



ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LA DEVALUACIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN LA SANIDAD PÚBLICA

Por el 8 de marzo de 2026

En el sector sanitario en general, más de tres de cada cuatro empleados son mujeres (cerca del 77,76%), pero si analizamos cada categoría profesional y su evolución a lo largo de las últimas décadas, los datos son muy reveladores. En España, las mujeres representan un porcentaje mayoritario en la profesión médica: en 2024 fueron el 70% de los egresados de las universidades y en 2025 el 61% del ámbito laboral médico.

Si analizamos la profesión según la especialidad ejercida el ámbito de la Atención Primaria está especialmente feminizado. Son mujeres el 84.9% de los MIR de Pediatría y 71.7% de los de Medicina de Familia. En general las mujeres lideran las especialidades médicas y los hombres siguen predominando en las quirúrgicas salvo en obstetricia y ginecología que está fuertemente feminizada.

En los cargos de responsabilidad y liderazgo los hombres siguen siendo mayoría y ocupan el 70% de los puestos. En la Sanidad pública andaluza sólo el 20.3% de los cargos son mujeres aunque sean el 70% del total de los profesionales. En dos de las tres sociedades de médicos de familia de Andalucía la proporción de varones en las juntas directivas es del 66%.

La profesión de Enfermería en España ha sido históricamente y es, por definición, una profesión altamente feminizada, considerada tradicionalmente una extensión del rol de cuidador atribuido a las mujeres.

En la década de los 70 la profesión era realizada casi exclusivamente por mujeres, sólo el 2.7% eran hombres. Testimonios de la época mencionan que las enfermeras (mujeres) llevaban cofia y realizaban tareas que hoy se consideran devaluadas, lo que refuerza la imagen tradicional del cuidado femenino. Ha habido un lento pero progresivo aumento de la presencia de hombres en las últimas décadas, de forma que el porcentaje de varones alcanza ya el 15.8% de la profesión (datos del INE 2024). No existen datos sobre el porcentaje de hombres enfermeros que ocupan cargos de gestión y liderazgo, aunque sí se sabe que están tremendamente sobrerrepresentados, siendo enfermeras, por ejemplo, sólo el 3% de los altos cargos sanitarios, ocupan sólo el 50% de las presidencias de los colegios profesionales y el 64% de los cargos en los colegios son vocalías, puestos con mucho menor poder y capacidad de decisión que los de las juntas directivas.

Existe un debate sobre si la feminización de la medicina en España tiene relación con el deterioro de sus condiciones laborales y retributivas, y si esto ha podido influir en su consideración social. Diversos estudios y expertos sugieren una correlación, aunque la relación causal es compleja y multifactorial. Vamos a analizarlo.

La teoría de la devaluación postula que las ocupaciones donde predominan las mujeres tienden a ser menos valoradas socialmente y peor remuneradas que aquellas donde predominan los hombres. Un pilar del patriarcado es la asignación de valor diferencial al trabajo realizado por hombres y mujeres. Es profundamente llamativo que, aunque la Medicina siempre ha sido una profesión de cuidado, cuando estaba ocupada mayoritariamente por hombres la consideración social, el respeto y las retribuciones eran muy superiores a las actuales.

Es cierto que la feminización ha coincidido con un período de creciente precariedad e inestabilidad laboral en la profesión médica (alta temporalidad, contratos cortos y jornadas pésimas) y también ha coincidido con tiempos de políticas de austeridad y recortes presupuestarios, pero no es menos cierto que se han ensañado especialmente en la categoría médica, la que antes estaba masculinizada y ahora feminizada, contribuyendo más a la merma económica.

En el caso de España sigue habiendo una brecha salarial de en torno al 15% menor en las mujeres médicas atribuible a contratos más precarios y temporales. Además están infrarrepresentadas en los cargos, lo que contribuye a la brecha salarial. Socialmente los estereotipos de género se siguen manteniendo de forma que las mujeres siguen asumiendo mayor carga en los cuidados y responsabilidades familiares, lo que dificulta competir por puestos de liderazgo.

Es sumamente llamativo el trato que recibimos los médicos en cuanto a la jornada. Mientras otras categorías que también tienen que cubrir horarios las 24 horas los 365 días del año trabajan a turnos (TCAE, celadores, enfermeras), tienen consideración como trabajadores a turnos, reciben como compensación una reducción de la jornada ordinaria y no tienen obligación de hacer más jornada; a los médicos se nos mantiene trabajando jornada ordinaria completa más guardias periódicas que constituyen 3 turnos en un solo día (de 4 a incluso 10 veces al mes), no hay tal reconocimiento, ni compensación equivalente en la jornada ordinaria, y esas horas se pagan a un precio muy inferior a la hora ordinaria. Sorprende que mientras más penoso, menos retribución. Si el problema es presupuestario la solución es fácil: todas las categorías 48 horas de jornada media semanal en cómputo de seis meses como los médicos, y asunto resuelto sin faltas de equidad. No es entendible la injusticia de nuestra situación.

Mantener bajas las retribuciones médicas ha favorecido que gran parte de los médicos aceptaran sumisamente trabajar más horas para redondear el sueldo: guardias, peonadas, continuidades asistenciales, jornada complementaria... los nombres que eufemísticamente se les da es muy variable pero la realidad es que sirven para maquillar las horas extras a las que no se les da la consideración que legislativamente tienen en la normativa europea. Es una perversión maquiavélica del sistema sanitario público español.

No hace falta señalar el **daño** que esas jornadas interminables nos causan **en nuestra salud y en la conciliación familiar**. Y no es casualidad que la mayoría de las que han liderado y lideran actualmente movimientos para intentar reducir la jornada sean mujeres desesperadas por la falta de conciliación.

Si bien la subvaloración de los trabajos femeninos ha perjudicado enormemente en este país a la profesión médica, sin embargo, llama poderosamente la atención cómo en una enfermería feminizada el aún incipiente aumento de hombres está provocando una mejora en sus salarios y en su consideración social. Y no sólo eso, tienen un cuerpo de reivindicaciones con los que pretenden reducir la diferencia salarial con los médicos aún más, asumir parte de nuestras funciones sin justificación académica ni formativa, y acceder a cargos de gestión donde poder decidir sobre el trabajo médico. Hablan como si un grado universitario (4 años) más un doctorado universitario (investigación y formación en un tema muy concreto) pudiera igualarse al corpus de conocimientos que tiene un médico (6 años universitarios), e incluso al médico especialista (4-5 años más de formación postgrado en un amplio campo de conocimientos y de experiencia clínica)ⁱⁱⁱ. Cuidar (enfermería) frente a diagnosticar y tratar (medicina) son cosas muy distintas ambas dirigidas a sanar y necesarias pero requieren conocimientos distintos en cantidad y en dificultad.

Como hemos mencionado, las mujeres están infrarrepresentadas en puestos de jefatura, gerencia y en los propios sindicatos médicos. No hay datos sobre delegadas sindicales y cargos en sindicatos médicos pero también son menos, sobre todo en los sindicatos más clásicos y ya no digamos en las juntas directivas (sirvan de ejemplo CESM a nivel nacional, o el SMA en Andalucía). Esto significa que las decisiones clave sobre retribuciones, condiciones laborales y políticas sanitarias son tomadas predominantemente por hombres (la actual minoría masculina de la profesión). Ello ha conllevado una menor litigiosidad por las condiciones que dificultan la conciliación a cambio de mantener y aumentar las retribuciones. Tampoco ha ayudado que sindicatos grandes de clase tengan más afiliados de las categorías no médicas que de las médicas, y ello se ha traducido hasta ahora en mejoras constantes para esas otras categorías mientras las condiciones laborales médicas han quedado totalmente obsoletas.

La feminización de la profesión también ha favorecido la pérdida de su imagen de "alta ciencia" o "autoridad", reduciendo su prestigio social, dentro de las consultas y en el entorno laboral. En la época de la historia donde más conocimientos hay que aprender y más difícil es el ejercicio profesional todas percibimos cómo demasiados pacientes nos cuestionan, se atreven a exigirnos que hagamos lo que ellos quieren (que les prescribamos lo que han leído o les recomienda su hermano o su vecina), intentan regañarnos, aprovecharse de nuestra buena voluntad y amabilidad para pedirnos auténticas barbaridades (recetas de médicos privados a cargo de la financiación pública o certificados falsos y otros de contenido inaudito) y cómo nuestra negativa desencadena con más frecuencia un aumento de conductas dirigidas a presionarnos con la finalidad de doblegar nuestra decisión. **Las agresiones van creciendo exponencialmente en especial en atención primaria y urgencias, y, sobre todo, sobre las mujeres.** Ajustando por la proporción de trabajadoras, la incidencia de las agresiones por sexo es relativamente equilibrada, pero las mujeres sufren agresiones más frecuentemente, y especialmente hay una diferencia muy significativa en contra de las mujeres dentro la profesión médica y en la Atención Primaria respecto al resto de categorías y a la totalidad del sistema sanitario.

También percibimos cómo hay mayor presión en el trabajo sobre las mujeres para que aceptemos una mayor sobrecarga, se espera que seamos más abnegadas y no defendamos nuestras necesidades como los compañeros varones.

Mención especial merece la situación en Atención primaria, mucho más feminizada que los hospitales, donde nos insertan pacientes múltiples en la misma cita: diez, veinte y treinta, sin ningún pudor; o nos envían pacientes a la puerta sin cita (sin cita es igual a sin tiempo adjudicado). Una gran mayoría cree que tenemos que atender a todo el que se presente o se queje, aún a costa de la calidad de nuestro trabajo, de nuestro descanso, salud y bienestar. Es una situación similar a lo que viene ocurriendo con las madres en las familias: trabajando de la mañana a la noche, sin tiempo para atender sus propias necesidades porque las de los demás siempre están por encima de las suyas, y esperando que lo hagan con una sonrisa. Ni qué decir tiene que los médicos varones también se han impregnado de la minusvaloración aunque en el trato directo y personal lo sufren menos.

Han devaluado nuestras especialidades, tanto la Medicina de familia como la Pediatría: nos limitan el acceso a pruebas diagnósticas de nuestra competencia (las pruebas son propiedad del hospital y ellos deciden cuáles sí y cuáles no); nos imponen agendas con un tiempo imposible para atender a los pacientes, con un número desmesurado de personas que nos mantiene dando asistencia sanitaria desde que entramos hasta que salimos, y más allá; sin tiempo para formación e investigación (¿para qué queremos mantener la competencia para lo que hacemos?); y permitiendo que enfermeros sean nuestros jefes y dirijan nuestro trabajo.

La situación ha llegado a tal punto que nos vemos constantemente teniendo que defender nuestras competencias en todos los foros. Durante lo peor de la pandemia por covid fue tremendo, parecía que sólo en los hospitales había ciencia y corrían peligro cuando la mayoría de los muertos fueron médicos de atención primaria (AP). Nuestro uso como administrativos es una constante. Fue muy significativo que en Andalucía nos cargaron con los rastreos a los médicos de AP cuando es una tarea que no requiere conocimientos específicos; o que el primer protocolo del pasaporte covid establecía que lo tenía que imprimir y facilitar el médico de familia: tuvimos que plantarnos para que rectificasen y decidieran que lo dieran los administrativos o se descargara online. Parecía que nadie se cuestionara **la insensatez de dedicar el tiempo médico a tareas no médicas** en una situación de emergencia por enfermedad. Seguimos igual. Actualmente la Inspección médica indica a los pacientes que vengan a nuestras consultas para recoger el documento de alta laboral que ellos han decidido, emitido y que comunican por SMS sin información legal adjunta y sin el documento de alta, que se podría anexionar al mensaje sin dificultad. Desde los hospitales nos derivan a numerosos pacientes para resolver todos los errores, problemas administrativos o tareas que quedan sin hacer, incluso aunque ya haya órdenes dictadas en contra : la cita de revisión que tarda: “vaya a su médico de familia (MF) y que le vuelva a derivar”; las recetas que no hacen: “que se las haga/renueve su MF”, si tienen demora en las citas: “el resultado que se lo dé su MF”... porque no nos dejan pedir esas pruebas pero sí que podemos interpretarlas y tomar decisiones si conviene. Todos se creen con derecho a llenar nuestras citas y ocupar tiempo médico con otras tareas. ¡Claro que faltan citas en las consultas médicas de Atención primaria si pretenden que resolvamos todo lo que no es nuestro!

El colmo de la devaluación de nuestras especialidades es **la constante contratación ilegal de médicos sin especialidad para nuestros puestos de trabajo**, ¡cualquiera vale!, y ello con la excusa de que no hay especialistas, lo cual es falso porque hay montones en la sanidad privada y en las urgencias hospitalarias, lo que no hay es suficientes para la Atención Primaria porque se van. También faltan médicos de otras especialidades y a nadie se le ocurre contratar a quienes no tienen la formación especializada exigida y necesaria.

En definitiva, la persistencia de principios patriarcales sociales y del clásico hospitalocentrismo del que partía nuestro sistema sanitario han proporcionado un marco cultural e ideológico que ha permitido que la feminización de la profesión facilite el deterioro de sus condiciones, y la falta de respeto en el trato diario personal e institucional. El Sistema Andaluz de Salud es la mayor empresa por número de trabajadores del país, si las mujeres médicas son las profesionales de mayor cualificación académica y postgraduada de los servicios públicos, pueden hacerse una idea de la magnitud del problema.

Es hora de que nuestros **gobiernos, todos, nacional y autonómicos, corrijan la tremenda injusticia social y la devaluación que estamos sufriendo los profesionales médicos y, en mayor medida en Atención Primaria y las médicas.**

Es hora de abordar una **clasificación profesional con retribución asociada** que reconozca el tiempo y la dificultad de la profesión médica (10-11 años) respecto a otras profesiones sanitarias y no sanitarias de los servicios públicos (a un abogado del estado no se le piden más que 4 años, a un juez se le pide esos 4 años y una formación de sólo 2 años más).

Es hora de abordar **la tremenda desigualdad de la jornada médica**: para todos en sanidad máximo 37.5 horas (ó 35) con reconocimiento de trabajadores a turnos y de la nocturnidad, con retribuciones acordes a ello y con reducciones horarias compensatorias para proteger nuestra salud y la conciliación.

Es hora de aprobar normativas que **reconozcan la penosidad de nuestra profesión para la jubilación** (el contacto constante con el dolor y la muerte, los riesgos biológicos, la explotación durante años por las guardias y el ritmo de trabajo al que nos han sometido y nos siguen sometiendo en atención primaria y urgencias). Recientemente se ha aprobado una iniciativa legislativa promovida por Podemos para la jubilación anticipada en sanidad con 40 años de cotización sin merma de la pensión, justo cuando los médicos estamos pidiendo índices correctores para poder jubilarnos anticipadamente por la penosidad y peligrosidad de nuestra profesión. Con esta iniciativa favorecen a celadores, TCAE y otros técnicos, auxiliares administrativos (empiezan a trabajar a los 18 años), y enfermeras (a los 22 años). Los médicos terminamos con 24 años más el año de preparación del MIR, con lo que lo más jóvenes empiezan a trabajar con 25 años, de forma que es a los 65 años cuando podrían tener 40 años trabajados, o sea, ninguna posibilidad de jubilación anticipada, además durante décadas se nos han hecho contratos precarios de lunes a viernes, o te contrato un día donde me haces 24 horas (3 turnos) pero cotizo por ti sólo un día.

Es la hora del **respeto** a la autoridad y dificultad científica médica por parte de pacientes, compañeros de trabajo, gestores y políticos; del **reconocimiento**; de **reparar** y **proteger** a las médicas y a los médicos de los abusos y explotación que sufrimos, en especial en Atención Primaria.

ⁱ <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/noticias/item/127999-el-consejo-general-de-enfermeria-reclama-el-grupo-a1-para-las-enfermeras-especialistas-y-doctoras-universitarias>

ⁱⁱ <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/enfermeria-avisa-si-se-crea-el-a1-pasaremos-a-el-automaticamente--2312>