

Género, profesiones sanitarias y salud pública

Teresa Ortiz-Gómez^a / Johanna Birriel-Salcedo^b / Rosa Ortega del Olmo^c

^aHistoria de la Ciencia e Instituto de Estudios de la Mujer. Universidad de Granada. Granada.

^bInstituto de Estudios de la Mujer. Universidad de Granada. Granada.

^cDermatología Médico-Quirúrgica. Universidad de Granada. Granada. España.

Correspondencia: Teresa Ortiz-Gómez. Historia de la Ciencia e Instituto de Estudios de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Avda. de Madrid, 11. 18012 Granada. España.
Correo electrónico: tortiz@ugr.es

(Gender, health professions and public health)

Resumen

En este trabajo llevamos a cabo una revisión de los principales resultados de la investigación histórico-social sobre género y prácticas de salud, proponemos un modelo de aplicación de la categoría de género al estudio de las profesiones sanitarias y analizamos algunas formas actuales de desigualdades de género en asociaciones y publicaciones españolas de salud pública. Las principales conclusiones resaltan distintos aspectos: la construcción histórica de identidades profesionales sexuadas; la existencia de una segregación vertical en las sociedades científicas y en los equipos editoriales de las revistas; la existencia de prácticas androcéntricas en las revistas científicas que se manifiestan en el estilo de firma mediante la inicial del nombre; la inexistencia en las sociedades científicas de datos recogidos por sexo; las dificultades que todo ello supone para las investigaciones cuantitativas aplicando la variable sexo y una perspectiva de género, y la necesidad de fomentar la investigación cualitativa sobre el tema.

Palabras clave: Género y profesión médica. Médicas. Salud pública. Asociacionismo médico. Periodismo médico. Historia de la medicina.

Abstract

In this article we review the main results of historical-social research on gender and medical practice, propose a model for applying a gender perspective to the study of healthcare professions, and analyze some current forms of gender bias in Spanish public health societies and publications. The main conclusions indicate: the historic construction of gendered professional identities; the existence of vertical segregation by sex in scientific societies and in journal editorial boards; the existence of androcentric practices in the scientific journals, exemplified by the style of using the initial letter of the authors' first name; the fact that scientific societies do not collect data by sex; the difficulties that all of this implies for quantitative investigations that study the sex variable and adopt a gender perspective; and the need to promote qualitative research on the issue.

Key words: Gender identities. Physicians women. Public health. Medical societies. Medical journalism. History of Medicine.

Introducción. Modelos de profesionalización en el campo de la salud

Desde los años sesenta la sociología de las profesiones ha elaborado diferentes modelos para explicar la organización y la estructura de la medicina. El modelo de más éxito lo acuñó Freidson¹, un sociólogo norteamericano que vio en la práctica médica el prototipo de profesión basada en la posesión de un monopolio de saber y de práctica, en el dominio sobre la propia actividad y otras afines, y en la autonomía en las formas de organización como grupo. La propuesta de Freidson ha sido desde entonces matizada, mejorada, cuestionada o rechazada por diversos autores y autoras que han construido modelos alternativos²⁻⁴.

La historia y la sociología de las profesiones sanitarias en el ámbito europeo señalan que el modelo de Freidson responde mejor al sistema liberal norteamericano de organización sanitaria que al de los Estados del Bienestar europeos y concluyen con el rechazo al modelo único de profesión y proceso de profesionalización, y con la propuesta de diseñar diversos modelos explicativos en función de los tipos de profesiones y especialidades, según los países y las distintas épocas².

Dichos modelos tienen en común que parten de la idea de la homogeneidad intraprofesional y que todos mantienen una perspectiva androcéntrica. De acuerdo con el criterio de homogeneidad, las elites profesionales y los órganos de representación y/o poder de la profesión médica se equiparan con la generalidad de la profesión y no se tienen en cuenta las diferencias jerárquicas, económicas o entre especialidades².

La mirada androcéntrica no tiene en cuenta las diferencias por razón de sexo, ni siquiera contempla la existencia de mujeres y/o hombres en las profesiones sanitarias⁵⁻⁶, y utiliza los términos «médico/s» o «profesional/es» como si fueran sexualmente neutros, ambiguos, genéricos o universales en vez de masculinos.

El objetivo de este trabajo es proponer un modelo de aplicación de la categoría género al estudio de las profesiones sanitarias, hacer una revisión de los principales resultados de la investigación histórica sobre género y prácticas de salud, y analizar algunas formas actuales de diferencias de género en asociaciones y publicaciones españolas de salud pública.

La categoría género en el análisis de las profesiones sanitarias. Una propuesta metodológica

Estudiar la profesión y/o las formas de organización profesional incorporando una perspectiva de género implica llevar a cabo un proceso que trataremos de esquematizar⁷.

El primer paso es tener en consideración el hecho de que las profesiones las construyen y las practican personas, hombres o mujeres, y que en las profesiones, como en cualquier colectivo humano, el sexo es un determinante de las oportunidades sociales de sus componentes. Se trata, pues, de empezar lanzando una mirada sexuada a la práctica profesional e identificar la presencia de hombres y mujeres, así como de los espacios que ocupan en las profesiones sanitarias. Formular los porqués de los primeros datos obtenidos (por qué hay más mujeres, o más hombres, o sólo hombres o sólo mujeres) en las distintas profesiones, las especialidades médicas y los puestos de responsabilidad, representación y toma de decisiones, etc., puede ser el punto de partida.

Además, será conveniente establecer qué relaciones de poder, de jerarquía o de autoridad se dan dentro de una profesión o entre profesiones distintas, teniendo en cuenta si existe una tradición de práctica masculina o femenina, los niveles actuales de feminización y los lugares donde se encuentran los hombres y las mujeres. La identificación de la existencia de conflictos, pactos y rupturas, así como los elementos de continuidad y transformación de estas relaciones es un elemento clave e insuficientemente analizado para el caso español.

Otro aspecto que corresponde estudiar se refiere a las definiciones de la práctica profesional que hacen las y los profesionales, las instituciones y las personas no expertas, así como identificar los valores y símbolos de género que se utilizan para ello. Hay que analizar y tener

presentes los sesgos de género que puedan subyacer a las ideas dominantes sobre «la mujer» como ser biológico y social, y tener en cuenta el papel que éstos desempeñan en el ámbito de trabajo cotidiano, en la investigación y en la asistencia médica.

En este proceso de análisis, otro elemento es estudiar la experiencia de las y los profesionales y constituir a las mujeres en objeto de estudio, analizar las relaciones profesionales que éstas construyen entre sí y las iniciativas femeninas profesionales de carácter colectivo, en forma de asociaciones, redes, foros, etc.⁸. Hay que combinar el análisis de la discriminación, la segregación y la subordinación de las mujeres en las profesiones sanitarias y las especialidades médicas, con la reflexión sobre el valor del trabajo que ellas han realizado y realizan, con el análisis de sus experiencias profesionales y de su propia subjetividad⁹, teniendo siempre presente, y evitando, el riesgo de la esencialización y el determinismo cultural.

Procesos históricos de exclusión y segregación de las mujeres de las profesiones sanitarias

A lo largo de la historia, las diferentes profesiones y actividades sanitarias han ido construyendo identidades profesionales sexuadas (masculinas o femeninas) y que han ido variando según los momentos históricos. La consecución de esa identidad se ha basado en la selección de los miembros del grupo profesional en función de su sexo y en la incorporación de valores de género a las prácticas sanitarias.

Desde la creación de las universidades en el siglo XIII hasta finales del siglo XIX, cuando las primeras mujeres empiezan a estudiar y a practicar la medicina, los miembros de la profesión fueron exclusivamente hombres como consecuencia de la aplicación de políticas activas de exclusión de las mujeres de la práctica médica y de segregación en otros espacios laborales que se configuraron como «adecuados» para ellas¹⁰. La incorporación a la actividad profesional de valores y conductas codificados como masculinos o propios de hombres también ha sido un proceso activo¹¹ e históricamente cambiante, que ha incluido la recodificación de género, en virtud de la cual las técnicas, las habilidades o los espacios considerados femeninos se convierten en masculinos, como sucede con la atención al parto en los siglos XVIII y XIX¹²; o bien al revés, se feminizan, como sucedió con la técnica de diagnóstico y tratamiento por empatía introducida en los años veinte en la medicina, que 40 años después se transformó en habilidad intuitiva, «femenina» y poco científica¹³.

El progresivo aumento de las mujeres en la profesión médica durante el siglo XX se acompañó de pro-

cesos de segregación interna y la creación de espacios profesionales cargados de valores de género. En estos procesos tomaron parte tanto hombres como mujeres: los primeros tratando, en general, de acotar espacios donde recluirlas; ellas, buscando la forma de asentarse en la profesión y construir sus propios perfiles identitarios. El resultado fue una práctica que, igual que sucede en otros campos de la ciencia, todavía hoy concentra a las mujeres en algunas especialidades (sobre todo generalistas y de diagnóstico, con pocas variaciones entre los países occidentales)^{6,14,15}, no facilita su acceso a los puestos de toma de decisiones y de representación, no respeta sus preferencias en el uso de los tiempos y no promueve su trabajo como investigadoras¹⁶.

Las mujeres profesionales de la salud pública en la sociedad industrial

Existe una vinculación entre las médicas y el campo de la salud pública que data de la segunda mitad del siglo XIX, cuando algunas mujeres burguesas empezaron a estudiar medicina y a ejercer la profesión, y muchas otras se involucraron en iniciativas filantrópicas de carácter sanitario¹⁷; una época, también, en la que la higiene pública se empezaba a constituir como un campo científico de la medicina¹⁸. Las médicas pioneras europeas consideraron la higiene y la medicina preventiva como un campo donde ellas podían ejercer influencia y tener autoridad, como un ámbito de su competencia que, además, en palabras de Jex-Blake, una de las primeras médicas británicas, era «la tarea más noble de la medicina». Al objetivo de educar a las mujeres en principios básicos de la higiene y la fisiología se unieron las médicas en calidad de educadoras, y muchas de ellas dedicaron buena parte de su trabajo a la divulgación, especialmente entre mujeres, con el objeto de preservar su salud y la de sus familias. La London School of Medicine for Women, una escuela de medicina exclusiva para mujeres, fue una de las primeras facultades británicas donde la higiene formó parte del currículum médico con la categoría de asignatura. El interés de las médicas por la higiene y la medicina preventiva tenía mucho de ideológico, pues confiaban en su poder reformador de la sociedad y en su capacidad para rebatir muchos prejuicios y mejorar la posición social de las mujeres¹⁹⁻²¹.

Las médicas norteamericanas dedicadas a la salud pública crearon en 1920 la primera sociedad médica especializada exclusiva de mujeres (Association for Women in Public Health), incorporando a la especialidad los intereses que eran comunes a todas las asociaciones profesionales de médicas: la defensa de su trabajo como mujeres profesionales y la

apuesta por estudiar y mejorar la salud de las mujeres^{8,22-23}.

A través de la enfermería, también la salud pública fue, en la primera mitad del siglo XX, un espacio abierto a las mujeres, especialmente en su faceta de medicina preventiva materno-infantil y de inspección de domicilios de las clases trabajadoras²⁴⁻²⁶.

Esta tradición femenina en el sector de la salud pública puede ser uno de los elementos que han contribuido a que sea todavía hoy uno de los espacios más feminizados y más abiertos a la promoción en igualdad de las médicas especialistas²⁷.

Profesionales de la salud pública en España durante el año 2003

Para ilustrar con algunos datos actuales nuestra aproximación histórica y teórica, nos propusimos hacer una breve indagación sobre las desigualdades de género y jerárquicas en el campo de la salud pública, y nos planteamos hacer un pequeño estudio comparativo sobre la participación de mujeres y hombres en algunas sociedades científicas y revistas profesionales españolas de salud pública, animadas por la existencia de algunos trabajos previos relacionados con el tema, publicados²⁸⁻²⁹ o sin publicar*.

Las sociedades estudiadas no nos proporcionaron los datos que solicitamos por sexo y titulación profesional de sus socios, alegando la imposibilidad de disponer fácilmente de ellos. Optamos por limitarnos a los datos sobre las juntas directivas de algunas sociedades que estaban a disposición pública en sus sitios web en Internet.

Respecto a las revistas, hemos comprobado que es una costumbre arraigada entre bastantes revistas españolas médicas y de salud pública que los nombres de sus autoras y autores se consignen mediante la inicial, una práctica androcéntrica y ciertamente original que no sigue ninguna de las revistas extranjeras (norteamericanas, europeas, latinoamericanas y canadienses) de salud pública consultadas, ni la mayoría de las revistas médicas internacionales. Esta práctica dificulta la investigación sobre la productividad científica aplicando la variable sexo y, con ello, el cumplimiento de las directrices científicas comunitarias³⁰. Para la obtención de nuestros datos, consultamos los índices anuales

*Larizgoitia I, Artazcoz L, Borrell C. Representación femenina en SESPAS y algunas sociedades integradas. En: SESPAS. Grupo Género y Salud Pública. Observatorio de desigualdades por género. Disponible en: <http://www.sespas.es>; Ortega R, Ortiz Gómez T, Fernández Pugnare MÁ, Peña M. Dermatología española y género ¿Androcéntrico? (póster). XIX Congreso Nacional de Dermatología y Venereología. Barcelona, 20-23 de junio de 2001.

les de las revistas y la composición de sus equipos editoriales según aparecen en las ediciones electrónicas accesibles a través de Internet a comienzos de 2003. Fuimos desvelando las firmas con iniciales (alrededor de 1.500) mediante el cruce de listas de profesionales del área y las consultas a personas expertas. Las cifras que utilizamos se refieren al número de personas que han publicado durante los períodos que se indican, independientemente del número de artículos publicados por cada una y de su posición en los de autoría múltiple.

Sociedades científicas

A comienzos del año 2003, las juntas directivas de la Sociedad Española de Medicina Preventiva (SEMPSP), la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), la Asociación de Economía de la Salud (AES) y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) estaban compuestas por mujeres en proporciones que oscilan entre el 20% (SESPAS) y el 50% (SEMPSP), unas cifras que en la mayoría de las asociaciones parecen no representar adecuadamente la proporción de socias (tabla 1).

No hemos podido conocer el número total de socias y socios y los únicos datos que tenemos sobre el número de mujeres en algunas de estas sociedades datan de 1999²⁸, aunque cabe suponer que en estos 6 años las proporciones de socias hayan aumentado en todas ellas, como lo han hecho en el conjunto de la profesión médica; en cualquier caso, la AES es la única sociedad de las estudiadas que tiene una mayor representación de mujeres en la junta de 2003 (44,4%) que entre sus socios de 1997 (30%). En el resto sucede al contrario: la SEE tiene en su junta de 2003 un 28,6% de mujeres, aunque tenía hace ya 6 años un 46% de socias; en SESPAS las proporciones son del 20% en la junta de 2003 (anterior a las elecciones de mayo de 2003) y el 41% entre los socios de 1997. SESPAS es la sociedad con menor número de mujeres en su junta; incluso si no tenemos en cuenta los 9 hombres y una mujer, que representan a diversas sociedades y que hemos incluido en el cuadro entre los vocales, la relación sería de 3 mujeres y 7 hombres (30%), también la más baja de las estudiadas*.

Los datos disponibles en Internet de la AES desde 1988 indican, por otra parte, que la alta participación de mujeres en su junta directiva es muy reciente, de hace apenas 4 años; con anterioridad, durante los años 1988-1990 no hubo en la junta representación feme-

*Los datos sobre la presencia de mujeres y hombres en las juntas de SEE, AES y SESPAS se pueden encontrar en el trabajo de Larizgoitia I, Artazcoz L, Borrell C. Representación femenina en SESPAS y algunas sociedades integradas. En: SESPAS. Grupo Género y Salud Pública. Observatorio de Desigualdades por género. Disponible en: <http://www.sespas.es>

Tabla 1. Mujeres y hombres en los equipos directivos de sociedades profesionales de salud pública (2003)

Cargos	SEE	SEMPSP	AES	SESPAS	Total sociedades
	M/H	M/H	M/H	M/H	(M/total)
Presidencia	0/1	0/1	0/1	0/1	0/4
Vicepresidencia	0/1	0/1	1/1	1/0	2/4
Secretaría	0/1	1/0	0/1	0/0	1/3
Tesorería	1/0	1/0	1/0	0/1	–
Vocalías	1/2	2/2	2/2	3/14 ^a	8/28
Total directiva	2/5	4/4	4/5	4/16	14/44

H: hombre; M: mujer; SEE: Sociedad Española de Epidemiología; SEMPSP: Sociedad Española de Medicina Preventiva; AES: Asociación de Economía de la Salud; SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

^aSe incluyen las/los representantes por sociedades.

Fuente: Páginas electrónicas de las Sociedades, consultadas en enero de 2003. Elaboración propia.

nina, desde 1991 a 1998 hubo entre una y 2 mujeres, y a partir de 1999, 3 mujeres.

La distribución según los cargos muestra que los puestos donde se concentran las mujeres son las tesorerías y las vocalías, y que no hay presidentas, una pauta que coincide con la de otras sociedades especializadas, como la de dermatología.

Equipos editoriales y difusión científica

La distribución por sexo de las personas que integran los equipos editoriales de las revistas *Gestión Hospitalaria*, *Gestión Sanitaria* y *Revista Española de Salud Pública* en el año 2003, revela la presencia mayoritaria de hombres; *Gestión Hospitalaria* es la que cuenta con una mayor proporción de mujeres (tabla 2). Los porcentajes por sexo de *Gestión Sanitaria* están muy condicionados por el elevado número de firmas con inicial, por lo que habría que desvelar las identidades desconocidas para sacar conclusiones respecto a la participación por sexos. La participación de mujeres según las responsabilidades editoriales varía según las revistas pero, en general, parece que es más alta entre los equipos asesores y de evaluación y más baja en los de dirección (tablas 3-5).

Respecto a la autoría según sexo en las revistas españolas de salud pública, quizá lo más notable sea destacar la elevada proporción de firmas que figuran con la inicial del nombre propio y que impiden la atribución de sexo (tabla 6).

Omitiendo las firmas no identificadas y las de grupos, la participación de mujeres como autoras o coautoras de artículos varía según las revistas y parece que es más alta en *Revista Española de Salud Pública* y *Gestión Sanitaria*. La comparación con el estudio de Schiaffino et al²⁹ apunta algunas cuestiones interesantes. En primer lugar, la participación de mujeres en

Tabla 2. Mujeres y hombres en los equipos editoriales de 3 revistas de salud pública (2002)

Revistas	Mujeres	Hombres	Sexo desconocido	Total
<i>Gestión Hospitalaria</i>	12	41	0	53
GACETA SANITARIA	8	43	34	85
<i>Revista Española de Salud Pública</i>	26	98	0	124

Fuente: Páginas electrónicas de las revistas, consultadas en enero de 2003. Elaboración propia.

Tabla 3. Mujeres y hombres en el equipo editorial de la revista *Gestión Hospitalaria* (2002)

Órganos	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres (%)
Comité directivo editorial	1	2	3	33,33
Consejo editorial	3	10	13	23,08
Comité asesor	4	3	7	57,14
Comisión ejecutiva	1	5	6	16,67
Consejo federativo	3	21	24	12,50
Total	12	41	53	22,64

Fuente: Páginas electrónicas de las revistas, consultadas en enero de 2003. Elaboración propia.

Tabla 4. Mujeres y hombres en el equipo editorial de la revista GACETA SANITARIA (2002)

Órganos	Mujeres	Hombres	Sexo desconocido	Total
Dirección	0	1	0	1
Equipo editorial	2	7	0	9
Consejo editorial	3	30	24	57
Junta directiva de SESPAS	3	5	10	18
Total	8	43	34	85

Fuente: Páginas electrónicas de las revistas, consultadas en enero de 2003. Elaboración propia.

Tabla 5. Mujeres y hombres en el equipo editorial de la *Revista Española de Salud Pública* (2002)

Órganos	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres (%)
Comité de redacción	2	2	4	50,00
Comité de honor	4	14	18	22,22
Comité científico	20	82	102	19,61
Total	26	98	124	20,97

Fuente: Páginas electrónicas de las revistas, consultadas en enero de 2003. Elaboración propia.

la producción científica española en materia de salud pública es bastante elevada y la proporción de firmas de mujeres está acorde con el número que hay en el área o, al menos, cercana a la proporción de socias

Tabla 6. Autoras y autores de artículos en 3 revistas de salud pública (1991-2002)

Revistas (años)	Autoras	Autores	Grupos	Sexo desconocido	Total de firmantes
<i>Gestión Hospitalaria</i> (1998-2002)	26	91	3	81	203
GACETA SANITARIA (1996-2002)	259	317	0	826	1.402
<i>Revista Española de Salud Pública</i> (1991-2002)	696	860	23	81	1.660

Fuente: Sumarios electrónicos e índices de las revistas disponibles a través de Internet. Consulta realizada en enero de 2003. Elaboración propia.

en las asociaciones profesionales²⁸. Sin embargo, la mayoría de estas mujeres no figuran como primeras firmantes de los artículos, lo que muestra, una vez más, que su forma de incorporación y participación en los equipos de trabajo está todavía subordinada respecto a sus compañeros hombres, que lideran los equipos de investigación, igual que las sociedades profesionales.

Conclusiones y recomendaciones

A pesar del aumento del número de mujeres presentes en la profesión médica y de la mayor participación de éstas en puestos de responsabilidad y toma de decisiones, los datos disponibles —escasos para España, y más abundantes para otros países europeos y occidentales— sugieren que existen desigualdades de género dentro de la profesión y del campo de la salud pública. Tales desigualdades se manifiestan en procesos de segregación vertical que dificultan la participación de las mujeres en puestos de responsabilidad, poder y autoridad profesional y científica.

Las sociedades profesionales y los órganos de expresión deben impulsar activamente la incorporación de mujeres a los órganos de gestión y toma de decisiones, con la utilización de medios eficaces para ello, y cuestionar y modificar las formas habituales de cooptación y usos de los tiempos para favorecerlo.

Las revistas médicas españolas, las de salud pública, y especialmente GACETA SANITARIA, deben propiciar que los nombres de sus colaboradoras/es figuren completos, sin iniciales. Además, sería conveniente proponer que la firma con nombre completo sea considerada criterio de normalización bibliográfica y de calidad formal de las revistas científicas.

Es necesario establecer pautas de gestión administrativa que permitan generar estadísticas y obtener datos para la investigación con facilidad. Para ello, las

instituciones, las asociaciones profesionales, los medios de comunicación científica, etc., deben proponerse la creación de bases de datos con información por sexo y titulación, entre otras variables.

Se debe potenciar la investigación sobre las posibilidades de promoción y representatividad en función de la titulación, la especialización o el puesto de trabajo dentro de los órganos de representación, los medios de expresión científica y los puestos de responsabilidad profesional.

Se debe potenciar la investigación sobre las causas de la desigual integración de las mujeres en todos los ámbitos citados y en el conjunto del sistema sanitario.

Para todo ello, es imprescindible utilizar no sólo métodos cuantitativos, sino también cualitativos, que analicen los discursos hegemónicos y las percepciones subjetivas de los profesionales de ambos sexos, la existencia o no de identidades colectivas y las representaciones que tienen las y los usuarios sobre las profesiones sanitarias.

Bibliografía*

1. Freidson E. La profesión médica. Un estudio sobre sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1970.
2. Burrage M, Torstendahl R. Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions. London: Sage, 1990.
3. Hafferty FW, McKinlay J, editors. The changing medical profession. An international perspective. Oxford: Oxford University Press, 1993.
4. Witz A. Professions and patriarchy. London: Routledge, 1995.
5. Riska E, Weigar K, editors. Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour. London: Sage, 1993.
6. Riska E. Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Soc Sci Med* 2001;52:179-87.
7. Ortiz Gómez T. El género, organizador de las profesiones sanitarias. En: Miqueo C, et al, editores. Perspectivas de género en salud. Madrid: Minerva, 2001; p. 39-61.
8. Ortiz Gómez T. Espacios de sociabilidad femenina en la profesión médica en los siglos XIX y XX. En: Frías V, editora. Las mujeres y la ciencia ante el siglo XXI. Madrid: Universidad Complutense, 2001.
9. Borderías C, Carrasco C, Alemany C. Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales. Barcelona: Icaria-Fuhem, 1994; p. 77-91.
10. Cabré i Pairet M, Ortiz Gómez T, editores. Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XIII-XIX. Barcelona: Icaria, 2001.
11. Pelling M. Compromised by gender: the role of the male medical practitioner in early modern England. En: Marland H, Pelling M, editors. The task of healing. Medicine, religion and gender in England and Netherlands, 1450-1800. Rotterdam: Erasmus Pub., 1996; p. 101-34.
12. Ortiz Gómez T, Martínez Padilla C. How to be a midwife in late nineteenth-century Spain. En: Marland H, Rafferty AM, editors. Midwives, society and childbirth. Debates and controversies in the modern period. London: Routledge, 1997; p. 61-80.
13. More ES, Milligan M, editors. The empathic practitioner. Empathy, gender and medicine. New Brunswick- New Jersey: Rutgers University Press, 1994.
14. Gjerberg E, Kjolsrod L. The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Soc Sci Med* 2001;52:189-202.
15. Ortiz Gómez T, Delgado Sánchez A, Sánchez D, Távora Rivero A. Ser mujer y médico en la España de los años sesenta. *Asparkia* 2001; p. 125-36.
16. Informe ETAN. Política científica de la UE. Promover la excelencia mediante la integración de la igualdad de entre géneros. Luxemburgo: Comunidades Europeas, 2001. Disponible en: internet <http://www.cordis.lu/improving/women/documents.htm>
17. Williams P. The laws of health: Women, medicine and sanitary reform, 1850-1890. En: Benjamin M, editor. Science and sensibility gender and scientific enquiry, 1780-1945. Oxford, Cambridge: Blackwell, 1991; p. 60-88.
18. Rodríguez Ocaña E. La salud pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *Rev San Hig Pub* 1994;68 (Supl): 11-27.
19. Thomson E. Physiology, hygiene and the entry of women to medical profession in Edinburg, c. 1869-c. 1900. *Stud Hist Philos Sci Part C* 2001;32:105-26.
20. Fee E, Greene B. Science and social reform: women in public health. *J Public Health Pol* 1989;10:161-77.
21. Wells S. Out of the dead house. Nineteenth-century women physicians and the writing of medicine. Madison: Wisconsin University Press, 2001.
22. More ES. The American Medical Women's Association and the role of the woman physician, 1915-1990. *JAMA* 1990;45: 165-80.
23. Walker L. Conservative pioneers: the formation of the South African Society of Medical Women. *Soc Hist Med* 2001;14:483-505.
24. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977). Alicante: Universidad de Alicante, 1999.
25. Ruiz Somavilla MJ, Jiménez Lucena I. Un espacio para mujeres, el servicio de divulgación y asistencia sanitario-social en el primer franquismo. *Historia Social* 2001;39:67-86.
26. Freeman S. Constructing the pediatric nurse: Eugenics and the gendering of infant hygiene in early twentieth-century Berlin. *Dynamis* 1999;19:353-77.
27. Kvaerner KJ, Aasland OG, Botten GS. Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ* 1999;318:91-4.
28. Colomer Revuelta C, Peiró Pérez R. ¿Techos de cristal o escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gac Sanit* 2002;16:358-60.
29. Schiaffino A, García M, Fernández E. Autoría y presentación de resultados según el género en cuatro revistas biomédicas españolas. *Gac Sanit* 2001;15:251-4.
30. Proposición no de Ley relativa a la mejora de la situación de la mujer en la ciencia y la tecnología. Congreso Diputados. BOCG, 8 de agosto de 2002 (serie D-n.º 435).

*Usamos estas normas por imperativos editoriales. Preferimos usar otras, como las ISO-690, ANSI-AM National Standards o Harvard, habituales en muchas publicaciones científicas, en las que el nombre propio se escribe completo y permite visualizar fácilmente la autoría según el sexo. En la bibliografía, 23 de las primeras firmas son de autoras, 5 de autores y 2 son institucionales.