

**MU
SA** MUJERES DE
LA SANIDAD
EN ANDALUCÍA

II INFORME MUSA

MENTORING Y LIDERAZGO FEMENINO EN LA SANIDAD ANDALUZA



PROMUEVE



euromedia comunicación
grupo

PATROCINA



ÍNDICE

1. Antecedentes	3
2. Objetivo	3
3. Marco conceptual	4
4. Modelos y formatos de mentoring en sanidad	6
5. Fidicultades del montoring femenino en sanidad	7
6. La percepción de las directivas sanitarias andaluzas	8
7. Notas y referencias bibliográficas	12

1. ANTECEDENTES

El I Informe MUSA evidenció una paradoja estructural: amplia mayoría femenina en las profesiones sanitarias y clara minoría en los espacios de proyección y representación.



Redes sociales

Solo el 12% de la muestra supera los 1.000 seguidores en LinkedIn y solo el 2% actualiza con frecuencia.



Medios de comunicación

Solo el 26% de las noticias en prensa, radio y televisión están protagonizadas por mujeres.

Solo el 34% de las fuentes informativas en medios son mujeres.

A pesar de esta escasa actividad, el Informe mostró una creciente conciencia sobre la vinculación entre visibilidad y liderazgo.

El 76% de las mujeres directivas sanitarias andaluzas están presentes en al menos una red social.

Testimonios cualitativos:



“Estoy convencida de que la visibilidad ayudaría a este acceso de la mujer a la función directiva. Las RRSS son clave en esa visibilización y pueden ayudar a posicionar a la mujer.”

“La visibilidad que las redes proporcionan es una herramienta vital para transformar el acceso a la función directiva y apoyar la equidad.”



2. OBJETIVO

La literatura internacional demuestra que la mentoría constituye uno de los factores más relevantes en la progresión profesional de las mujeres en sectores altamente feminizados pero jerárquicamente masculinizados¹.

Si el primer informe abordó la visibilidad como palanca de liderazgo, este segundo informe analiza el papel del mentoring como mecanismo estructural de acceso, consolidación y sostenibilidad del liderazgo femenino en la sanidad andaluza.

3. MARCO CONCEPTUAL



Mentoring: definición y evidencia general

El mentoring es una relación de desarrollo profesional —formal o informal— en la que una persona con mayor experiencia (mentora o mentor) ofrece orientación, apoyo estratégico y acompañamiento a otra con menor trayectoria con el objetivo de facilitar su crecimiento profesional y acceso a oportunidades².

La investigación acumulada durante cuatro décadas muestra que el mentoring se asocia con:

- Mayor probabilidad de promoción y acceso a posiciones directivas³
- Incremento de la autoeficacia y confianza profesional⁴
- Mayor satisfacción laboral y compromiso organizativo³
- Ampliación de redes de influencia y capital social¹⁰



Mentoring en el ámbito sanitario

El sector sanitario presenta características estructurales que otorgan al mentoring una relevancia específica:

- Trayectorias profesionales largas y altamente especializadas
- Sistemas jerárquicos consolidados
- Alta presión asistencial
- Evaluación basada en mérito clínico, investigador y docente

La literatura en medicina académica demuestra que el mentoring en salud se asocia con:

- Mayor producción científica y acceso a plazas universitarias⁵
- Mayor probabilidad de asumir jefaturas clínicas⁵
- Mayor permanencia en carreras académicas hospitalarias⁶
- Mayor percepción de apoyo institucional⁵



Mentoring con perspectiva de género

La investigación distingue entre mentoring general y mentoring con enfoque de género.

Las mujeres profesionales, especialmente en sectores donde los niveles superiores siguen masculinizados, encuentran barreras adicionales:

- Sesgos implícitos en promoción
- Menor acceso a redes informales de poder
- Penalización de estilos de liderazgo no normativos

Los estudios longitudinales muestran que las mentoras mujeres aportan:

- Modelos de rol identificables (role modelling)⁷
- Estrategias para afrontar sesgos estructurales⁸
- Apoyo psicosocial diferencial⁹



Mentoring femenino en la sanidad

La intersección entre género y sanidad presenta una singularidad: el sistema es mayoritariamente femenino en su base profesional, pero persiste una brecha significativa en los niveles de dirección y liderazgo académico.

En este contexto, el mentoring femenino en sanidad cumple funciones adicionales:

- Compensar la escasez histórica de modelos de liderazgo femenino en posiciones superiores¹¹
- Facilitar la navegación en estructuras hospitalarias jerárquicas tradicionalmente masculinizadas¹²
- Reducir la brecha en promoción académica y acceso a jefaturas clínicas⁵
- Generar redes horizontales de apoyo entre directivas sanitarias¹³

Estudios en medicina académica muestran que las mujeres con acceso a mentoring estructurado presentan mayores tasas de promoción y mayor percepción de pertenencia institucional⁵.



4. MODELOS Y FORMATOS DE MENTORING EN SANIDAD

A Mentoring formal vs. mentoring espontáneo

Mentoring formal (estructurado)



Ventajas: mayor probabilidad de promoción y acceso a posiciones ejecutivas¹⁴, posibilidad de evaluación de impacto¹⁴ y reducción de desigualdades en el acceso³.



Limitaciones: puede percibirse como burocrático² y requiere recursos organizativos y compromiso directivo.

Mentoring espontáneo (informal)



Ventajas: mayor confianza interpersonal y apoyo psicosocial⁹, flexibilidad y adaptación al entorno clínico².



Limitaciones: acceso desigual³ y menor garantía de impacto estructural¹⁴.

B Mentoring descendente vs. mentoring inverso

Mentoring descendente (modelo clásico)

Facilita transferencia de capital relacional y estratégico¹⁰ y acceso a redes de poder³. Cuenta con evidencia sólida en promoción académica y clínica⁵.

Mentoring inverso

Favorece innovación organizativa¹⁶ y liderazgo colaborativo, aunque dispone de menor evidencia longitudinal.

C Mentoring organizativo vs. mentoring sectorial en red

Mentoring organizativo (intra-hospitalario/centro)

Permite aplicación directa al contexto real de promoción y mayor alineación con objetivos institucionales⁵.

Mentoring sectorial en red

Amplía referentes⁷, reduce aislamiento y genera capital social transversal¹⁰.

En resumen

La evidencia científica sugiere que ningún modelo es suficiente por sí solo.

Los programas formales mejoran promoción y equidad¹⁴.

Los informales fortalecen apoyo psicosocial⁹.

Los descendentes facilitan acceso a poder³.

Los inversos impulsan innovación¹⁶.

El diseño estratégico del mentoring femenino en sanidad debe combinar estas dimensiones para maximizar impacto estructural.

5. DIFICULTADES DEL MENTORING FEMENINO EN SANIDAD



Falta de tiempo y presión asistencial

La sobrecarga clínica y la multiplicidad de funciones en el ámbito sanitario limitan de manera significativa el tiempo disponible para el mentoring¹.

La evidencia científica muestra que esta presión asistencial afecta especialmente a mujeres médicas en etapas intermedias y de consolidación profesional¹⁷, momentos clave para la promoción y el acceso a responsabilidades directivas.

Sin tiempo protegido ni reconocimiento formal dentro de la jornada laboral, el mentoring pierde continuidad, sistematicidad e impacto estructural.



Síndrome de la impostora y legitimidad profesional

Entre el 60% y el 70% de mujeres en posiciones de responsabilidad sanitaria reportan experiencias asociadas al denominado síndrome de la impostora¹³.

Esta autopercepción de insuficiente legitimidad puede limitar la aspiración a puestos de liderazgo y reforzar la autoexigencia diferencial.

El mentoring actúa como mecanismo de validación externa y de normalización de trayectorias profesionales no lineales. Sin embargo, cuando no existe cultura de acompañamiento estructurado, estas dinámicas pueden perpetuarse.



Déficit de cultura institucional

En numerosos entornos sanitarios el mentoring no está formalmente integrado en las políticas organizativas ni en los planes de desarrollo directivo.

Sin reconocimiento institucional:

- No se evalúa su impacto
- No se incentiva la dedicación
- No se incorpora a los criterios de promoción

La evidencia muestra que las organizaciones con programas explícitos de mentoring y patrocinio presentan mayores niveles de equilibrio de género en puestos de dirección¹⁸.



Mentoring sin sponsorship

La literatura distingue claramente entre mentoring —orientación y acompañamiento— y sponsorship —promoción activa y apertura de oportunidades—¹⁰. Diversos estudios señalan que las mujeres reciben con mayor frecuencia consejo que patrocinio estratégico, lo que puede limitar el acceso real a posiciones de poder.

En estructuras jerárquicas como las sanitarias, el sponsorship resulta determinante para el salto hacia responsabilidades ejecutivas.

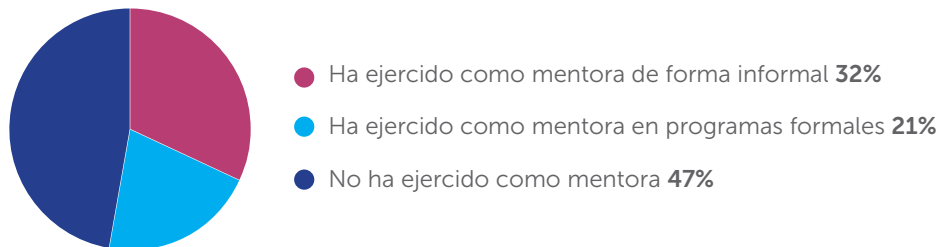
6. LA PERCEPCIÓN DE LAS DIRECTIVAS SANITARIAS ANDALUZAS

Contexto y objetivo de la encuesta

Se realizó una encuesta dirigida a 114 directivas sanitarias andaluzas, con el objetivo de trazar una radiografía clara sobre la experiencia real, la valoración estratégica y la viabilidad del mentoring femenino en la sanidad andaluza. Se recibieron 70s respuestas válidas.

Experiencia como mentora: más informal que estructurada

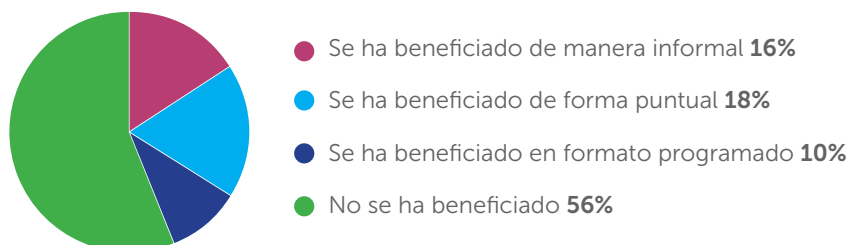
El 53% de las encuestadas ha ejercido como mentora en algún momento de su trayectoria profesional, frente al 47% que no lo ha hecho.



El dato revela que la práctica del mentoring existe, pero mayoritariamente de forma espontánea y no institucionalizada.

Experiencia como mentorizada: cultura aún incipiente

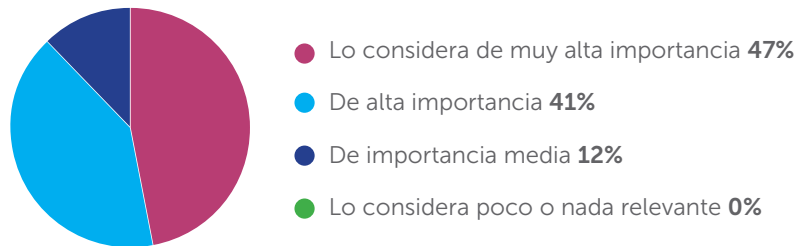
Solo el 44% afirma haberse beneficiado en algún momento del apoyo de una mujer mentora, frente al 56% que no ha contado con esta experiencia. Dentro del 44%:



La mayoría de directivas no ha contado con mentoring femenino estructurado en su carrera, lo que refuerza el carácter aún incipiente de esta cultura en el sector sanitario andaluz.

Alta valoración estratégica del mentoring femenino

La percepción sobre la importancia del mentoring femenino es prácticamente unánime:

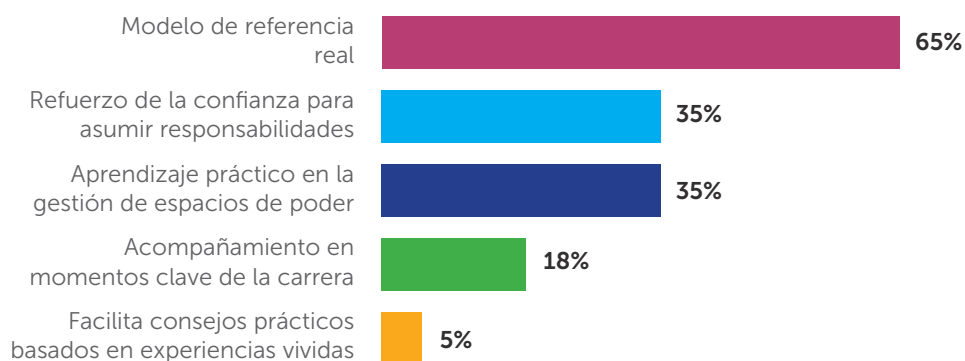


El 88% otorga al mentoring femenino una importancia alta o muy alta para el liderazgo de la mujer.

Existe, por tanto, una clara conciencia estratégica, aunque no siempre acompañada de experiencia estructurada.

¿Cómo contribuye el mentoring al liderazgo?

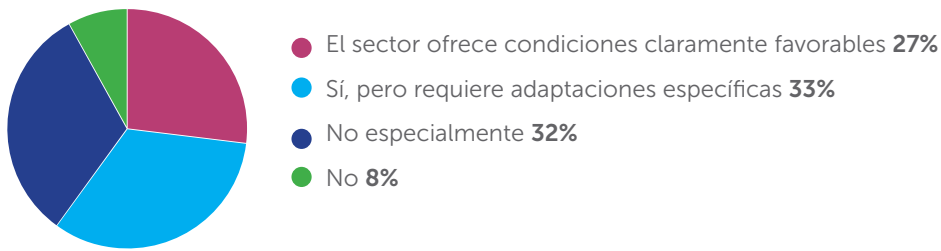
Las respuestas muestran que las directivas perciben el mentoring principalmente como:



El componente simbólico del role modelling aparece como eje central: ver que otra mujer ha liderado con éxito actúa como legitimación y horizonte de posibilidad.

¿Es la sanidad un entorno favorable?

La percepción es matizada:

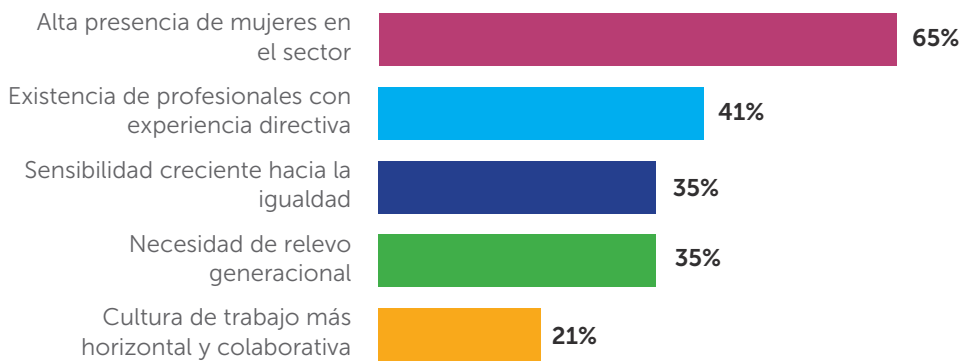


En conjunto, el 60% percibe potencial favorable, pero un 40% detecta limitaciones estructurales.

Se observa una visión realista: el sector tiene oportunidades, pero necesita diseño y voluntad institucional.

Oportunidades identificadas

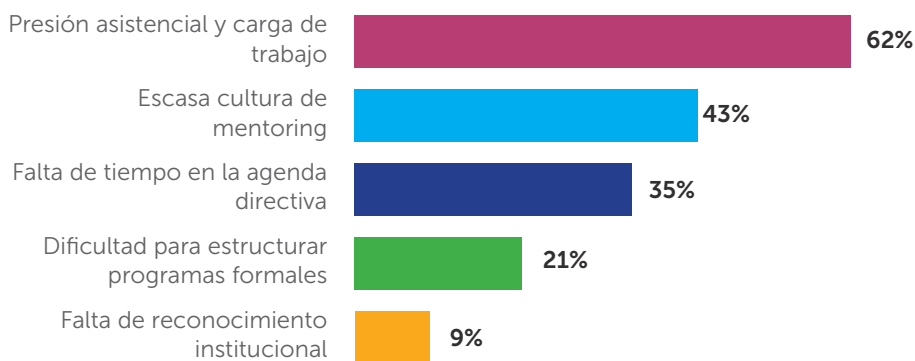
Las principales fortalezas señaladas son:



La masa crítica femenina constituye una base objetiva para desarrollar redes de mentoring.

Principales obstáculos

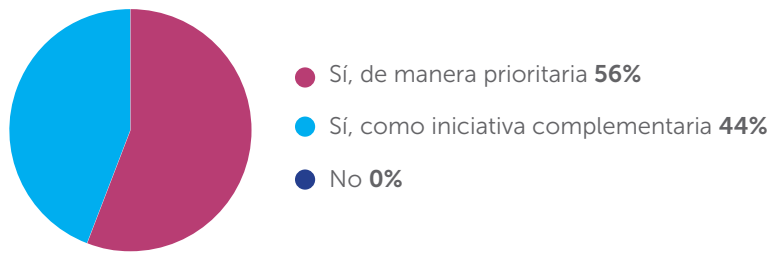
Las barreras percibidas se concentran en tres ámbitos:



El obstáculo no es conceptual, sino organizativo: el problema no es la convicción, sino la disponibilidad estructural.

Disposición a implantar programas

La voluntad de acción es muy elevada:



El 100% de las encuestadas introduciría mentoring femenino en su organización si estuviera en su mano.

Existe, por tanto, una base de liderazgo femenino dispuesta a impulsar políticas estructurales de mentoring.

Conclusiones

Los resultados permiten identificar una paradoja estructural:

- La mayoría no ha contado con mentoring estructurado en su carrera
- Sin embargo, casi nueve de cada diez lo consideran altamente estratégico
- Y el 100% lo implantaría si pudiera

Existe una ventana real de oportunidad para institucionalizar una cultura de mentoring femenino en la sanidad andaluza.

Si el I Informe MUSA evidenció la conciencia sobre la importancia de la visibilidad, el análisis actual demuestra que las directivas sanitarias andaluzas identifican el mentoring como una herramienta clave para consolidar liderazgo, reforzar confianza y facilitar el acceso a responsabilidades directivas.



7. NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eagly & Carli (2007). *Through the Labyrinth*. Harvard Business School Press.
2. Kram, K. (1985). *Mentoring at Work*. Scott Foresman.
3. Ragins & Cotton (1999). *Journal of Applied Psychology*.
4. Allen et al. (2004). *Personnel Psychology*.
5. Sambunjak et al. (2006). *JAMA*.
6. Files et al. (2008). *Academic Medicine*.
7. Lockwood (2006). *Journal of Personality and Social Psychology*.
8. Ibarra et al. (2013). *Harvard Business Review*.
9. Ragins & McFarlin (1990). *Academy of Management Journal*.
10. Ibarra, Carter & Silva (2010). *Harvard Business Review*.
11. European Commission (2022). *Women in Health Leadership Report*.
12. Sambunjak (2010). *Medical Education*.
13. Clance & Imes (1978); Villwock et al. (2016). *Academic Medicine*.
14. Allen et al. (2006). *Journal of Vocational Behavior*.
15. WHO (2019). *Delivered by Women, Led by Men*.
16. Murphy (2012). *Human Resource Management*.
17. Templeton et al. (2019). *The Lancet*.
18. McKinsey & Lean In (2023). *Women in the Workplace*.





II INFORME MUSA
**MENTORING Y LIDERAZGO FEMENINO
EN LA SANIDAD ANDALUZA**

PROMUEVE



euromedia comunicación
grupo

PATROCINA

