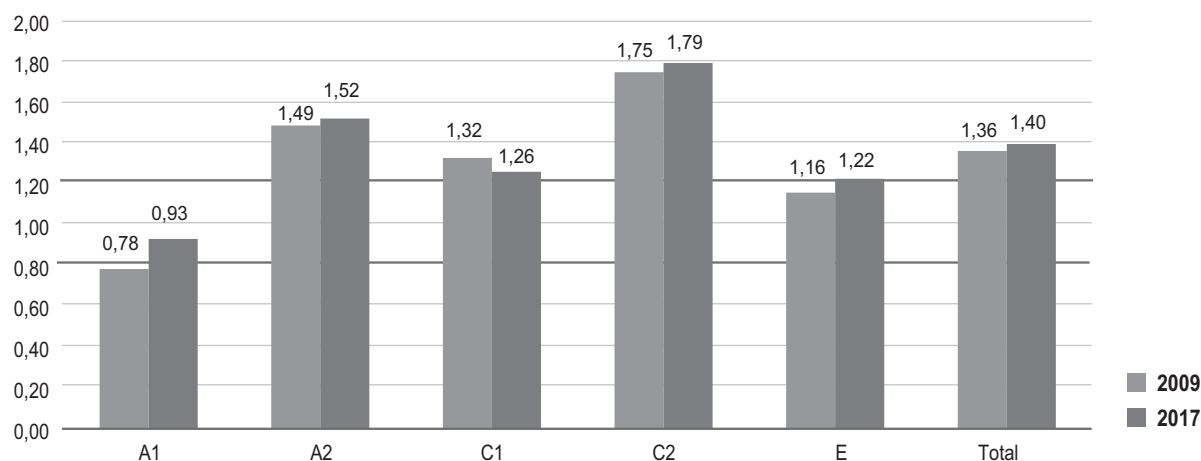
En estos ocho años de 2009 a 2017, el aumento de mujeres en la asistencia especializada ha sido mayor que en la media del SAS, aunque la evolución por grupos profesionales sigue patrones similares a la registrada para el conjunto de la organización: aumento notable de la presencia de mujeres en el grupo A1 hasta conseguir el equilibrio, intensificación de la feminización en los grupos A2 y C2, desequilibrio emergente en el grupo E y aminoramiento de la sobrerrepresentación de mujeres en el grupo C.

En general, en 2017 el grado de feminización en los grupos A2 y C2, donde se engloba el personal de enfermería, es mayor. Las necesidades de personal en la asistencia especializada explican que, precisamente los grupos C1 y E, donde se localiza el personal técnico especialista y administrativo y el personal celador y de oficio, respectivamente, tengan un mayor peso en la plantilla que en el conjunto del SAS. Consecuentemente, la presencia de los y las profesionales de la medicina es menor en la asistencia especializada.

Precisamente, el mayor peso de los grupos C1 y E y la menor importancia relativa del grupo A1 explican que el 85% de las mujeres se localicen en los niveles inferiores de la escala administrativa (14–22), cinco puntos más que en el conjunto del SAS.

El cambio más importante registrado en estos años en la distribución por sexo según profesiones en la asistencia especializada ha sido el notable aumento de la presencia de médicas y celadoras en sus respectivos colectivos, eliminando el desequilibrado protagonismo masculino que había inicialmente en ambas profesiones.



**GRÁFICO 4.3.2.7. IPRHM del personal del SAS según grupos de personal en la asistencia especializada. Años 2009 y 2017**

Como características diferenciales de la asistencia especializada respecto a la plantilla total del SAS, destaca que la enfermería diplomada está más feminizada (IPRHM=1,55), hay una menor presencia de médicas y el personal celador presenta una distribución por sexo equilibrada (IPRHM=0,92), en contraste con la elevada masculinización de la profesión en el conjunto del SAS (IPRHM=0,66).

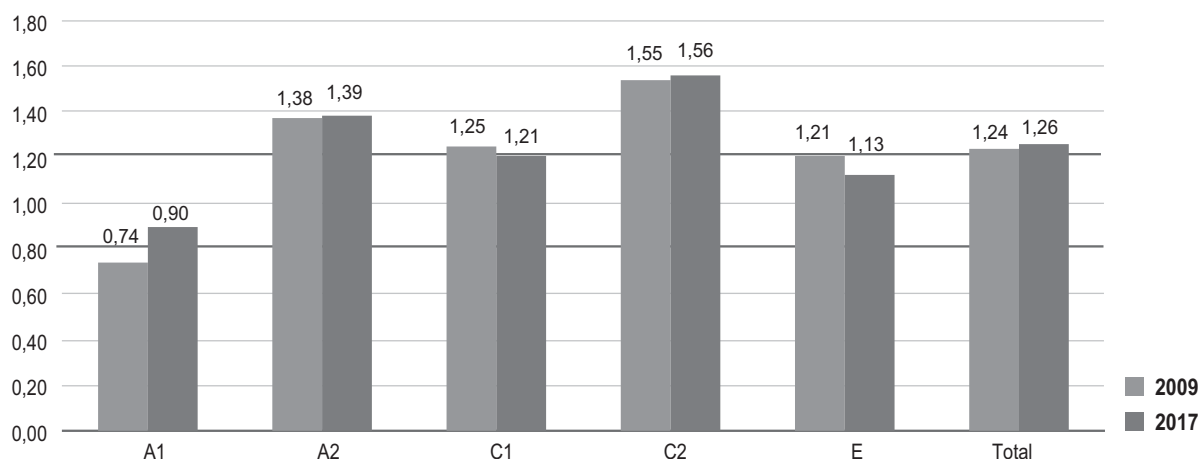
El aumento de mujeres en la asistencia especializada también alcanzó a los puestos intermedios y directivos de la organización, logrando eliminar la sobrerrepresentación masculina en las plantillas, hasta situar la presencia de hombres y mujeres en valores de equilibrio (IPRHM=0,86 y 0,88, respectivamente).

## D.2. Áreas Sanitarias

Ya se ha visto que, en los últimos ocho años, la presencia de mujeres entre el personal que trabaja en las áreas sanitarias tuvo un crecimiento lento y sostenido dando lugar a una sobrerrepresentación femenina, que sin embargo, es menor que la media del SAS y está alejada de la feminización de la asistencia especializada.

La participación de hombres y mujeres por grupos profesionales en estos servicios es similar a la media del conjunto, pero con valores de presencia femenina menores. La evolución de la distribución por sexo comparte rasgos con la media del SAS, con el aumento destacado de la presencia de mujeres en el grupo A1, hasta alcanzar el equilibrio representativo, la intensificación del grado de feminización en los grupos A2 y C2, o la reducción de la participación de las mujeres en el grupo C1, hasta llevar a la distribución a valores cercanos al límite del equilibrio. Además y a diferencia del total de la plantilla, en las áreas de salud también se redujo la presencia de mujeres en el grupo E, llevando la distribución a valores dentro de la representación equilibrada.

**GRÁFICO 4.3.2.8. IPRHM del personal del SAS según grupos de personal en las áreas sanitarias. Años 2009 y 2017**



Los cambios observados según niveles administrativos tampoco difieren de forma significativa de la del conjunto del SAS, manteniendo al 79,6% de las mujeres en los niveles inferiores (14–22) y con una escasa presencia de las mismas en los niveles superiores (27–29) que apenas alcanza el 30% del personal.

La composición por sexo de la plantilla de las áreas sanitarias, según profesiones, evolucionó en consonancia con la media del SAS. Por una parte, creció la presencia de médicas hasta alcanzar el equilibrio representativo (IPRHM=0,84) en 2017, frente a la masculinización en 2009 (IPRHM=0,69).

Por otra parte, se elevó la feminización en las profesiones de enfermería, especialmente entre el personal auxiliar, donde las mujeres representan más del 95% de la plantilla, y también entre el personal auxiliar administrativo y de oficio. La menor participación de mujeres entre el personal técnico especialista, al igual que en el conjunto del SAS, amortiguó parcialmente el desequilibrio por sobrerepresentación femenina en este colectivo. Como rasgo diferencial de la evolución, el personal celador de las áreas sanitarias intensificó el nivel de masculinización de esta profesión, dónde sólo trabaja un 28% de mujeres.

El aumento generalizado de la presencia femenina en la plantilla de las áreas sanitarias fue de mayor intensidad relativa entre los cargos intermedios y directivos de la organización, alcanzando en 2017 valores de representación equilibrada (IPRHM=0,83 y 0,94, respectivamente).

### D.3. Atención Primaria

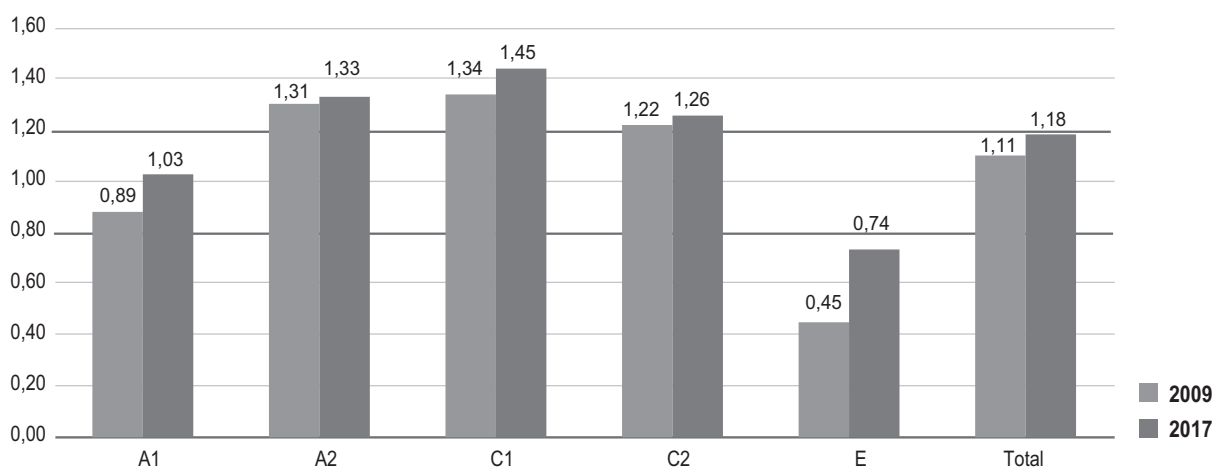
La plantilla de los centros de atención primaria registra el mayor crecimiento de participación de mujeres en el período, manteniéndose en 2017 como el único nivel asistencial del SAS cuya plantilla presenta una representación equilibrada. A diferencia del resto de los servicios, el aumento de la participación femenina en la atención primaria es generalizado



a todos los grupos profesionales. Especialmente relevante es el crecimiento registrado en el grupo A1, cuya representación es prácticamente paritaria (IPRHM=1,03) y la evolución en el grupo E, donde el mayor peso de mujeres en la plantilla va acercándose a los límites del equilibrio (IPRHM=0,74). También resulta destacable el menor grado de feminización del personal encuadrado en los grupos A2 y C2.

La estructura del personal que presta sus servicios en la atención primaria según grupos profesionales difiere de la de asistencia especializada, con menos requerimientos de personal de oficio y especialidades técnicas y administrativas y más necesidades de profesionales de la medicina. Como resultado de lo anterior, la concentración de mujeres en los niveles inferiores de retribución, del 14 al 22, es menor que en la asistencia especializada (62,1% y 85%, respectivamente) y la presencia femenina en los niveles superiores (23–29) conforma una distribución muy cercana a la paridad (IPRHM=0,96).

**GRÁFICO 4.3.2.9. IPRHM del personal del SAS según grupos de personal en la asistencia primaria. Años 2009 y 2017**



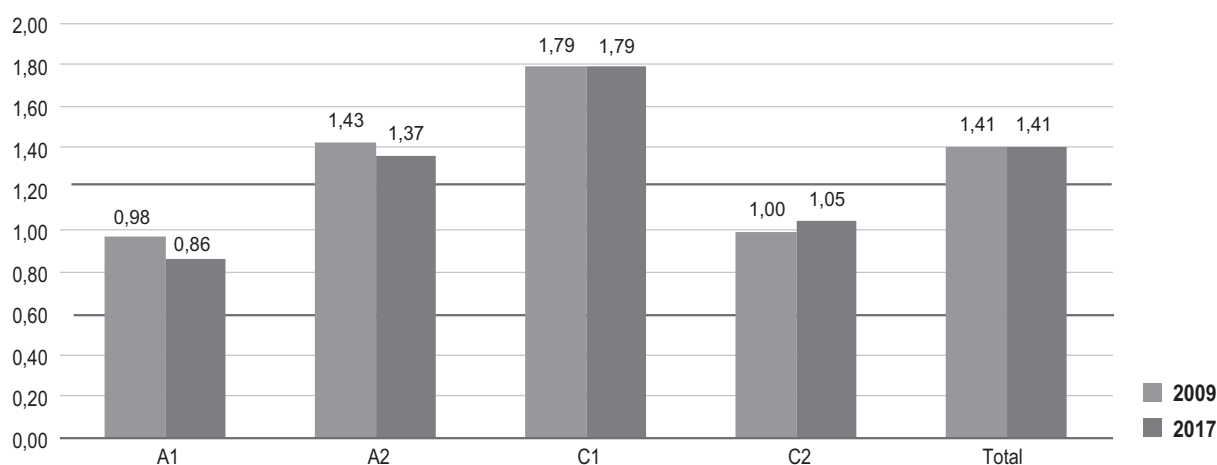
El análisis de los grupos profesionales, destaca, por una parte, el crecimiento de la presencia de médicas, hasta conformar una representación de mujeres y hombres cercana a la paridad (IPRHM=0,96) y, por otra, la consolidación del protagonismo masculino entre el personal celador, donde solo el 8,5% de los puestos están ocupados por celadoras, y al mismo tiempo que continúa la feminización en enfermería, si bien con niveles inferiores a los registrados en la atención especializada.

En relación con la presencia de mujeres y hombres entre el personal con responsabilidades en la estructura jerárquica, la participación de las mujeres creció entre los cargos directivos, alcanzando la representación equilibrada (IPRHM=0,83) y más intensamente entre los cargos intermedios acentuando la feminización de esta categoría (IPRHM=1,31).

#### D.4. Otros servicios sanitarios

La presencia de mujeres y hombres en otros servicios del SAS, básicamente los que ofrecen los Centros de Transfusión Sanguínea (CTRS), permanece estable en estos años, a nivel de conjunto, manteniendo una elevada feminización de la plantilla. No obstante, se observa una reducción de mujeres en los grupos profesionales superiores A1 y A2, y una mayor participación en el grupo C2 que mantiene el equilibrio representativo en los grupos A1 y C2 y por el elevado grado de feminización de los grupos A2 y, especialmente, C1.

GRÁFICO 4.3.2.10. IPRHM del personal del SAS según grupos de personal en otros servicios sanitarios. Años 2009 y 2017



La estructura de la plantilla de los CTRS difiere notablemente del resto de las modalidades de atención del SAS, con un peso muy elevado del grupo C1 (43,3%) y una menor participación del resto de los grupos. Como resultado de las características de este grupo, muy feminizado, el porcentaje de mujeres que se sitúan en los niveles retributivos inferiores (14–22) alcanza el 89,1%, el porcentaje más alto de todos los servicios del SAS.

La feminización de las plantillas de los CTRS es generalizada en las principales categorías profesionales: en la enfermería diplomada (IPRHM=1,56), entre el personal auxiliar de administración (IPRHM=1,73) y, especialmente, entre el personal técnico especialista (IPRHM=1,80), que corresponde al grupo mayoritario C1. La pérdida de representación de las médicas durante el período, no ha comprometido el equilibrio representativo en la profesión (IPRHM=0,94), cercano todavía a la paridad. Aunque con poca entidad en el total, destaca que la plantilla de personal celador se haya mantenido estos ocho años sin la presencia de mujeres.

Finalmente, ha crecido la presencia de mujeres entre los cargos intermedios de los CTRS manteniendo una representación equilibrada (IPRHM=1,11), si bien la participación de mujeres en los puestos directivos se ha reducido en estos años, desde una situación de representación equilibrada a otra, en 2017, de clara masculinización de la plantilla (IPRHM=0,60).



### 4.3.3. Personal con responsabilidades de gestión

La presencia femenina en el grupo A1 es el fenómeno más destacable en la evolución de la plantilla del SAS en el período 2009–2017. Parte de dicho crecimiento se trasladó a la plantilla de médicos y médicas y también a los cargos intermedios y directivos de la organización, eliminando la tradicional masculinización de estos puestos.

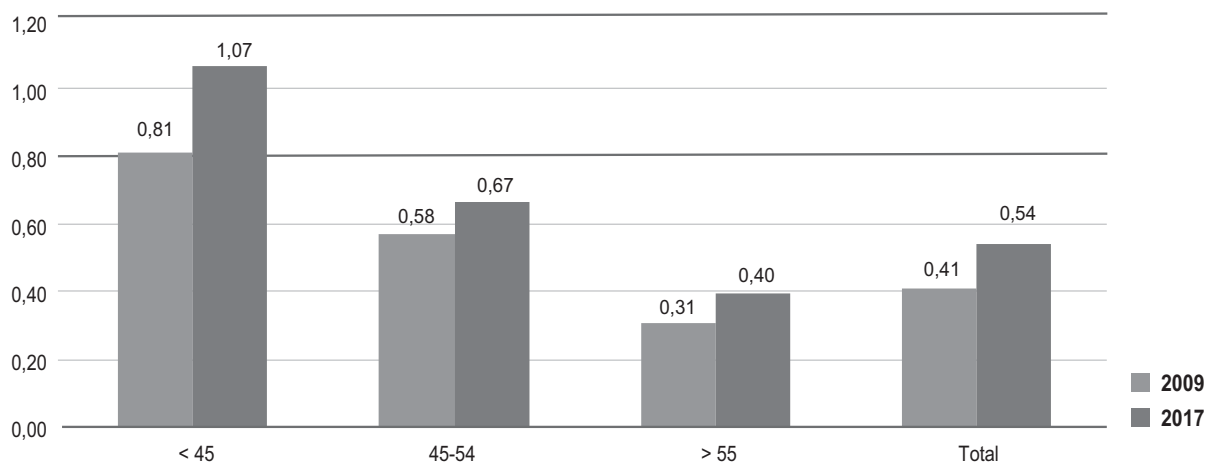
Este mismo proceso se ha dado también en los niveles superiores de la carrera administrativa (27–29), en los que se concentran los cargos de mayor responsabilidad del SAS, si bien la representación de las mujeres en estos puestos en 2017 sigue siendo muy escasa (27%) lo que contrasta con su presencia en el conjunto de la plantilla (66%), en el grupo A1 (47,5%) o entre los cargos intermedios (45%) o directivos (43,5%).

GRÁFICO 4.3.3.1. Evolución del IPRHM del personal del SAS de los niveles 27–29



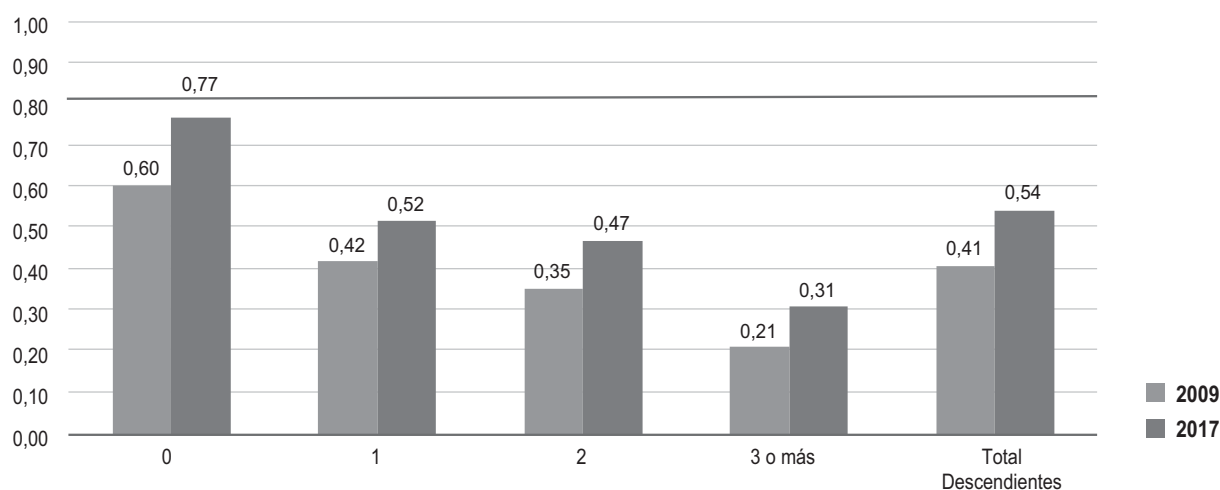
La edad del personal y sus circunstancias familiares son factores condicionantes de la baja participación de las mujeres en puestos de mayor responsabilidad y que exigen una mayor dedicación. La representación de mujeres y hombres en el personal con niveles del 27 al 29 ha evolucionado en estos años con un crecimiento de la participación femenina en todos los tramos de edad, especialmente entre el personal más joven, donde la distribución se acerca a la paridad, con mayoría de mujeres. Sin embargo, en 2017 el personal más joven sólo representa el 9,6% del total, y en el más numeroso, el de mayores de cincuenta y cinco años, las mujeres representan el 20% de los efectivos, reflejando que la incorporación de las mujeres a los puestos de mayor responsabilidad todavía no está en términos de igualdad.

**GRÁFICO 4.3.3.2. IPRHM del personal del SAS de los niveles 27–29 según edad. Años 2009 y 2017**



El aumento de la participación de las mujeres en los niveles superiores de la administración sanitaria afecta a todas las circunstancias familiares de descendencia, si bien no logra una representación de hombres y mujeres equilibrada en ninguna de las circunstancias y la masculinización se agrava con el aumento en el número de descendientes. Así pues, ni ausencia de descendientes implica una participación equilibrada de mujeres en los niveles de mayor dedicación, y su existencia y número, sí limitan su participación.

**GRÁFICO 4.3.3.3. IPRHM del personal del SAS de los niveles 27–29 según número de descendientes. Años 2009 y 2017**



## CONCLUSIONES

El análisis de la composición del personal del SAS en el período 2009–2017 confirma la feminización de la plantilla (IPRHM=1,32), en línea con lo que sucede en los países de nuestro entorno, observándose una cierta ralentización de dicho proceso de feminización.

Este fenómeno da lugar a dos realidades complementarias. Por una parte, continúa creciendo el nivel de feminización de las profesiones vinculadas a la prestación de cuidados de enfermería, donde las mujeres ocupan el 81,2% de los puestos. Los patrones de género siguen determinando que el 80% de la plantilla femenina del SAS se concentre en los niveles retributivos inferiores (14–22), cifra que se eleva al 85% en la asistencia especializada y al 89,1% en los centros de transfusión sanguínea.

Por otra parte, y de manera simultánea, se produce en estos años un notable crecimiento de la presencia de mujeres en el grupo A1, consolidando una categoría cercana a la paridad de sexos (IPRHM=0,95). Como reflejo de este crecimiento, la presencia de mujeres ha ido aumentando entre los y las profesionales de la medicina y entre quienes tienen cargos intermedios y directivos de la organización, hasta eliminar la tradicional masculinización de estos puestos y alcanzar valores de equilibrio representativo.

También ha sido significativo el aumento de la participación femenina en los puestos de mayor responsabilidad, correspondientes a los niveles retributivos superiores (27–29), donde, no obstante, se mantiene una sobrerrepresentación masculina ya que en 2017 las mujeres representan el 27,2% del personal en estos niveles superiores. Ello evidencia que siguen existiendo limitaciones para las mujeres profesionales del SAS a la hora de acceder a puestos de toma de decisiones y mayor responsabilidad, dedicación y retribución especialmente cuando se compromete la conciliación de la vida laboral y familiar.

En definitiva, la feminización o mayor presencia de mujeres en todos los niveles y categorías profesionales del Sistema andaluz de Salud sigue marcada por el arraigo de los roles de género que asocian solo a las mujeres con los cuidados y mantienen los techos de cristal que separan a las mujeres del poder y la toma de decisiones en mayor medida que a los hombres.