

GÉNERO EN EL SECTOR SALUD: FEMINIZACIÓN Y BRECHAS LABORALES

**APORTES PARA EL DESARROLLO
HUMANO EN ARGENTINA / 2018
NÚMERO 9**



*Al servicio
de las personas
y las naciones*



GÉNERO EN EL SECTOR SALUD:

FEMINIZACIÓN
Y BRECHAS LABORALES

**APORTES PARA EL DESARROLLO
HUMANO EN ARGENTINA / 2018
NÚMERO 9**



*Al servicio
de las personas
y las naciones*

Dedicamos esta publicación a la primera generación de médicas del país,
pioneras en la promoción de los derechos de las mujeres.

© Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018
Esmeralda 130, 13 piso (C1035ABD) Buenos Aires, Argentina
www.ar.undp.org

Todos los derechos reservados. Queda prohibido reproducir, transmitir o almacenar en un sistema de recuperación cualquier parte de esta publicación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado o de otro tipo, sin autorización previa.

El análisis y las recomendaciones de políticas contenidas en este trabajo no reflejan necesariamente las opiniones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, de su Junta Ejecutiva o de sus Estados miembros. El trabajo es una publicación independiente encargada por el PNUD y es fruto del esfuerzo de un equipo de prestigiosos consultores y asesores y del equipo encargado de los *Aportes para el desarrollo humano en Argentina / 2018*.

Hecho el depósito que marca la ley 11.723.
Prohibida su reproducción total o parcial.

Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD, 2018
116 pp; 280x215 cm.

ISBN 978-987-1560-77-6

1.Estudios de Género, 2.Desarrollo Humano.

Fecha de catalogación: 23/02/2018

**Representante Residente del PNUD y Coordinador Residente
del Sistema de las Naciones Unidas en Argentina**

René Mauricio Valdés

Directora de País del PNUD Argentina

Silvia Morimoto

Directores de la serie Aportes

Gabriela Catterberg y Ruben Mercado

Asesoras

Andrea Balzano y Alejandra García

Investigadores principales

Gabriela Catterberg, Isabel Duré, Juan Martín Bustos, Martín Langsam, Mariano Salzman

Investigadoras

Cynthia Marchioni, Carolina Dursi, Francisca Dávalos

Edición

Sociopúblico

Diseño

Tholön kunst - Comunicación Visual

Este número de la serie *Aportes* estuvo a cargo de Gabriela Catterberg, con la colaboración de Isabel Duré, Juan Martín Bustos, Martín Langsam, Mariano Salzman, Cynthia Marchioni, Carolina Dursi y Francisca Dávalos, con el asesoramiento de Ruben Mercado, Andrea Balzano y Alejandra García.

PREFACIO

La igualdad entre hombres y mujeres es una fuerza transformadora del desarrollo: mujeres con mayor educación y poder de decisión potencian las capacidades de sus comunidades. Pero además, es un derecho humano primordial, resguardado por normas y legislación internacional y nacional. Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 ha habido avances normativos muy importantes en favor de la igualdad entre hombres y mujeres. En el ámbito internacional, se destaca la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por su sigla en inglés), la Plataforma de Acción de Beijing y la Agenda 2030, la nueva agenda de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas.

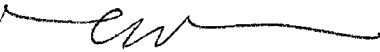
La CEDAW es la primera convención con alcance global que define con claridad el principio de igualdad y no discriminación basado en género, y amplía la responsabilidad estatal para respetar, proteger y garantizar los derechos de las mujeres. Establece la obligación de los Estados de tomar medidas concretas para garantizar que las mujeres, en igualdad de condiciones con los hombres, accedan a cargos públicos y ejerzan funciones en todos los niveles de gobierno. Entre las iniciativas que sugiere, se encuentran medidas especiales de carácter temporal, conocidas como medidas de “acción afirmativa”. La Plataforma de Acción de Beijing también postula la igualdad de género como un derecho humano, y compromete a los Estados, a la comunidad internacional, a la sociedad civil, e incluso al sector privado, a adoptar acciones concretas para eliminar los obstáculos que dificultan la participación activa de las mujeres en las esferas política, económica y social.

Por su parte, la Agenda 2030 incorpora metas ambiciosas respecto a la igualdad de género; en especial, plantea la participación y el liderazgo de las mujeres como fundamentales en todos los ámbitos del desarrollo. La Agenda sostiene que, junto con el fomento de los logros educativos, es también necesario erradicar todas las formas de discriminación contra las mujeres, asegurar su participación plena y efectiva, la igualdad de derechos en los recursos económicos y las remuneraciones, y la igualdad de oportunidades en todos los niveles decisorios.

En Argentina, entre otros logros recientes, el gobierno nacional aprobó el primer Plan de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (2017-2019), que da cumplimiento a las disposiciones de la ley 26.485.¹ Asimismo, conformó el Instituto Nacional de las Mujeres (INAM), con rango de Secretaría de Estado. Además, el Congreso de la Nación sancionó el proyecto de ley de paridad de género en listas electorales. La ley lleva la representación femenina al 50% en las listas electorales, y estipula que se aplicará por primera vez en las elecciones del año 2019.

Sin embargo, aún persisten desafíos en el camino entre la igualdad formal y la igualdad real, entre la existencia de derechos y su reconocimiento. Este tránsito ha sido más lento y desigual para las mujeres argentinas.

Esta nueva publicación de la serie *Aportes para el Desarrollo Humano* anhela contribuir con la promoción de las metas de género de la Agenda 2030 en el país. Estudia la desigualdad entre hombres y mujeres respecto de las condiciones laborales del sector salud en Argentina. Propone la promoción de un debate en la agenda pública sobre políticas de recursos humanos en la salud desde una perspectiva de género, de forma de visibilizar brechas persistentes y pensar iniciativas y políticas que busquen la igualdad entre las y los trabajadores de la salud por vías efectivas y perdurables.



René Mauricio Valdés
Representante Residente del PNUD
y Coordinador Residente del Sistema
de Naciones Unidas en Argentina

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el valioso apoyo y los comentarios de René Mauricio Valdés. También la ayuda brindada y las sugerencias de Silvia Morimoto, Benigno Rodríguez y Rosicler Gomez.

Agradecemos igualmente los aportes realizados por Fabiana Tuñez (directora ejecutiva del Instituto Nacional de las Mujeres), María Luisa Martino (directora de la Dirección de la Mujer, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación), Maureen Birmingham (representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] Argentina), Guillermo Williams (director de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación), Marita Cadile (coordinadora técnica del Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud, Ministerio de Salud de la Nación) y Ximena Mazorra (investigadora principal de Empleo y Relaciones Laborales del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación).

Deseamos agradecer los comentarios y sugerencias de Carla Amoroso (asesora para temas de género de la Dirección de la Mujer, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación), Georgina Binstock (investigadora, Centro de Estudios de Población [CENEP], Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas [CONICET]), Gabriel Bottino (coordinador de Programa, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]), Nair Castillo (asesora, Instituto Nacional de las Mujeres), Marcela Cerrutti (investigadora, CENEP/CONICET), Laura Gaidulewicz (directora del Binden Group), Manuel Irizar (asociado del Área de Desarrollo Inclusivo, PNUD), Carla Majdalani (directora de Comunicación, Instituto Nacional de las Mujeres), Leticia Miras (jefa de Departamento de la Dirección Nacional de Presupuesto e Información Universitaria, Ministerio de Educación de la Nación), Juan Pereyra (Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación), Mariano San Martín (ex director de Estadísticas, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires) y Debora Yanco (consultora de Recursos Humanos en Salud, OPS/OMS Argentina).

También agradecemos a las y los colegas de las áreas de Programa, Operaciones y de Comunicación del PNUD y de la Oficina del Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas en Argentina.

Por último, un agradecimiento especial a las y los médicos entrevistados.

CONTENIDO

Introducción	1
<hr/>	
I. Mujeres y varones en el sector salud	10
Perfiles sociodemográficos	11
Condiciones laborales	15
<hr/>	
II. Mujeres y varones en la medicina	31
Perfiles sociodemográficos	33
Brechas en las especialidades	35
Brechas en el acceso a puestos de decisión	38
<hr/>	
III. Médicas y médicos en primera persona. Estereotipos de género, entornos organizacionales y trayectorias laborales	43
Estereotipos de género y cultura hospitalaria	45
Embarazo y maternidad	46
Cuidado	48
Perfiles actitudinales	49
Acceso a puestos de decisión	50
Cambio generacional	51

IV. Recomendaciones de políticas: reducir las brechas	59
El currículo oculto en el Modelo Médico Hegemónico y las residencias	60
Legislación laboral e igualdad de género en el sector salud	61
<hr/>	
Notas	68
<hr/>	
Bibliografía	73
<hr/>	
Anexo metodológico 1	77
Anexo metodológico 2	83
Anexo estadístico 1 Profesionales de la salud y población ocupada	88
Anexo estadístico 2 Índice de Desarrollo de Género	91

Gráficos

Gráfico 1. Mujeres y varones profesionales en el sector salud. Total aglomerados urbanos, 1980 y 2016, en porcentajes.	10
Gráfico 2. Trabajadoras y trabajadores totales, profesionales, y técnicos y operativos del sector salud en el total de ocupados. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	11
Gráfico 3. Mujeres y varones del sector salud con terciario o universitario completo. Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes.	12
Gráfico 4. Mujeres y varones del sector salud con terciario/universitario completo por calificación laboral. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	12
Gráfico 5. Mujeres y varones del sector salud por grupo de edad. Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes.	13
Gráfico 6. Mujeres y varones del sector salud con aportes jubilatorios. Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes.	15
Gráfico 7. Mujeres y varones del sector salud con más de 5 años de antigüedad. Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes.	16
Gráfico 8. Mujeres y varones del sector salud por ámbito público-privado. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	16
Gráfico 9. Brecha de género en los ingresos mensuales de la ocupación principal por educación y calificación laboral en el sector salud. Total aglomerados urbanos, 2016, varones/mujeres, en porcentajes.	18
Gráfico 10. Brecha de género en las horas semanales trabajadas por educación y calificación laboral en el sector salud. Total aglomerados urbanos, 2016, varones/mujeres, en porcentajes.	19

Gráfico 11. Horas diarias dedicadas al cuidado y la organización del hogar de las y los trabajadores del sector salud. Total aglomerados urbanos, 2013.	20
Gráfico 12. Directoras y directores y jefas y jefes sobre el total de ocupados del sector salud. Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes.	20
Gráfico 13. Mujeres médicas y varones médicos. Total país, 1980, 2001 y 2016, en porcentajes.	32
Gráfico 14. Mujeres en la Facultad de Medicina de la UBA. 1971, 1980 y 2011, en porcentajes.	33
Gráfico 15. Mujeres y varones estudiantes de Medicina, nuevos inscriptos y egresados. Total país, 2015, en porcentajes.	33
Gráfico 16. Médicas por grupo de edad. Total país, 2016, en porcentajes.	34
Gráfico 17. Médicas por jurisdicción. Total país, 2016, en porcentajes.	35
Gráfico 18. Médicas y médicos por especialidad. Total país, 2016, en porcentajes.	36
Gráfico 19. Médicas y médicos en puestos de decisión. Provincia de Buenos Aires, 2015, en porcentajes.	39
Gráfico R4.1. Trabajadoras y trabajadores del sector salud en el total de la población ocupada. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	23
Gráfico R4.2. Calificación de las y los trabajadores del sector salud y de la población ocupada. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	24
Gráfico R4.3. Trabajadoras y trabajadores del sector salud y de la población ocupada por sector de actividad. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	24
Gráfico R4.4. Trabajadoras y trabajadores del sector salud por región geográfica. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	25

Cuadros

Cuadro 1. Mujeres y varones del sector salud por situación conyugal y tenencia de hijas e hijos. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	14
Cuadro A1. Perfiles sociodemográficos.	83
Cuadro A2. Trabajadoras y trabajadores registrados con aportes jubilatorios del sector salud y la población ocupada. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	88
Cuadro A3. Profesionales registrados con aportes jubilatorios del sector salud. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	88
Cuadro A4. Trabajadoras y trabajadores del sector salud y la población ocupada con más de 5 años de antigüedad. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	89
Cuadro A5. Profesionales del sector salud con más de 5 años de antigüedad. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	89
Cuadro A6. Brecha de género en los ingresos totales y horarios de la ocupación principal por calificación en el sector salud y la población ocupada. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	90
Cuadro A7. Brecha de género en los ingresos totales y horarios de la ocupación principal por nivel educativo en el sector salud y la población ocupada. Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes.	90
Cuadro A8. El IDG y sus dimensiones, 1996.	91
Cuadro A9. El IDG y sus dimensiones, 2001.	92
Cuadro A10. El IDG y sus dimensiones, 2006.	93
Cuadro A11. El IDG y sus dimensiones, 2011.	94
Cuadro A12. EL IDG y sus dimensiones, 2016.	95

Recuadros

Recuadro 1. ODS 5. Igualdad de género.	3
Recuadro 2. Instituto Nacional de las Mujeres: acciones y políticas. Instituto Nacional de las Mujeres.	4
Recuadro 3. Iniciativas de género en la cooperación internacional. Dirección de la Mujer, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación.	6
Recuadro 4. Recursos humanos en el sector salud: algunos datos clave.	23
Recuadro 5. Recursos humanos para alcanzar la salud universal: una perspectiva de género. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).	26
Recuadro 6. El Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud.	28
Recuadro 7. Maestras, doctoras y feministas: breve genealogía de la presencia femenina en el sector salud en Argentina. Laura Gaidulewicz. Binden Group.	54
Recuadro 8. Promover actitudes igualitarias.	67

INTRODUCCIÓN

La exclusión o la subrepresentación de las mujeres distorsiona y sesga el desarrollo, ya que implica una diferenciación sistemática entre las oportunidades de las mujeres y los varones para expandir sus capacidades y decidir sobre sus propias trayectorias de vida. El desarrollo es un proceso de ampliación de las capacidades de todas las personas y no solo de un grupo específico. Por lo tanto, este proceso es injusto y discriminatorio cuando excluye a las mujeres.

En nuestro país, los logros educativos de las mujeres han sido significativos, especialmente desde el restablecimiento de la democracia (PNUD, 2014). Las argentinas tienen actualmente mayores tasas de matriculación y de ingreso y menor tasa de sobreedad que los varones. Además, la participación económica femenina ha incrementado marcadamente y alcanza a casi 7 de cada 10 argentinas entre 25 y 64 años. Sin embargo, la desigualdad de género en la inserción en el mercado laboral persiste. Una proporción importante de las trabajadoras continúa desempeñándose en trabajos más precarios, inestables, con menor cobertura formal y menores salarios que los de sus pares varones. Estas desigualdades implican no solo una inserción laboral diferente, sino también una participación ocupacional segregada verticalmente.

En este contexto, el sector salud plantea interrogantes y desafíos particularmente relevantes por su incidencia en el conjunto de la población ocupada, por prestar uno de los servicios fundamentales para alcanzar el desarrollo sustentable y haber sido un sector históricamente feminizado.² A estos factores se suma la transformación que ha experimentado la naturaleza de su feminización: desde una presencia mayoritaria de mujeres entre sus técnicos y operativos a una presencia también mayoritaria entre sus profesionales, impulsada por el aumento de mujeres médicas. En otras palabras, hoy el sector salud presenta un fenómeno de “feminización profesionalizada”, es decir un proceso que convergió en la participación mayoritaria de mujeres en el desempeño de ocupaciones que requieren (generalmente) como condición *sine qua non* estudios universitarios completos.

La feminización profesionalizada, ¿se ha traducido en una mejora en la inserción y condiciones de las trabajadoras de la salud, y en una mayor participación y representación en el sector? ¿Ha facilitado el desarrollo de trayectorias laborales en áreas de especialización tradicionalmente masculinas, la reducción de brechas de ingreso y el acceso a puestos directivos?

Esta tercera investigación de la colección sobre género del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Argentina se propone responder estas preguntas. El presente texto se centra en aspectos clave de los desafíos para alcanzar una mayor igualdad en los recursos humanos en el sector salud en el país.³ El primer capítulo analiza las características sociodemográficas y la composición ocupacional de las y los trabajadores de la salud, identifica brechas de género en la inserción y las condiciones laborales, muestra la trayectoria y la magnitud de la feminización profesionalizada y explora si se ha manifestado en mejoras en términos de igualdad.⁴ Estudia también especificidades del

sector respecto al resto del mercado laboral. El segundo capítulo analiza las transformaciones en la distribución de mujeres y varones médicos en las últimas décadas, identifica brechas en las especialidades y en el acceso a cargos jerárquicos y muestra la feminización consolidada de la población estudiantil a nivel nacional y subnacional. El capítulo III explora voces y experiencias de las y los médicos sobre sus entornos laborales –en especial sus percepciones y vivencias sobre estereotipos y culturas organizacionales– a través de entrevistas en profundidad. El último capítulo propone recomendaciones de iniciativas y políticas de recursos humanos en la salud para reducir de forma más efectiva y acelerada las brechas de género persistentes en el país.



5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

5.4 Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.

5.5 Velar por la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública.

5.6 Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

5.a Emprender reformas que otorguen a las mujeres el derecho a los recursos económicos en condiciones de igualdad, así como el acceso a la propiedad y al control de las tierras y otros bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.

5.b Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de la mujer.

5.c Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas a todos los niveles.

En términos generales, las mujeres en Argentina experimentan mayores dificultades que los varones para acceder al mercado de trabajo, y más aún para acceder al empleo formal. Junto con las persistentes brechas económicas, las trayectorias laborales de las mujeres se ven condicionadas por los roles socialmente asignados en las tareas de cuidado. Asimismo, encuentran resistencias para llegar a determinados sectores y para ascender a puestos jerárquicos. Estas desigualdades responden en gran medida a un sistema patriarcal, basado en relaciones asimétricas de poder que subordinan a las mujeres, al colocarlas en una situación de inferioridad.

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAM), en tanto organismo encargado de liderar las políticas para la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en Argentina, busca generar acciones de manera articulada para transformar los patrones socioculturales que limitan el desarrollo de la autonomía de las mujeres en el país.

Con el objeto de erradicar todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres, en cumplimiento con los compromisos asumidos por el Estado Argentino al ratificar la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, por su sigla en inglés), el INAM trabaja desde diversas líneas de acción para transversalizar el enfoque de género en las políticas públicas. De esta forma, el INAM articula políticas públicas con los tres poderes del Estado en todo el territorio nacional. Las principales líneas de acción del Instituto se centran en ejecutar programas de fortalecimiento institucional y escuelas populares de formación en género y la atención telefónica gratuita y confidencial a través de la línea telefónica 144, para el

asesoramiento y contención de mujeres en situación de violencia que funciona las 24 horas, los 365 días del año.

En cumplimiento del artículo 9° de la Ley de Protección Integral de las Mujeres, el 26 de julio del año 2017 el INAM lanzó el primer Plan Nacional de Acción contra la Violencia hacia las Mujeres (PNA). El mismo tiene como objetivo general implementar políticas públicas con perspectiva de género para prevenir, asistir y erradicar la violencia hacia las mujeres de acuerdo a las disposiciones de la ley 26.485. Para garantizar el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencias, el PNA postula la implementación de 67 medidas y 137 acciones enmarcadas en dos grandes ejes de acción vinculados a la prevención y a la atención integral. Asimismo, estos dos ejes se complementan con tres ejes transversales: formación, fortalecimiento institucional y monitoreo y evaluación.

En el ámbito laboral, el INAM trabaja de manera articulada con la Comisión Tripartita para la Igualdad de Oportunidades (CTIO) en la órbita de la Dirección de Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades en el Trabajo del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación para una participación igualitaria de varones y mujeres en el mercado de trabajo y en la corresponsabilidad de los cuidados. Uno de los ejes de trabajo es el análisis de la normativa laboral vigente y el diseño de propuestas de actualización de la legislación en materia de equidad e igualdad de género tanto para el sector privado como para el público (como por ejemplo, las licencias por paternidad, maternidad, familiares y las licencias por violencia de género).

A su vez, el INAM actualmente trabaja en el diseño y elaboración del primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIOD), un instrumento de

(continúa)

(continuación)

política y planificación para promover la igualdad de oportunidades, el empoderamiento y reducir las brechas de género en el país. Hasta el momento, Argentina era el único país de América Latina que no contaba con un plan de igualdad de oportunidades. En línea con el Objetivo 53 de Gobierno y en cumplimiento con la Plataforma de Acción de Beijing y la Agenda 2030, el PIOD aborda la ampliación de la autonomía en la toma de decisiones, la autonomía física, y la económica y la interrelación

entre estas. En conjunto con este plan, se lanzará la Iniciativa de Paridad de Género (IPG) impulsada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Foro Económico Mundial (FEM) y la Jefatura de Gabinete de Ministros (JGM), que busca reducir las brechas económicas de género a través del aumento de la participación de mujeres en la economía, la reducción de la brecha salarial entre varones y mujeres y la promoción de la participación de las mujeres en puestos de liderazgo.

La República Argentina, en relación a la Agenda 2030, se encuentra trabajando en tres áreas clave para la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres: autonomía física y prevención de la violencia; empoderamiento económico y participación en la toma de decisiones y empoderamiento político.

Además, promueve de manera activa el tratamiento de los temas vinculados con la equidad de género y con la trata de personas en los ámbitos bilateral, regional y multilateral, con especial empeño en la incorporación de la perspectiva de género en los procesos de negociación que se llevan adelante en dichos ámbitos.

Argentina entiende que la promoción del dialogo, mediante la búsqueda del involucramiento de todos los actores, ha permitido que en los últimos años se hayan realizado importantes progresos en la Agenda de género internacional, la cual ha generado un espacio cooperativo y constructivo entre países con posiciones divergentes y provenientes de diferentes regiones.

En relación con los logros relativos a los derechos de las mujeres y las niñas en lo que respecta a temas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, junto con otros países sigue de cerca los diferentes procesos de negociación con la vocación de fortalecer la confianza entre los Estados mediante una mejor comprensión y conocimiento de las diferentes posiciones nacionales. El interés por construir consensos y acercar posiciones que pueden parecer extremas constituye uno de los ejes de nuestra política exterior.

En este sentido y teniendo en cuenta el reconocimiento que los Estados hacen sobre los avances emprendidos por Argentina, entre los que se destacan la implementación del Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la violencia contra las Mujeres

desde la Dirección de la Mujer de la Cancillería, se promueve la necesidad de trabajar en la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en los medios de comunicación. Para ello se impulsa el trabajo de concientización en el ámbito de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW, por su sigla en inglés) y de la Asamblea General de las Naciones Unidas acerca de la importancia de que los Estados Partes realicen esfuerzos y dispongan de recursos que contribuyan a impedir que el lenguaje, la educación, la comunicación audiovisual y la Internet sean generadoras de discriminación y violencia hacia las niñas y las mujeres.

Asimismo, en el marco de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños y la Unión Europea (CELAC-UE) Argentina hizo foco, como coordinadora del dialogo de género, sobre la lucha contra la violencia, y señaló la importancia y la necesidad de poner énfasis en la educación de los hombres a fin de derribar prejuicios y estereotipos existentes en el arquetipo tradicional de masculinidad. La realización de un taller con la participación de más de 60 países señaló la necesidad de trabajar en la educación de los hombres a nivel preventivo y lograr un compromiso equitativo en el hogar a través de la corresponsabilidad y en la planificación familiar. Se considera que el hombre puede transformarse en un aliado en la lucha contra la violencia de género a través de su involucramiento y participación en la definición de las estrategias y políticas de igualdad de género.

Otro de los pilares de la política exterior argentina es el trabajo en pos del fortalecimiento de la participación de las mujeres en todos los niveles de adopción de decisiones en materia de paz y seguridad internacionales y ayuda humanitaria para la prevención, la gestión y la solución de conflictos, así como para la erradicación de

(continúa)

(continuación)

todas las formas de violencia contra las mujeres en países en situación de conflicto armado o afectados por catástrofes socio-naturales.

En este sentido, Argentina cuenta con un PNA para la implementación de la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad y sus complementarias desde el año 2015, cuyo monitoreo y coordinación está a cargo de la Dirección de la Mujer de la Cancillería. El Plan tiene una visión integral de la paz, por eso intervienen no solamente los organismos directamente relacionados como Defensa y Seguridad, sino además el Instituto Nacional de las Mujeres, los Ministerios de Justicia, Trabajo, Educación, Interior, Economía y la Comisión Cascos Blancos.

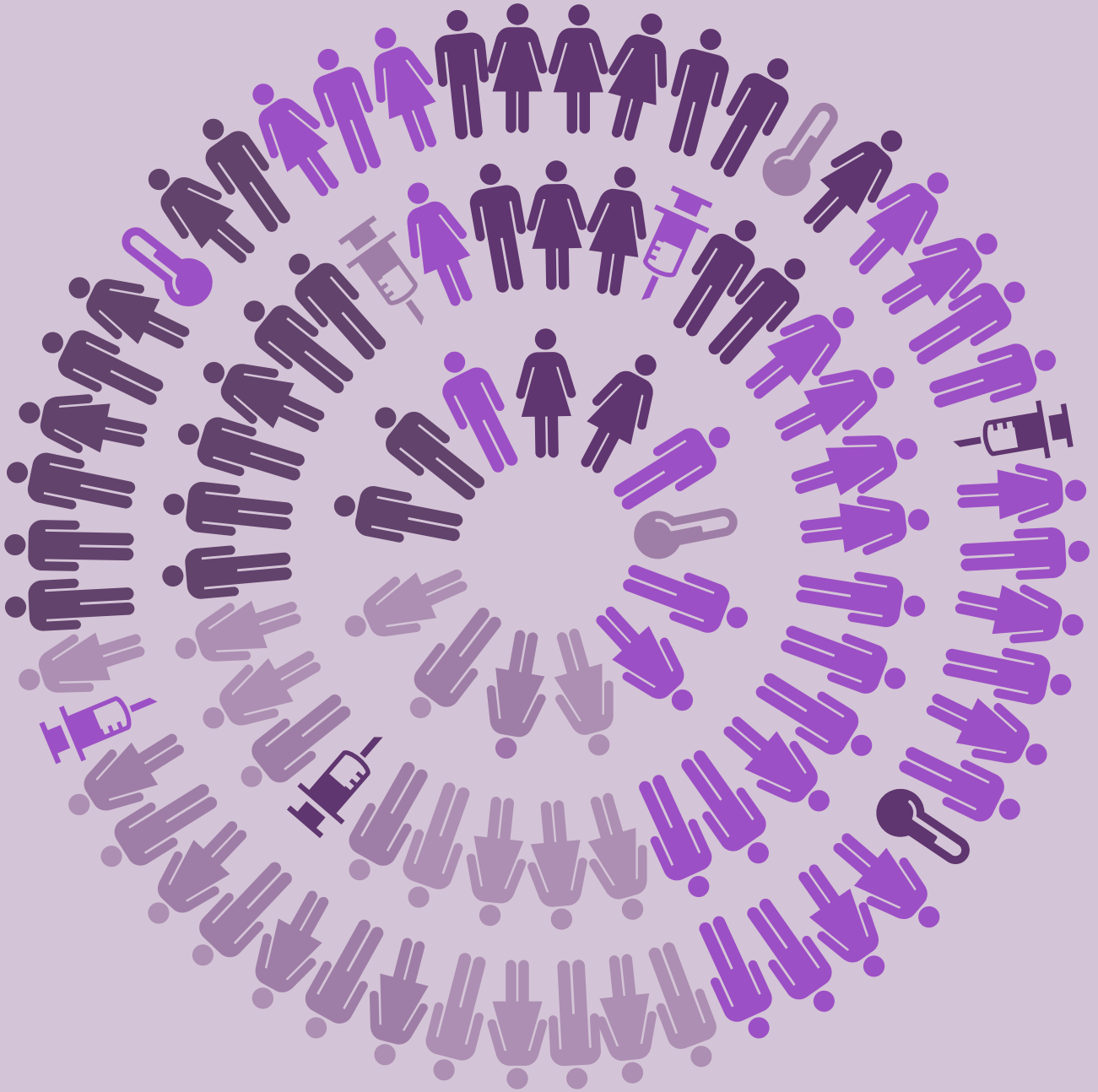
Durante la presidencia argentina del G20 en 2018 se buscará dar continuidad y fortalecer las políticas y acciones del grupo en pos del empoderamiento económico de la mujer, al reconocer su rol fundamental para el crecimiento global, el combate contra la pobreza y la desigualdad y el desarrollo sostenible. Se dará continuidad al compromiso asumido de

reducir la brecha entre la participación de hombres y mujeres en un 25% para 2025 e incorporar a más de cien millones de mujeres a la fuerza laboral. Asimismo, se buscará evitar que el tema sea tratado como compartimiento estanco, a fin de que la equidad de género sea progresivamente incorporada de manera transversal en los diversos Grupos de Trabajo e instancias del G20.

En marzo de 2017, Argentina adhirió a la Recomendación del Consejo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para la igualdad de género en educación, empleo y empresas y el pasado 13 de diciembre, en el marco de la undécima Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio, Argentina, suscribió a la Declaración de Buenos Aires sobre Comercio y Género junto a otros 117 países.

El Gobierno argentino está comprometido con la realización de estos objetivos que buscan alcanzar la igualdad de género y, en ese sentido, se dirigen las acciones que implementa el Gobierno tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

1.



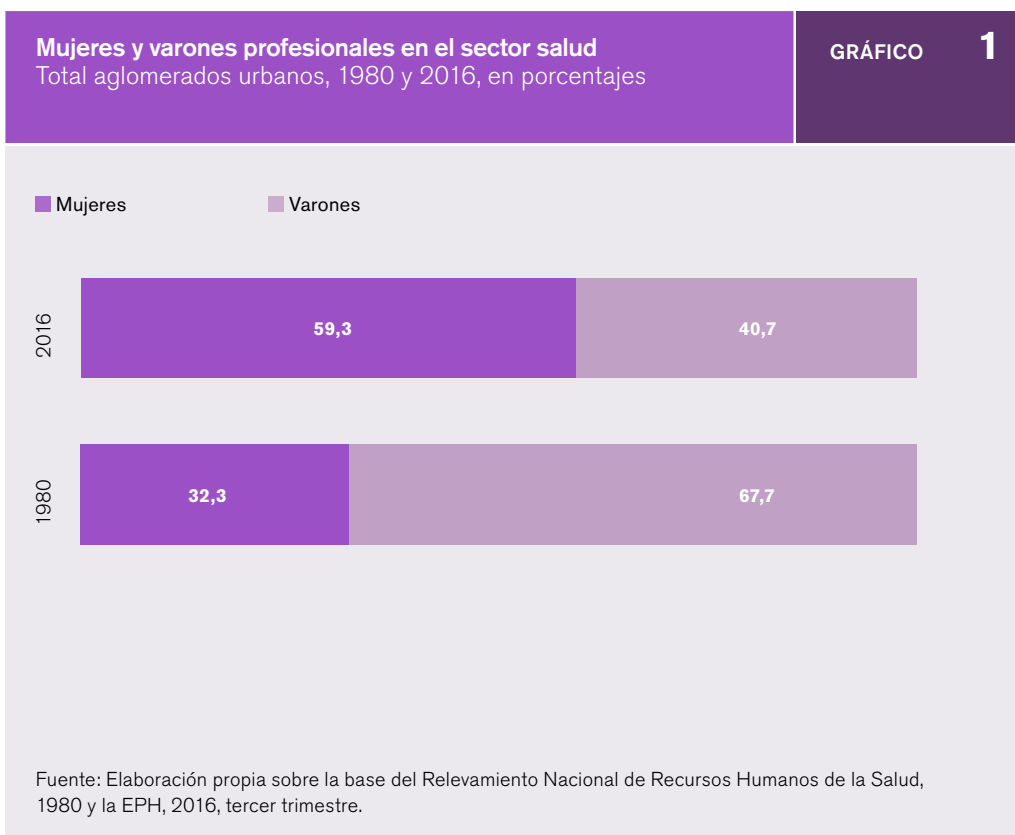
MUJERES Y VARONES EN EL SECTOR SALUD

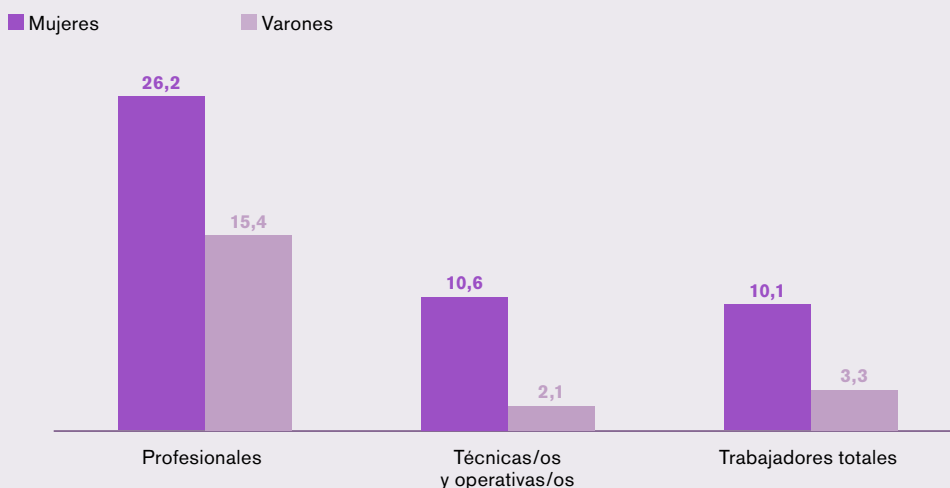
El sector salud ha sido un ámbito históricamente feminizado. Sin embargo, el tipo de feminización que hoy lo caracteriza difiere de forma significativa respecto de la de hace al menos cuarenta años. Su manifestación más relevante es la creciente participación de las mujeres en puestos profesionales, que convergió en una “feminización profesionalizada”.⁵ La tendencia que se infiere es un crecimiento muy importante en la proporción de mujeres profesionales: en 1980 representaban cerca de 3 de cada 10 puestos, mientras que en 2016 la cantidad prácticamente se duplicó y alcanza al 59,3%.⁶

En el marco de estos cambios, la proporción de mujeres y varones de la salud se distingue del conjunto de la población ocupada en dos sentidos: por estar representado mayoritariamente por mujeres, mientras una situación inversa caracteriza al conjunto del mercado laboral, y por estar constituido también por una mayoría de mujeres incluso entre los puestos profesionales. Asimismo, las profesionales de

la salud participan en una proporción muy importante en el total de mujeres profesionales: una de cada cuatro pertenece al sector, mientras que entre los varones esta relación es sensiblemente menor.^{7,8}

La mayor presencia de mujeres profesionales en el sector salud ¿ha implicado un cambio en los perfiles conyugales, familiares y etarios de las trabajadoras del sector? ¿Ha posibilitado mejoras en sus condiciones laborales? ¿Ha impulsado un mayor acceso a puestos de decisión? Las siguientes secciones exploran estos interrogantes. En primer lugar, se analizan sus características sociodemográficas –sus logros educativos, estructura etaria y situación conyugal y tenencia de hijos–. Luego se estudian las condiciones laborales de las mujeres del sector en relación a sus contrapartes varones. Para ello, se realiza un diagnóstico sobre la base de brechas en la registración, la estabilidad laboral, el ingreso, la distribución del uso del tiempo y el acceso a puestos de decisión.⁹ Por último, se aporta una síntesis de los hallazgos.





Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Perfiles sociodemográficos

Logros educativos

El sector salud requiere en sus puestos profesionales altos niveles educativos. Alcanzar estudios terciarios o universitarios completos es una condición prácticamente universal. En este contexto, la feminización profesionalizada fue impulsada por la consolidación de los logros educativos de las mujeres. En la actualidad, la mayoría tiene estudios terciarios o universitarios completos –casi el doble que en la población ocupada– y la brecha en relación a los varones se redujo a más de la mitad. Los altos niveles de educación formal de las trabajadoras de la salud posibilitaron una significativa

ampliación en el acceso a puestos de calificación profesional, hasta alcanzar una participación mayoritaria.

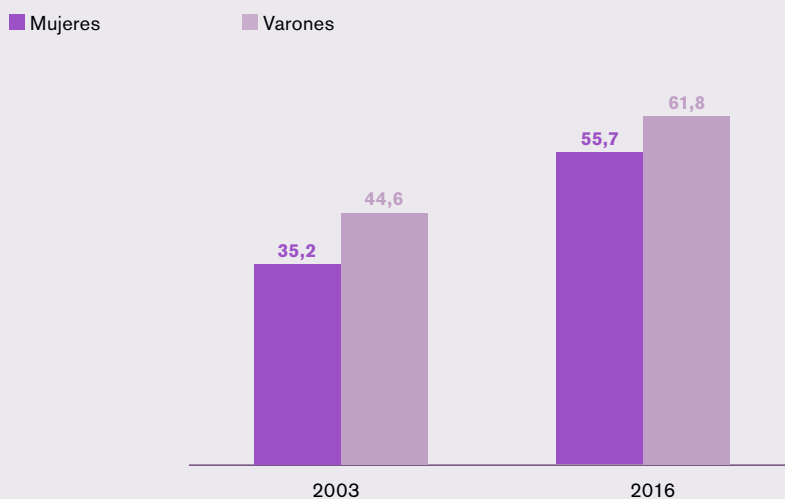
El porcentaje de mujeres de la salud con estudios terciarios o universitarios completos incrementó del 35,2% en el año 2003 al 55,7% en 2016. Es decir, más de la mitad de las trabajadoras del sector completó sus estudios terciarios o universitarios. Una diferencia de más de 20 puntos porcentuales respecto al conjunto de las mujeres ocupadas. Este incremento fue impulsado en gran medida, como muestra el capítulo II, por un aumento significativo en la proporción de mujeres médicas en el país en las últimas décadas.

Si bien entre los varones el porcentaje de quienes tienen estudios terciarios y universitarios aún supera a las mujeres, la brecha se redujo del 21,2% al 9,9%. La tendencia parecería ser hacia una convergencia en términos de logros educativos en el mediano plazo.

En el sector salud, la proporción de las y los profesionales con terciario o universitario completo es ampliamente mayoritaria. Esta

Mujeres y varones del sector salud con terciario o universitario completo
Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes

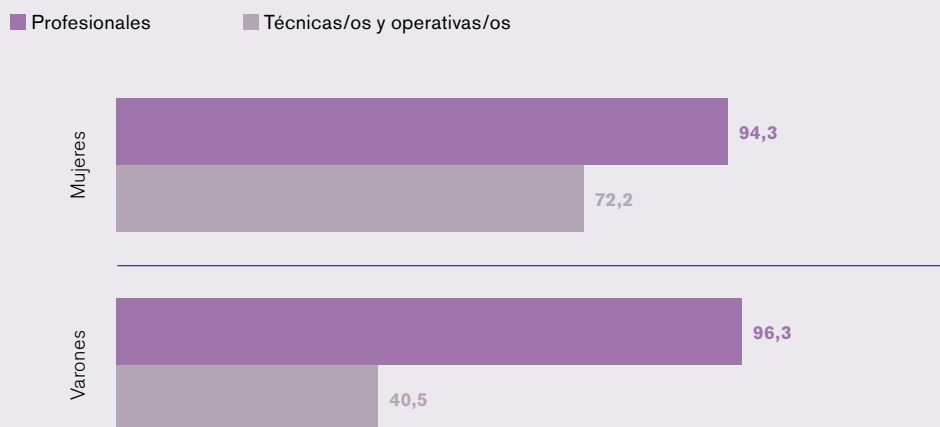
GRÁFICO 3



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Mujeres y varones del sector salud con terciario/universitario completo por calificación laboral
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

GRÁFICO 4



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

fuerte vinculación es propia del sector, si bien en el conjunto de la población ocupada suele haber una alta correlación entre el máximo nivel educativo alcanzado y el tipo de calificación laboral. No obstante, en algunos casos, esta correlación no se presenta. Esto se debe a que la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) codifica, por un lado, el nivel educativo de acuerdo con el máximo nivel alcanzado; por otro, la calificación sobre la base de la tarea desempeñada en el puesto de trabajo.¹⁰ En este sentido, una proporción importante de las y los técnicos y operativos de la salud también han completado estudios superiores. Por lo tanto, tener estudios terciarios o universitarios en el sector no implica necesariamente realizar tareas de naturaleza profesional, especialmente entre las mujeres.¹¹

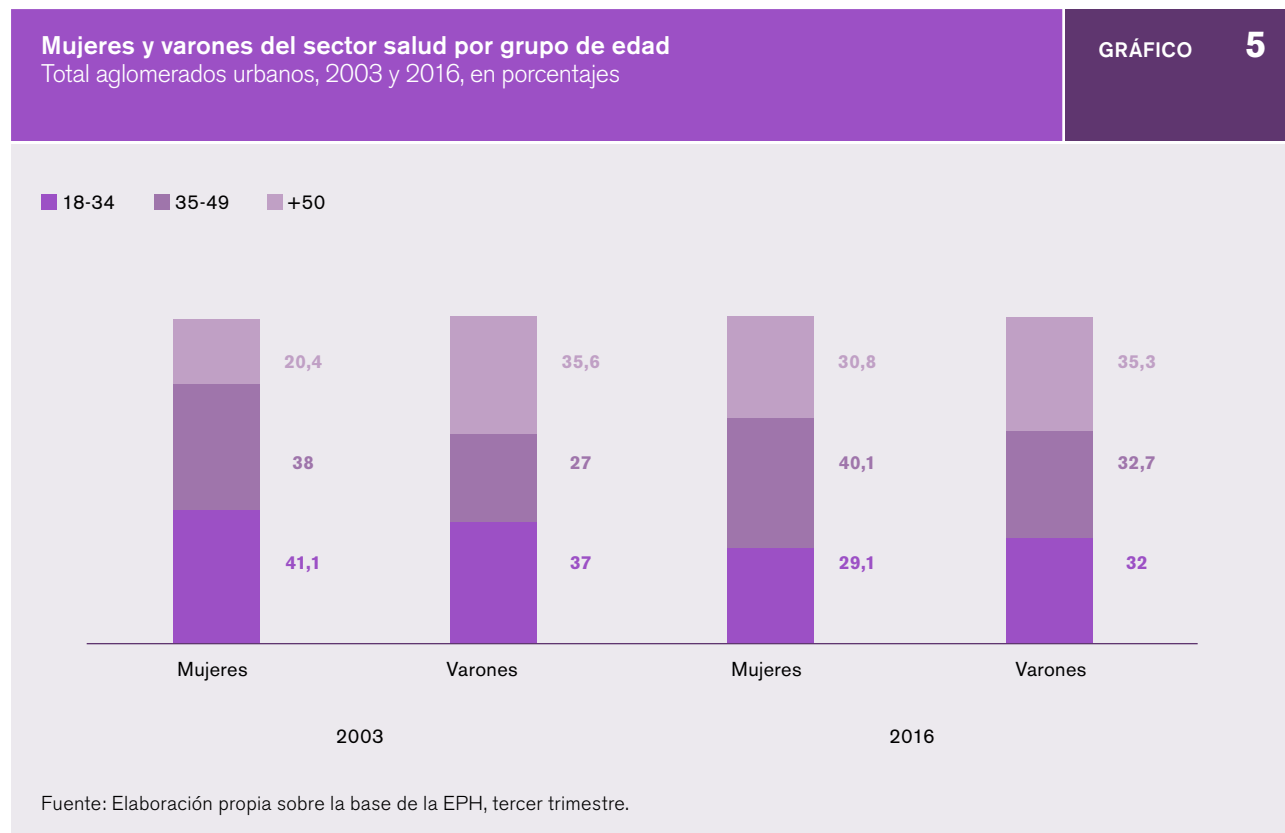
Estructura etaria

La feminización profesionalizada se vincula también con una tendencia hacia una inserción

laboral más tardía en el sector salud, debido a que sus trabajadoras estudian en promedio un mayor número de años. Como consecuencia, las mujeres de este sector presentan una estructura etaria más envejecida que el total de las mujeres en la población ocupada, si bien la mayor parte se concentra en el grupo de edad media, entre 35 a 49 años.¹²

En comparación, sus contrapartes varones presentan una distribución más homogénea entre los distintos grupos de edad, que se mantuvo prácticamente constante entre 2003 y 2016, mientras que entre las mujeres se evidencia un proceso de envejecimiento en el mismo período. El cambio más destacado es el incremento del grupo de +50, que varió en un 10,4%, y alcanza a casi tres de cada diez trabajadoras. El envejecimiento de las mujeres y la constancia de la distribución de edad de los varones produjo una asimilación entre ambas estructuras etarias.¹³

Este envejecimiento sugiere que un gran porcentaje de mujeres profesionales se incorporó al sector a partir de la década del



ochenta, y que tienen hoy al menos 50 años. La contracara es la reducción del grupo de edad más joven –la base de la pirámide etaria– que implicaría una desaceleración en la incorporación de mujeres profesionales en los últimos años.

Situación conyugal

La mitad de las mujeres del sector salud están casadas o unidas, la misma proporción que las mujeres de la población ocupada.¹⁴ También, al igual que estas, se casan en menor proporción que los varones del sector. Entre 2003 y 2016, el porcentaje de trabajadoras unidas o casadas se mantuvo constante, mientras que se redujo en 6 puntos porcentuales entre los varones. En relación con la tenencia de hijas e hijos, debido a que la edad de las mujeres del sector salud difiere de las del conjunto de las trabajadoras ocupadas, las comparaciones pueden presentar problemas de equivalencia. En el marco de

esta restricción, los datos sugieren que, más allá del sexo, las y los trabajadores del sector salud tienen menos hijas o hijos que en el conjunto de la población ocupada. Además, entre 2003 y 2016 se redujo en promedio la tenencia tanto entre las mujeres como entre los varones. Respecto a sus contrapartes varones, las mujeres de la salud tienen hijas e hijos en una mayor proporción (un 66,4% y un 57,8% respectivamente).

La proporción de mujeres del sector salud con hijas o hijos presenta una diferencia importante respecto a la proporción de unidas o casadas, que alcanza un 14,4%. Por el contrario, entre los varones, la diferencia es inversa: es mayor la proporción de unidos o casados que la de aquellos con hijas o hijos. Esta diferencia en las composiciones familiares de unos y otras probablemente afecta la distribución del uso del tiempo, en especial la división en las responsabilidades del cuidado y la organización del hogar, que se analiza más adelante en este capítulo.

Mujeres y varones del sector salud por situación conyugal y tenencia de hijas e hijos
Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes

CUADRO 1

	Mujeres	Varones
Unidas/os o casadas/os	52	65,2
Con al menos 1 hija/o	66,4	57,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Condiciones laborales

Registración y estabilidad laboral

Las condiciones en términos de registración y estabilidad laboral mejoraron para el conjunto de las y los trabajadores del sector, por lo que presentan una situación visiblemente más favorable que la del conjunto de la población ocupada. Asimismo, se infieren efectos probablemente vinculados, de forma más específica, con el proceso de feminización profesionalizada: la situación de las mujeres de la salud en relación a sus contrapartes varones mejoró en los últimos años, cuando se redujeron las brechas de género en ambas variables.

Las mujeres asalariadas del sector cuentan con una alta cobertura de registración con aportes jubilatorios. La amplia mayoría está registrada (77,1%) y presenta una diferencia

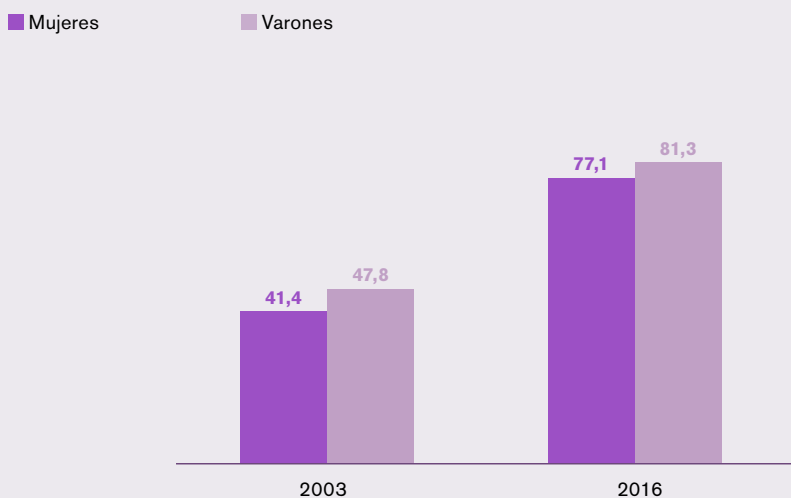
de 14 puntos porcentuales respecto al porcentaje de las mujeres registradas en la población ocupada. Entre 2003 y 2016, hubo un incremento en el porcentaje de trabajadoras del sector salud registradas de 35,7 puntos porcentuales. Este aumento fue parte de una mejora que influyó también en los varones del sector, quienes incrementaron su nivel de registración en una magnitud similar. Si bien la proporción de varones con aportes jubilatorios aún es mayor, la brecha entre ambas coberturas se redujo a más de la mitad en el período bajo estudio, del 13% al 5%.

No obstante, existe una diferencia de 5,5 puntos porcentuales en la registración de las profesionales de la salud y el conjunto de las trabajadoras del sector. Como muestra la sección siguiente, esta diferencia tiene implicancias en la brecha de ingreso total entre las mujeres profesionales y sus contrapartes varones.

Las mujeres de la salud también presentan una situación más favorable en su estabilidad laboral que la del conjunto de las

Mujeres y varones del sector salud con aportes jubilatorios
Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes

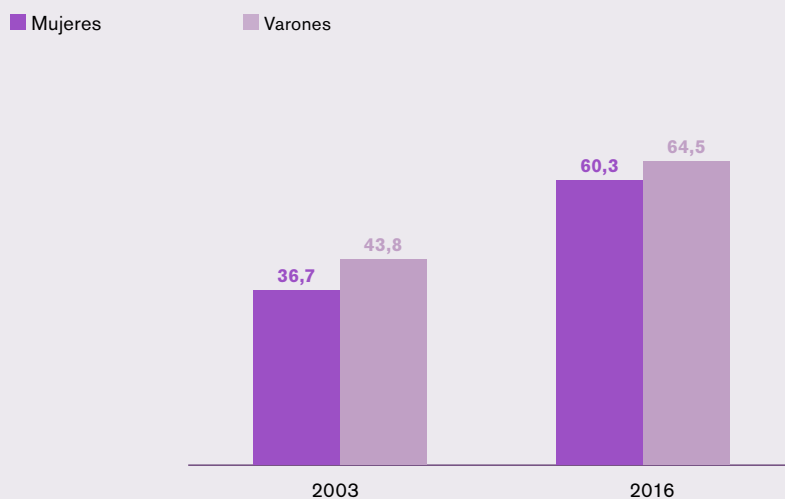
GRÁFICO 6



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Mujeres y varones del sector salud con más de 5 años de antigüedad
Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes

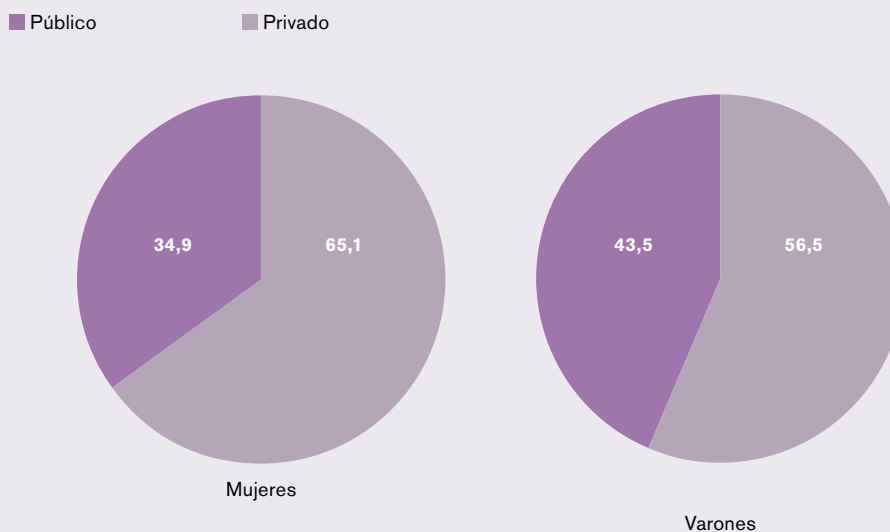
GRÁFICO 7



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Mujeres y varones del sector salud por ámbito público-privado
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

GRÁFICO 8



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

mujeres en la población ocupada: 6 de cada 10 se desempeñan desde hace al menos 5 años en sus respectivos trabajos. Entre las mujeres de la población ocupada, menos de la mitad tienen 5 años de antigüedad.¹⁵ Entre los varones del sector salud, el porcentaje con 5 años de antigüedad es aún más alto, si bien la brecha de género también se redujo, al igual que en la registración, en el período 2003-2016 en una magnitud similar, del 16% al 6%.

Los avances en la registración y los años de antigüedad de las mujeres de la salud no solo mejoraron su situación laboral, debido a la implementación efectiva de sus derechos en términos de la seguridad social y la estabilidad de sus puestos, sino también en relación a otros dos indicadores: la brecha de ingresos y el acceso a puestos de decisión. Como se analiza en las siguientes secciones, los avances en la registración de las trabajadoras asalariadas del sector, que en su mayoría desempeñan actividades técnicas y operativas, se vinculan con una menor amplitud en la brecha horaria y, por lo tanto, con una menor brecha de ingresos. Asimismo, la mayor antigüedad dentro de las instituciones, un requisito fuertemente asociado con puestos de jefatura y dirección, está relacionada con una mayor participación de mujeres en estos cargos.

Ámbito público/privado

Más allá del sexo, el ámbito privado es, en la actualidad, el principal empleador de las y los trabajadores de la salud en su conjunto, como en las distintas calificaciones ocupacionales. Registra aproximadamente diez mil establecimientos en el país que representan algo más del 60% sobre el total sectorial (PNUD, 2011). En 2016, el 65,1% del total de las mujeres del sector salud y el 56,5% del total de los varones se desempeñaban en establecimientos privados. La distribución entre mujeres y varones alcanzaba el 73% entre el total de las y los trabajadores en el ámbito privado y el 65,1% en el ámbito estatal. En la población ocupada, la concentración de mujeres y varones en el ámbito

privado es aún mayor (el 78,9% y el 86% respectivamente). Por lo tanto, en términos comparativos, el sector salud continúa presentando una proporción importante de trabajadores en el ámbito estatal.

Brechas de ingreso y brecha horaria

La feminización de los puestos profesionales de la salud no condujo a avances significativos en términos de paridad de ingreso. La brecha de ingresos mensuales de la ocupación principal entre las y los profesionales alcanzaba el 19,6% en 2016, y no se identifica una reducción de esta en los últimos años.¹⁶ Asimismo, la diferencia es mayor que la de las y los técnicos y operativos del sector (12,3%). En otras palabras, la situación de las técnicas y operativas en términos de ingresos, respecto a sus contrapartes varones, es más favorable que la de las profesionales.

En contraste, al analizarse la brecha por máximo nivel educativo alcanzado se presentan valores muy similares entre las y los trabajadores con estudios superiores completos y aquellas y aquellos con estudios superiores incompletos o secundaria completa (21,5% y 19,8% respectivamente). Estos hallazgos sugieren que la calificación ocupacional es un determinante clave en la diferencia de ingresos del sector, mientras que el efecto del nivel educativo es menor.

Al compararse con la población ocupada, el sector salud tiene brechas de menor magnitud tanto al desagregarse por calificación ocupacional como por nivel educativo.¹⁷ Por su parte, las técnicas y operativas del conjunto de las y los ocupados también presentan una mejor posición relativa en términos de ingreso que las profesionales.

La brecha de ingresos mensuales es el resultado de otras dos brechas: la de ingreso horaria y la horaria. Es decir, la diferencia en el ingreso percibido de las mujeres en relación a sus contrapartes varones depende de la diferencia en el ingreso percibido por hora trabajada y de la diferencia en la cantidad de horas trabajadas.

En este marco, las diferencias en las brechas horarias del sector por calificación

laboral explican en gran medida aquellas entre las brechas de ingresos: la diferencia horaria de las y los profesionales es del 17,6%, más del doble que la de las y los técnicos y operativos (8,1%).¹⁸ En el total de la población ocupada se presenta una situación inversa (si bien la magnitud de la diferencia es menor), ya que es mayor la brecha horaria entre las y los técnicos y operativos. Al contrario de lo que sucede en el sector salud, la brecha de ingreso de las profesionales está compuesta en proporciones similares por la brecha horaria y la de ingreso horario.

La brecha de ingreso del sector por nivel educativo también es afectada por la brecha horaria. Las trabajadoras con estudios terciarios y universitarios completos no presentan prácticamente diferencias respecto del resto de las trabajadoras del sector. En el conjunto de la población ocupada también se produjo una convergencia entre las brechas de las trabajadoras que finalizaron la educación superior y aquellas con terciario/universitario incompleto o secundaria completa, si

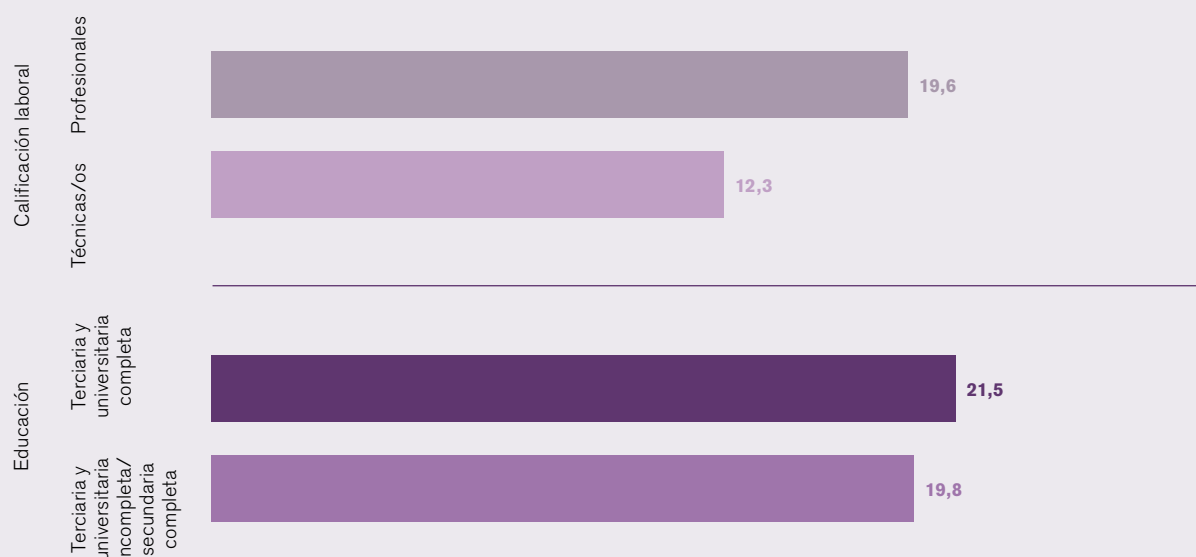
bien la magnitud de ambas es visiblemente mayor que en el sector salud.

A pesar de las mejoras en las condiciones de las mujeres de la salud en términos de registración y estabilidad laboral, las brechas de ingreso persisten. La diferencia entre las horas trabajadas de las mujeres y los varones del sector se traslada a las brechas de ingreso total, y es un factor clave para comprender por qué la feminización profesionalizada no ha sido acompañada por mayores avances en la paridad de ingresos. Al desagregarse por calificación laboral, la diferencia entre las y los técnicos y operativos es significativamente menor que entre las y los profesionales.

Estos resultados se vinculan con una mayor proporción de las y los técnicos y operativos de la salud asalariados respecto a las y los profesionales del sector, quienes en su mayoría son trabajadores autónomos o por cuenta propia (Ministerio de Trabajo, 2015). A su vez, las y los técnicos y operativos de la salud están registrados en una proporción

Brecha de género en los ingresos mensuales de la ocupación principal por educación y calificación laboral en el sector salud
Total aglomerados urbanos, 2016, varones/mujeres, en porcentajes

GRÁFICO 9

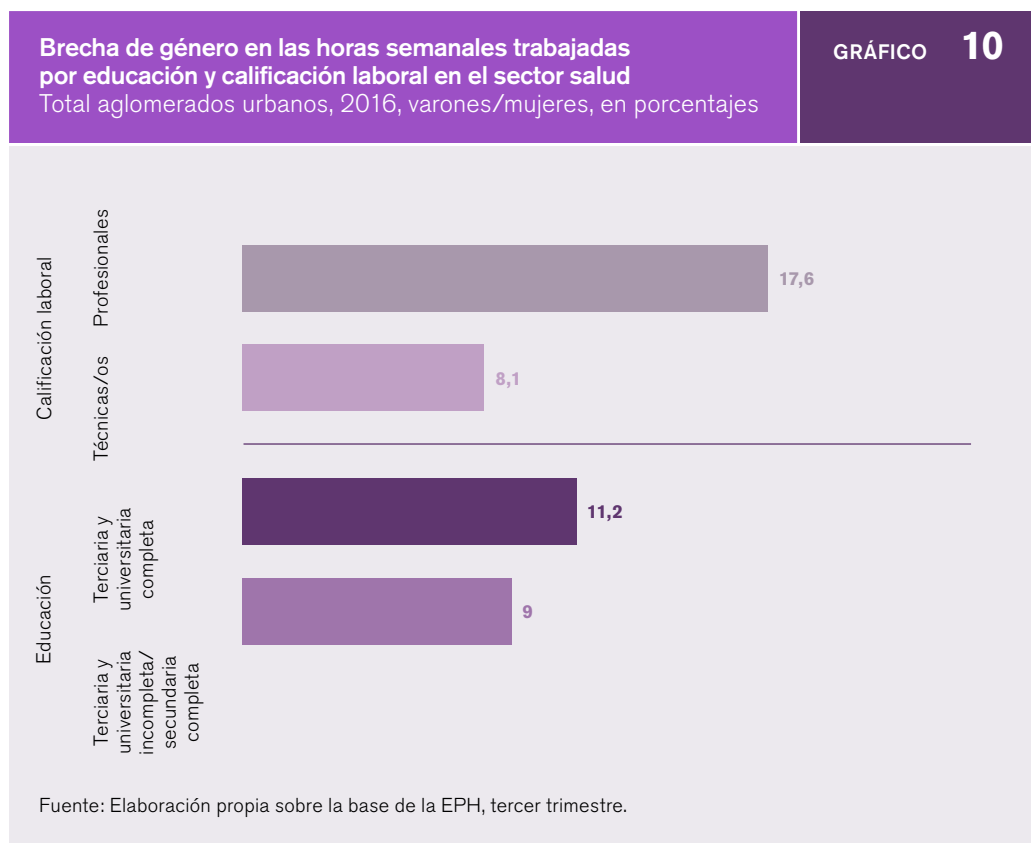


Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, segundo, tercer y cuarto trimestre.

mayor que en el conjunto del mercado laboral. En este contexto, los convenios colectivos que regulan las condiciones laborales de las y los asalariados registrados han posibilitado una mayor homogeneidad en las horas trabajadas a través de la provisión de derechos básicos sobre maternidad y cuidado, y el establecimiento de pautas relativamente uniformes sobre la dedicación horaria.

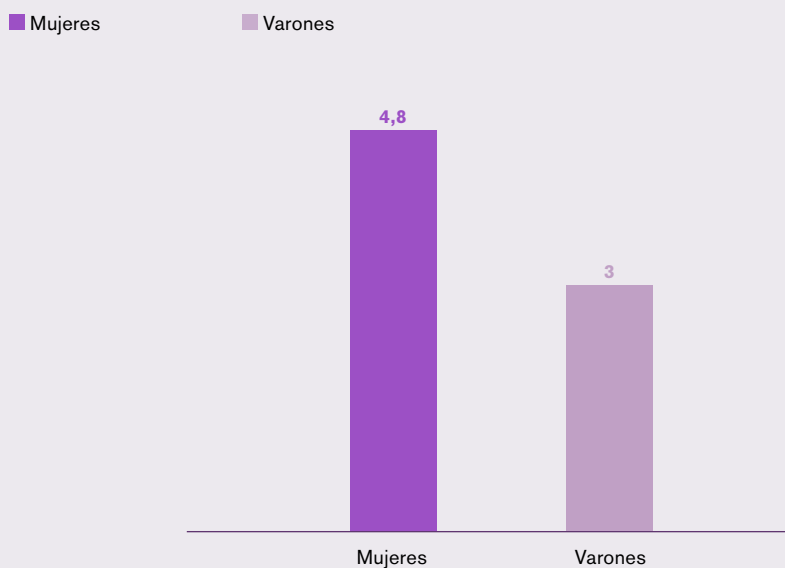
La existencia de una tradición sindical más arraigada de las y los técnicos y operativos del sector con respecto a las y los profesionales –y particularmente los médicos– ha facilitado la negociación de las condiciones y el proceso de trabajo. Muestra de esto es el Convenio 122/75 para Clínicas y Sanatorios con Internación que establece una regulación del horario de trabajo –vigente para el sector privado– con un régimen laboral similar a los de otros sectores de la actividad, de bandas horarias de entre 6 y 8 horas, y 12 horas para los fines de semana y días no laborables. Se instauran, de la misma manera, remuneraciones según el área destino de las

enfermeras (enfermeras de piso, tareas de rehabilitación, terapias, salud mental), que contemplan la carga diferencial del trabajo.¹⁹ Idéntica situación respecto de la carga horaria se observa en las y los enfermeros y trabajadoras y trabajadores técnicos o de servicios incorporados más recientemente en las carreras sanitarias junto a las y los profesionales del sector salud (Duré *et al.*, 2009a). Se trata de un régimen que ofrece opciones más favorables para la organización familiar y para los períodos de embarazo y lactancia. El convenio contempla también, bajo el rubro de “Permisos especiales” (art. 23), las inasistencias por enfermedad de familiar, las cuales son de seis días al año por cada familiar a cargo. La cantidad de días podría resultar insuficiente en caso de hijos pequeños pero es un avance sobre la legislación general, que no lo contempla en la ley de Contrato de Trabajo. Como agregado, se establece a su vez que el empleador deberá contar con sala maternal o con una compensación económica equivalente (art. 26).



Horas diarias dedicadas al cuidado y la organización del hogar de las y los trabajadores del sector salud
Total aglomerados urbanos, 2013

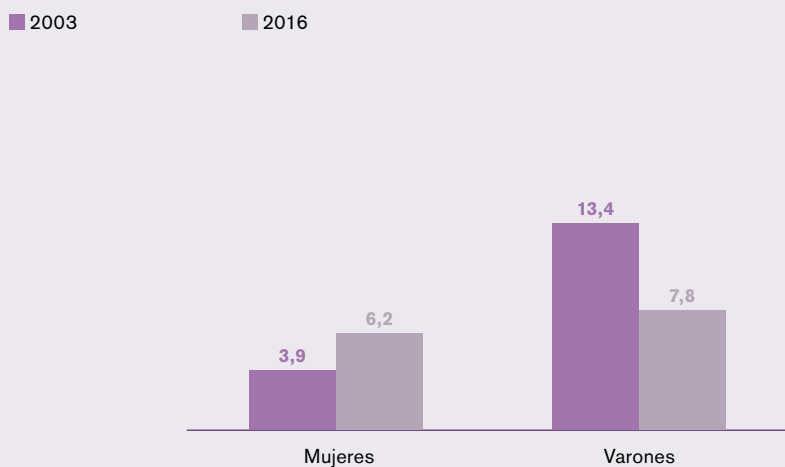
GRÁFICO 11



Fuente: Encuesta Anual de Hogares Urbanos, 2013.

Directoras y directores y jefas y jefes sobre el total de ocupados del sector salud
Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes

GRÁFICO 12



Fuente: EPH, tercer trimestre.

Distribución del uso del tiempo

¿Qué factores afectan, a su vez, a la brecha horaria de género? La distribución del uso del tiempo entre trabajo remunerado y trabajo doméstico y cuidado no remunerado es un factor clave para comprender la persistencia de las diferencias horarias. En especial, la visibilización del trabajo no remunerado que permiten las encuestas de uso del tiempo es central para estimar un aspecto de la desigualdad de género que tiende a ser soslayado. En el uso del tiempo, la desigualdad se materializa y reproduce otra, ya que el tiempo que disponen las personas impacta en sus oportunidades de participación laboral (Navarro, 2012).

A pesar del incremento de la participación laboral de las mujeres en ocupaciones profesionales en el sector salud, son las que mayoritariamente continúan como responsables principales de la organización del hogar y tareas de cuidado. Así lo muestra la única encuesta a nivel nacional sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo, que estima las horas promedio dedicadas a tareas domésticas, trabajo de cuidado y apoyo escolar (EAHU-INDEC, 2013).²⁰ La diferencia entre las mujeres y varones del sector asciende a 1,8 horas diarias: mientras ellas en promedio dedican 4,8 horas, ellos dedican 3.²¹ Es decir, la cantidad de horas diarias invertidas por las trabajadoras del sector en el cuidado y organización de sus hogares es un 60% más que sus contrapartes varones.

Estos resultados sugieren que las transformaciones en el sector salud en las últimas décadas no habrían sido acompañadas con el mismo ritmo por cambios en los roles dentro del hogar, y que sobre las mujeres recae la mayor parte del trabajo doméstico no remunerado. Es decir, la feminización profesionalizada se ha desarrollado en un contexto de “revolución estancada”, ya que la inserción masiva de las mujeres en puestos de calificación profesional no produjo modificaciones visibles en la participación de los varones en las tareas domésticas (Cerrutti, 2003; Wainerman, 2003).

Acceso a puestos de decisión

Uno de los rasgos más notorios que distinguen a mujeres y varones en Argentina es su inserción en puestos de decisión (PNUD, 2014). La segregación vertical dificulta las trayectorias laborales de las argentinas. Los varones tienden a ocupar los puestos de decisión y la brecha entre el porcentaje de trabajadoras y el de las que acceden a lugares de jefatura y dirección es aún amplia.

Los logros educativos de las mujeres de la salud y su mayor antigüedad en sus instituciones de trabajo cumplieron un rol clave en la expansión de sus capacidades y el acceso mayoritario a actividades profesionales. Completar el nivel universitario es un requisito clave para la mayoría de los puestos de jefatura y dirección, especialmente en el sector salud, donde la gran mayoría de los puestos de alta jerarquía son ocupados por profesionales. Los años de antigüedad –facilitados por el acceso, a su vez, a la planta permanente de las respectivas instituciones– son también un factor decisivo para alcanzar cargos de decisión en el sector.

En este contexto, se experimentaron mejoras entre los años 2003 y 2016. Si bien no han sido impulso suficiente para promover la paridad en las tareas de mayor responsabilidad y jerarquía, se incrementó el porcentaje de mujeres jefas y directoras de un 3,9 al 6,2%. En otras palabras, la segregación vertical afecta al sector salud, aunque se han producido avances recientes hacia un patrón ocupacional más igualitario.

A su vez, el porcentaje de mujeres de la salud en puestos de decisión entre el conjunto de trabajadoras del sector y del total de la población ocupada es muy cercano: la diferencia es menor a un punto porcentual. La presencia mayoritaria de mujeres en puestos profesionales en el sector no ha implicado, por lo tanto, diferencias importantes en su participación en cargos de jefatura y dirección respecto al resto de las trabajadoras del mercado laboral.

¿La feminización profesionalizada ha posibilitado mejoras en las condiciones laborales de las trabajadoras del sector salud en Argentina? Los hallazgos de este capítulo muestran cambios en algunos aspectos de sus perfiles sociodemográficos y resultados mixtos en relación a la igualdad de género en las condiciones laborales. Mientras se produjeron avances en la reducción de las brechas del trabajo registrado, la estabilidad laboral y en menor medida el acceso a puestos de decisión, persisten desigualdades en el ingreso y la distribución del uso del tiempo.

Los notables logros educativos de las mujeres de la salud impulsaron el acceso de un gran número de trabajadoras a puestos de calificación profesional. En la actualidad, las profesionales de la salud tienen una participación mayoritaria respecto a sus contrapartes varones (y una representación importante en el total de profesionales de la población ocupada). Al mismo tiempo, el mayor número de años de estudio –y por lo tanto la inserción más tardía al mercado laboral–, fue acompañado por una mayor edad promedio que las trabajadoras de la población ocupada. Esto se manifiesta en una estructura etaria más envejecida, con una mayor concentración en las mujeres de más de 50 años. También se identifica un proceso de envejecimiento, que se relaciona con la intensificación de la feminización profesionalizada a mediados de 1980 (Abramzón, 2005).

Más allá de la calificación ocupacional, en un sector que se caracteriza por brechas de ingreso y horarias muy pequeñas, la desigualdad de género en el ingreso total evidencia barreras a las que están expuestas un gran número de mujeres por sus dificultades para acceder

de forma más plena al mercado laboral. Al desagregarse por calificación, las profesionales se encuentran en una situación más adversa que las trabajadoras técnicas y operativas respecto a sus contrapartes varones, debido a que en una gran proporción trabajan de forma autónoma y presentan una mayor heterogeneidad en las brechas de género horarias.

A pesar de la feminización profesionalizada, se identifica una división sexual del trabajo al interior de los hogares. La persistencia de la delegación diferenciada de tareas entre mujeres y varones subyace en la persistencia de las horas trabajadas por mujeres y varones. Al igual que en el conjunto de la población ocupada, la distribución de las tareas de cuidado y organización de los hogares es marcadamente desigual. Las mujeres de la salud –tanto profesionales como técnicas y operativas– continúan siendo las responsables principales del trabajo doméstico no remunerado. La brecha significativa en la dedicación horaria explicita la magnitud de la desigualdad.

En contraste, se identifican avances en el acceso a puestos de decisión, facilitados por los logros educativos de las mujeres de la salud y la mayor antigüedad en los puestos. Sin embargo, la segregación vertical continúa y no se ha alcanzado aún una situación de paridad.

¿La feminización profesionalizada per se será suficiente para alcanzar en los próximos años una situación de paridad en las condiciones laborales del sector salud? ¿O existen condicionantes institucionales y culturales que obstaculizan la erradicación de las desigualdades? Para responder estas preguntas, el segundo y el tercer capítulo se concentran en la población profesional de la salud con mayor representación: las y los médicos.

El sector salud tiene una importante incidencia en el total de la población ocupada, especialmente entre las y los profesionales. Las y los trabajadores de la salud representan más del 6% del total de la población ocupada, y el 20,3% de las y los profesionales. Esto implica que dos de cada diez profesionales pertenecen al sector. En el total de las y los técnicos y operativos, la participación es sensiblemente menor, del 5,3%.

Al compararse la población del sector con la del conjunto de ocupadas y ocupados, se evidencia un muy alto nivel de calificación. Un tercio de las y los trabajadores del sector salud son profesionales; en el total de la población ocupada, esta figura es menor al 10%. Al sumarse las y los profesionales con las y los técnicos representan una amplia mayoría, mientras que en el total de ocupadas y ocu-

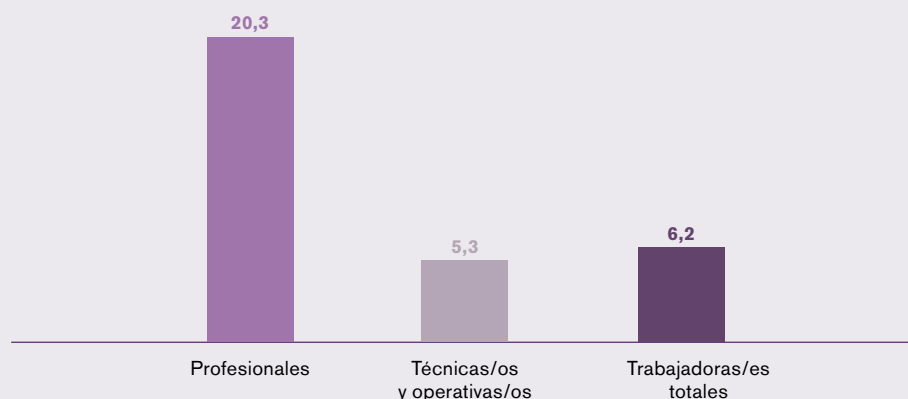
pados son alrededor de una cuarta parte.

Las y los trabajadores de la salud se concentran en una mayor proporción en el sector privado, si bien la participación en el sector público duplica a la del total de la población ocupada. Alrededor de seis de cada diez trabajadoras y trabajadores de la salud se desempeñan en el ámbito privado; en el total de la población esta cifra asciende a ocho de cada diez ocupadas y ocupados.

Por último, las y los trabajadores de la salud se concentran en su mayoría en el Gran Buenos Aires, seguido por la región Pampeana. El resto de las regiones geográficas (Noroeste, Noreste, Cuyo y Patagónica) representan el 21,2% del total de las y los ocupados del sector. Esta distribución es similar a la del conjunto de la población ocupada, donde también más de la mitad son empleados en el Gran Buenos Aires.

Trabajadoras y trabajadores del sector salud en el total de la población ocupada
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

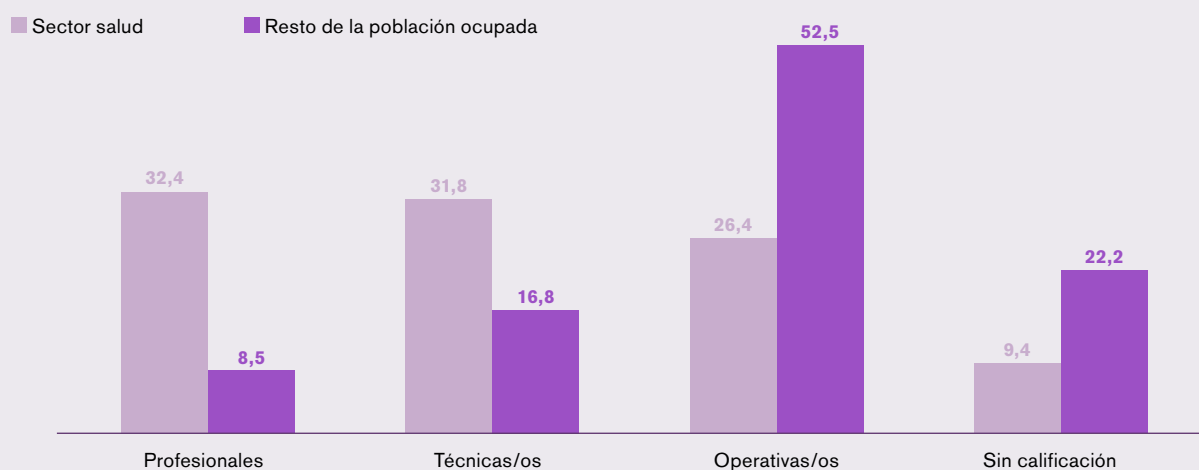
GRÁFICO R4.1



Fuente: EPH, tercer trimestre.

Calificación de las y los trabajadores del sector salud y de la población ocupada
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

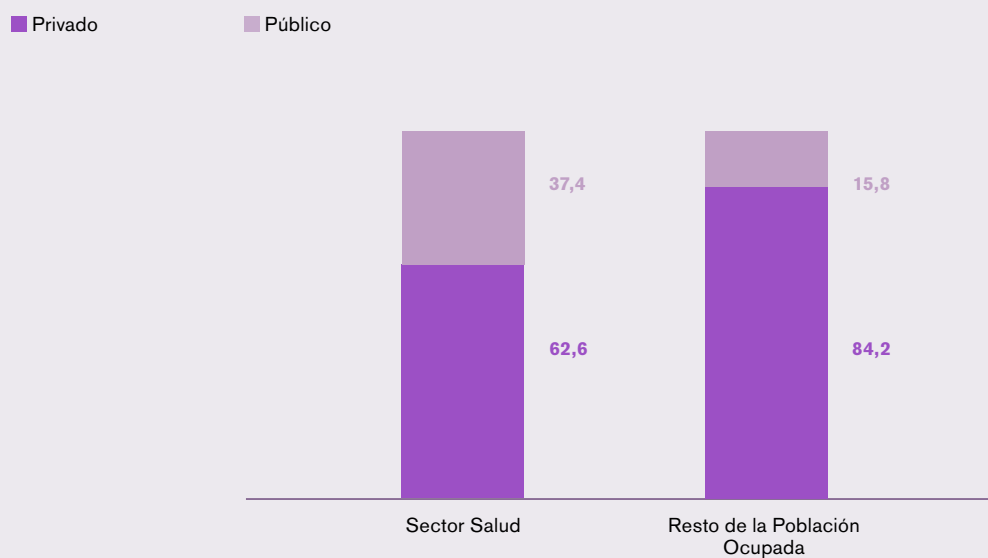
GRÁFICO R4.2



Fuente: EPH, tercer trimestre.

Trabajadoras y trabajadores del sector salud y de la población ocupada por sector de actividad
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

GRÁFICO R4.3



Fuente: EPH, tercer trimestre.

Trabajadoras y trabajadores del sector salud por región geográfica
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

GRÁFICO R4.4

■ GBA

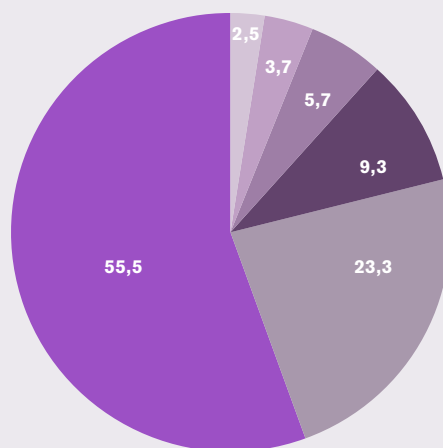
■ NOA

■ NEA

■ Cuyo

■ Pampeana

■ Patagónica



Fuente: EPH, tercer trimestre.

La Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2017, considera la creciente feminización de los recursos humanos en el sector, y recomienda incorporar la perspectiva de género y las necesidades de las trabajadoras en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud.

Esta estrategia regional está dirigida a guiar las políticas nacionales de recursos humanos para la salud, teniendo en cuenta que la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia de dichos recursos son factores clave para alcanzar los objetivos de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud; y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

El documento señala que, en los países de la región de las Américas, persisten importantes inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud (entre países y dentro de los países, entre los niveles de atención y entre los sectores público y privado), escasa retención en áreas rurales y subatendidas, altas tasas de movilidad y migración, así como precariedad en las condiciones de trabajo, baja productividad y limitada calidad del desempeño, lo que impide la expansión progresiva de los servicios, sobre todo en el primer nivel de atención. Donde existen recursos humanos para la salud, no siempre tienen el perfil y las competencias adecuadas o el enfoque intercultural, ni tampoco están siempre en el lugar y en el momento adecuados para mejorar la salud de las comunidades a las que sirven.

A pesar de los esfuerzos realizados por los países en las últimas décadas, aún perdura la subvaloración del rol de los recursos humanos para la salud como un factor de cambio social, con la percepción de que constituyen

un gasto creciente y no una inversión para mejorar la salud y el desarrollo.

La oferta de recursos humanos en América Latina tampoco está armonizada con las necesidades de los sistemas de salud basados en la atención primaria con redes integradas de servicios de salud. El personal de salud busca predominantemente su carrera profesional en el ámbito de las especialidades hospitalarias, y esto sigue afectando la disponibilidad y la retención de recursos humanos adecuados para la salud, especialmente en las zonas remotas y subatendidas.

Es en este contexto que ocurre la feminización creciente de las y los trabajadores sanitarios, fenómeno que está modificando las condiciones en la oferta de profesionales y va a requerir adecuaciones en los ámbitos de trabajo.

La estrategia finaliza con la recomendación de tres líneas de acción definidas sobre la base de los principales núcleos problemáticos:

1. Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud a través de la promoción de procesos intersectoriales (incluida la educación, la salud, el trabajo y las finanzas) en el más alto nivel para elaborar, implementar y evaluar políticas, regulaciones, intervenciones y marcos normativos de recursos humanos para la salud.

2. Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad a través del diseño de modalidades con mecanismos apropiados de retención y rotación de personal en los que se combinen los incentivos —tanto económicos y de desarrollo profesional como de proyecto de vida, condiciones de trabajo e

(continúa)

(continuación)

infraestructura— orientados a crear empleo estable y digno, trabajo de calidad y garantías de protección social.

3. Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Se propone el desarrollo de competencias que deben ser culturalmente apropiadas, con enfoque de género, y ofrecer respuestas para la resolución adecuada y aceptable en el nivel social de los problemas de salud de los diversos grupos poblacionales.

En Argentina, el campo de los recursos humanos en salud presenta un escenario de feminización sostenida. De tradición histórica en enfermería, la nutrición, parte-ría, fonoaudiología y psicología, la

proporción de mujeres ha aumentado de manera sustancial entre los profesionales de la medicina, y aún más evidente si se analiza el estudiantado actual.

Este proceso de feminización requiere políticas activas que visibilicen este nuevo panorama: a) que identifiquen, de manera cuantitativa y cualitativa, las nuevas necesidades profesionales desagregadas por estratos profesionales, etarios y vulnerabilidad de las zonas de trabajo; b) que diseñen y viabilicen los estilos de trabajo y organizacionales más pertinentes para la satisfacción laboral de todos las y los trabajadores sanitarios, y c) que regulen las modalidades de trabajo y contractuales (salarios dignos y equidad de género), y definan la manera de compatibilizar el derecho a la salud de la población con los derechos y condiciones laborales de los equipos de salud que se encargan de su atención y cuidados.

El Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (OFERHUS) es un área del Ministerio de Salud de la Nación que trabaja en el fortalecimiento, la evaluación y el monitoreo de las políticas de recursos humanos en salud, a partir de tres ejes principales:

- Política de fortalecimiento de la formación de los equipos de Salud.
- Política de fortalecimiento de los equipos provinciales de recursos humanos de Salud.
- Política de articulación intersectorial y de integración regional.

Desde su creación, las actividades del OFERHUS han sido: a) contribuir al desarrollo de la capacidad de conducción y gestión de políticas de Recursos Humanos de Salud (RHUS); b) fortalecer la capacidad de monitoreo y evaluación de las situaciones y tendencias locales de los recursos humanos en todas las jurisdicciones del país, a través del análisis y la construcción de escenarios con la información producida por la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) y otras fuentes primarias de datos intersectoriales, y c) apoyar el desarrollo de capacidades en las distintas Unidades de Recursos Humanos en Salud de las 24 jurisdicciones para la construcción de observatorios locales y regionales que contribuyan a la formulación de políticas y la gestión del conocimiento, a través de un trabajo colaborativo en red, que aporte al desarrollo de los recursos humanos de Salud en el país.

El equipo del Observatorio está conformado por un grupo interdisciplinario de

profesionales de las ciencias sociales, especializados en temas de RHUS, y pedagogos abocados a las actividades de formación permanente.

Se divide en 4 áreas de trabajo:

- **Formación de RHUS.** Análisis de datos estadísticos sobre formación de nivel técnico, grado y posgrado universitario. Articulación interministerial Salud – Educación.
- **Formación en Servicio/Fuerza de Trabajo en Salud.** Análisis de datos estadísticos sobre residencias del equipo de salud y sobre fuerza de trabajo en el sector. Articulación interministerial Salud – Trabajo.
- **Fortalecimiento de la información de RHUS de Observatorios Provinciales.** Apoyo técnico para actualización de brechas de las actividades de Salud Pública (FESP). Difusión de sitios web de Observatorios y noticias provinciales.
- **Gestión de la información, educación permanente en Salud y difusión.** Estas actividades forman parte del trabajo de articulación intra e intersectorial a través de la cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Brinda asistencia técnico-pedagógica y soporte técnico a las dependencias y los programas del Ministerio de Salud y a otras jurisdicciones y organizaciones vinculadas a salud, para el desarrollo de propuestas educativas en línea a través del Campus Virtual de Salud Pública de OPS/OMS.

11.



MUJERES Y VARONES EN LA MEDICINA

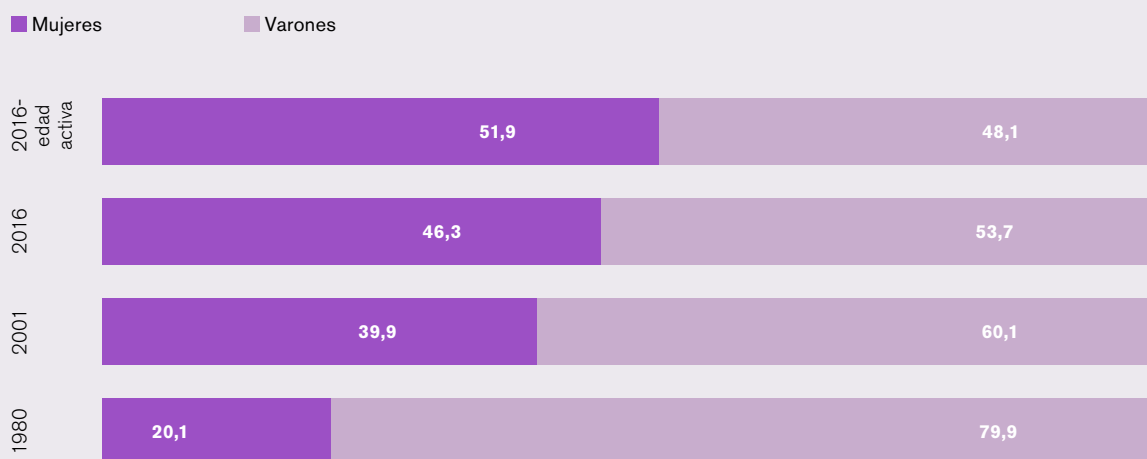
El alcance de la feminización profesionalizada en el sector salud en su conjunto fue impulsado, en gran medida, por la feminización de la medicina en las últimas décadas.²⁴ En un contexto donde las y los médicos son el grupo con mayor representación entre el total de profesionales de la salud, la participación de las mujeres médicas tuvo un incremento sistemático y muy significativo al menos desde la década de 1980.²⁵ En 1980, las mujeres representaban una muy baja proporción en el total de médicos en el país; en solo 20 años duplicaron su participación y en el 2016 alcanzaron una participación mayoritaria entre el total de médicas y médicos en edad activa.

¿Cuáles son las características propias de la feminización de la medicina? ¿Cómo afectó la feminización a las oportunidades de las mujeres para realizar una residencia, elegir una especialidad y acceder a puestos de alta jerarquía? Para responder estas preguntas, este capítulo explora los logros educativos de las mujeres en la medicina a través de las tendencias de las y los estudiantes a nivel nacional y subnacional, y hace foco en las tasas de matriculación, las y los nuevos inscriptos y las y los egresados. Luego, analiza cambios en las estructuras etarias de las y los médicos y su distribución geográfica. Por último, identifica brechas de género entre especialistas, especialidades, y en el acceso a puestos de decisión, y aporta una síntesis de los hallazgos.

Mujeres médicas y varones médicos

Total país, 1980, 2001 y 2016, en porcentajes

GRÁFICO 13



Nota: "edad activa" comprende a las y los médicos entre 23 y 64 años.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Relevamiento Nacional de Recursos Humanos de la Salud, 1980; el Censo Nacional de Población, 2001 y el Registro Federal de Profesionales de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación 2016.

Perfiles sociodemográficos

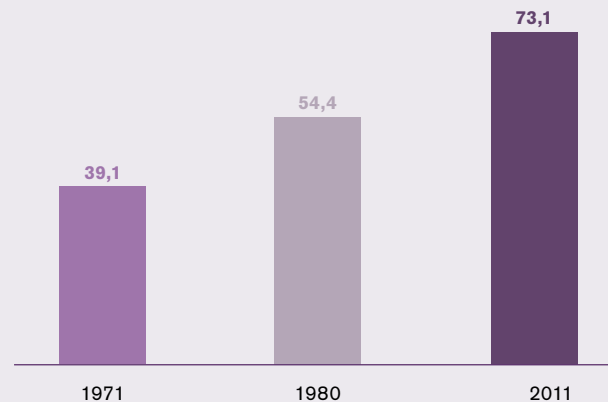
Logros educativos

Actualmente, las mujeres son mayoría en el total de estudiantes de las carreras de Medicina en el país. Este fenómeno que se expande, sin excepciones, en todas las universidades principales y se manifiesta en todas las instancias del ciclo universitario sugiere una tendencia consolidada que continuará en los próximos años. Además, contrasta con la presencia minoritaria de mujeres medio siglo atrás. A principios de la década de 1960 se graduaba solo 1 mujer cada 20 varones (González García, 2012). Entre 1970 y 1980 se produjo la feminización de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), la principal universidad del país: las mujeres incrementaron del 39% al 54% (Tiramonti, 1995; PNUD, 2014).^{26,27} Entre 1980 y el 2011 la feminización se consolidó, al representar las mujeres una amplia mayoría, más de siete de cada diez estudiantes.

A nivel nacional, entre las y los 78.322 estudiantes de Medicina, más de 6 de cada 10 son mujeres (Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación de la Nación, 2015). En la actualidad, hay más mujeres estudiantes, egresadas y nuevas inscriptas. Al compararse la proporción de mujeres y varones estudiantes con la de egresados y nuevos inscriptos en el total del país, la relación es similar. En el año 2015, el 64,3% de los egresados de Medicina y el 65,9% de las y los nuevos inscriptos eran mujeres. La diferencia de sexo en la tasa efectiva de egreso refleja las diferencias entre mujeres y varones estudiantes, ya que es prácticamente la misma. Estos valores consolidan el proceso de feminización de la medicina: no solo hay más mujeres estudiantes de Medicina, sino que además se gradúan en una mayor proporción y las nuevas inscriptas también son una amplia mayoría.

Mujeres en la Facultad de Medicina de la UBA
1971, 1980 y 2011, en porcentajes

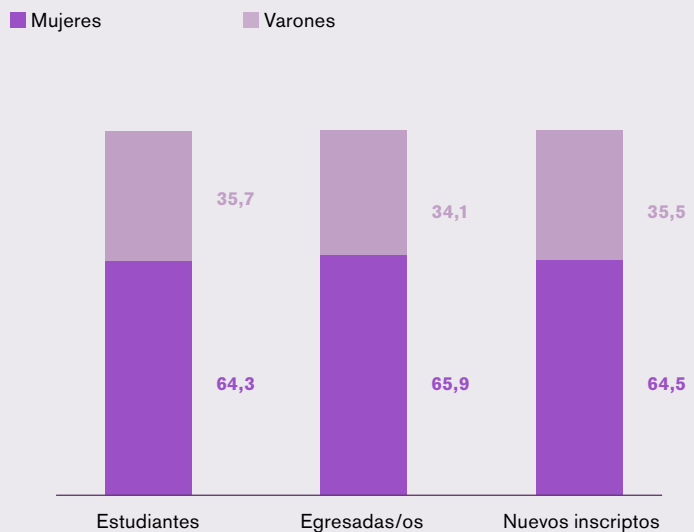
GRÁFICO 14



Nota: mujeres+varones= 100%.
Fuente: Tiramonti, 1995 y PNUD, 2014.

Mujeres y varones estudiantes de Medicina, nuevos inscriptos y egresados
Total país, 2015, en porcentajes

GRÁFICO 15



Fuente: Sec. de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación de la Nación.

La feminización es un fenómeno que se expande a todas las universidades estatales del país. Las brechas de estudiantes, nuevos inscriptos y egresados en cada una de las universidades presentan también diferencias a favor de las mujeres. La UBA tiene las mayores proporciones de estudiantes mujeres, de nuevas inscriptas y egresadas. Las universidades del Norte también presentan feminización, aunque la proporción de estudiantes, egresadas y nuevas inscriptas tiende a ser menor que en el resto de las regiones.

La consolidación de las mujeres estudiantes de Medicina fue contemporánea a la mayor apertura del sistema universitario a partir del restablecimiento de la democracia en Argentina. A pesar de que no se trató de un proceso lineal, el impacto en las instituciones fue duradero. Significó mayor apertura en entornos formales e informales, mayor libertad de expresión y de reunión, y la exposición a medios de comunicación independientes. La mayor tolerancia, pluralidad y diversidad en las instituciones

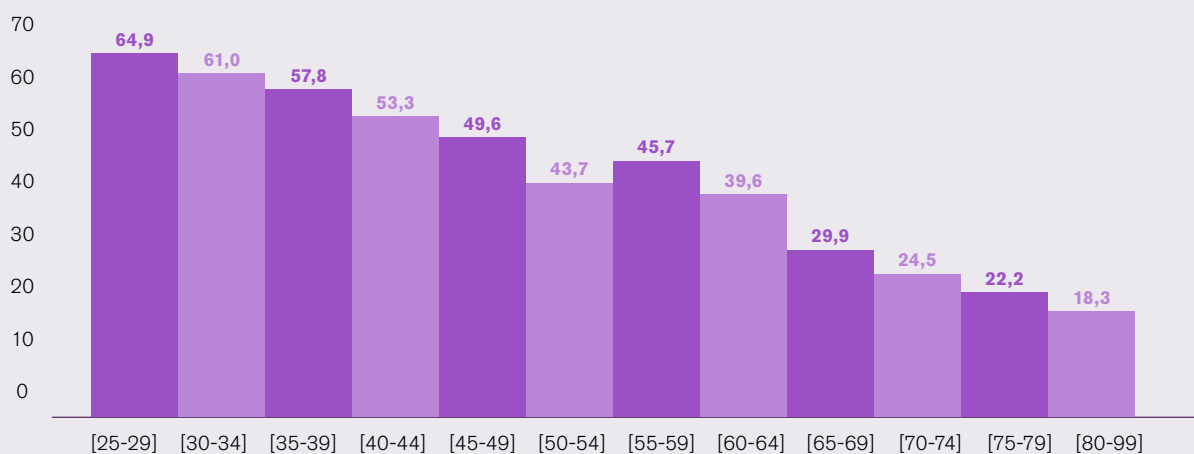
implicó una mayor inclusión de grupos tradicionalmente excluidos o relegados, entre ellos las mujeres (Siemienska, Basañez y Moreno, 2010; Inglehart y Norris, 2003). Este proceso ha sido particularmente visible en el ámbito educativo, donde los avances de las mujeres comenzaron a consolidarse y a destacarse; en especial en el nivel superior y universitario. Las profesionales de la salud, que en su mayoría transcurrieron su adolescencia y adultez temprana durante la transición democrática, no han sido ajenas a estos cambios. Por el contrario, han tenido un rol protagónico, impulsadas por el crecimiento notable de mujeres en las carreras de Medicina de todo el país.

Estructura etaria y distribución regional

Una clara manifestación del proceso de feminización en la medicina son los cambios en la distribución etaria. En la actualidad hay una presencia mayoritaria de mujeres

Médicas por grupo de edad
Total país, 2016, en porcentajes

GRÁFICO 16



Nota: mujeres + varones = 100%.

Fuente: Registro Federal de Profesionales de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

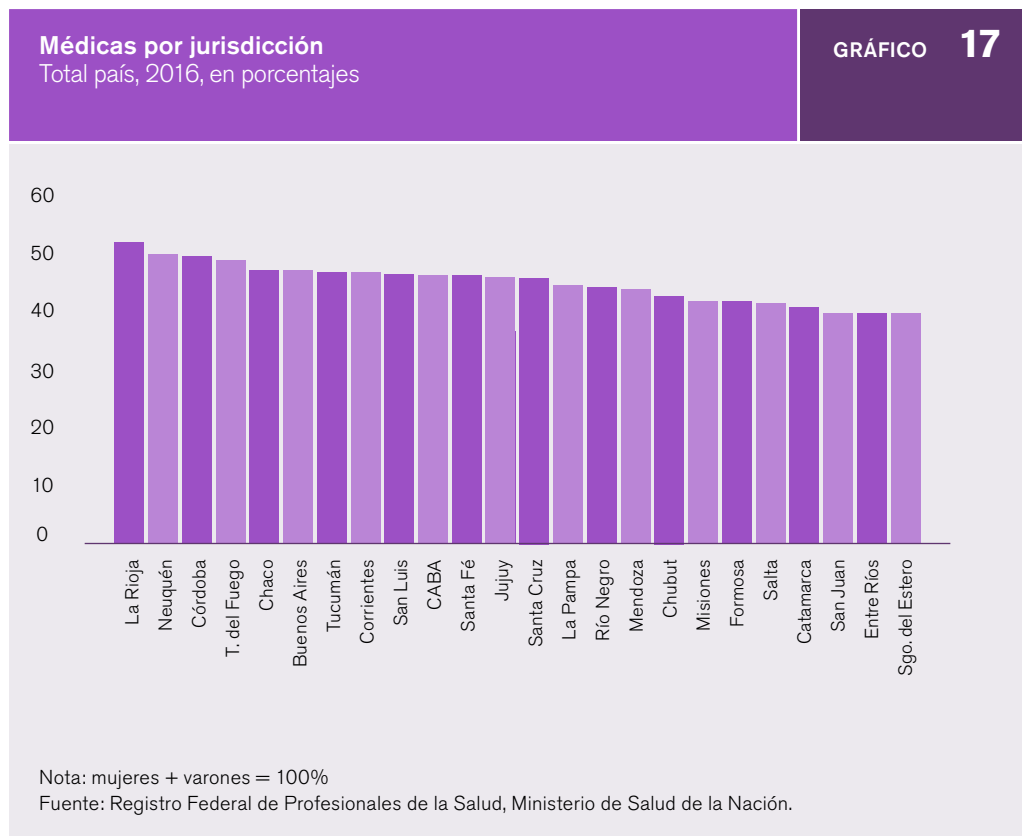
médicas entre los grupos más jóvenes y de edad media: a medida que la edad baja, la proporción de médicas incrementa. Por el contrario, a mayor edad, aumenta la participación de los médicos. El punto de inflexión se produce entre las y los menores de 50 años, a partir del cual las mujeres tienen una mayor participación que sus contrapartes varones (REFEPS, 2016). Entre los profesionales mayores a 50 años, predominan los varones; entre los menores de 40 años, las mujeres. Entre los 40 y los 50, los porcentajes son similares: el proceso de feminización se intensifica con las médicas que hoy tienen alrededor de 50 años, que ingresaron a la universidad en el comienzo del restablecimiento democrático, se afianza entre las médicas entre 30 y 40 años, y se consolida entre las menores de 30.

La feminización de la medicina se manifestó en una primera instancia en los grandes centros urbanos, en donde se sitúan la mayoría de las universidades con carreras de Medicina y ámbitos más receptivos

a transformaciones sociodemográficas (Abramzón, 2005). En la actualidad, en todas las jurisdicciones del país las mujeres representan al menos el 40% de las y los profesionales médicos (REFEPS, 2016).

Brechas en las especialidades

Las residencias médicas se distinguen por su práctica intensiva en instituciones hospitalarias y son el modelo predominante para la formación de especialistas.²⁸ El dispositivo de residencias no solo se centra en la formación, también contribuye a la socialización institucional y profesional de las y los egresados. Permite integrar a las y los



“recién llegados” al campo de la salud, socializándolos con los códigos, las prácticas y los imaginarios que se comparten y que facilitan la posibilidad de “habitar” los espacios de trabajo.

Asimismo, la obtención de una especialidad afecta el ingreso al sistema de salud, a través de su obligatoriedad en varias de las jurisdicciones del país (entre ellas, la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y de reconocimientos salariales para las y los médicos certificados como especialistas. Es decir, ser o no ser especialista impacta en las posibilidades de las y los profesionales de la medicina a acceder a un puesto permanente.

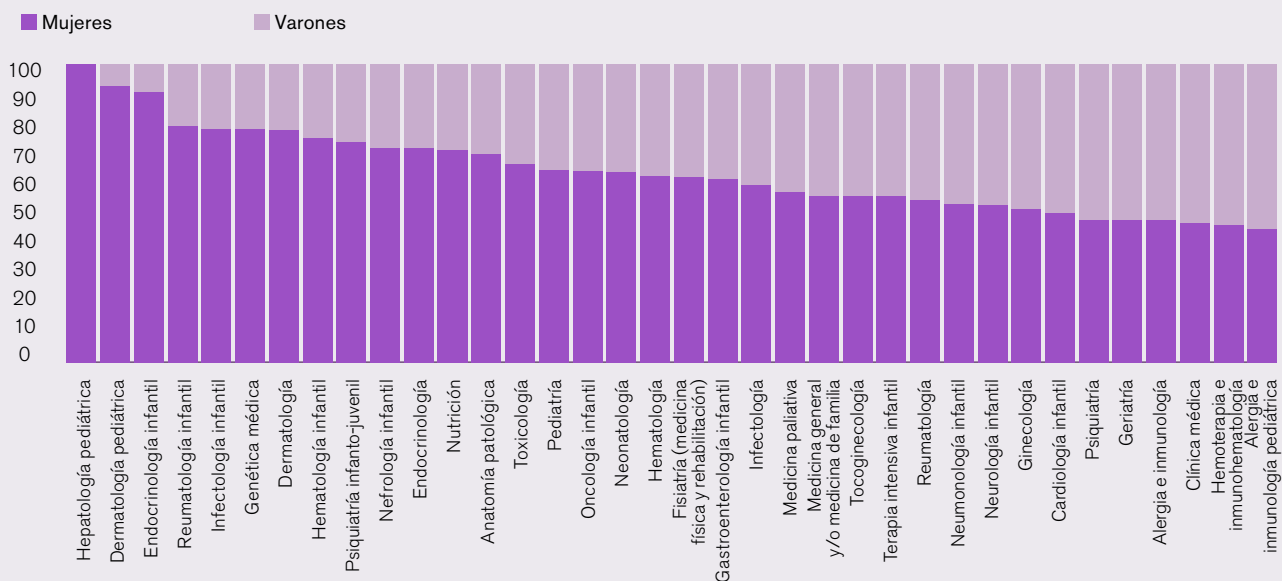
Son las mujeres quienes, a pesar de ser una amplia mayoría entre los graduados, se especializan en menor proporción. Hay más médicas jóvenes sin especialidad no solo respecto a médicas de mayor edad, sino también a sus contrapartes varones de la misma edad. Esta tendencia se manifiesta en la expansión de la base de las mujeres no especializadas

entre las más jóvenes. Por el contrario, los varones sin especialidad muestran una distribución etaria más homogénea.

Esta brecha se vincula con las mayores dificultades que enfrentan algunas mujeres para realizar las residencias, en un contexto donde la edad promedio de ingreso es entre los 27 y 29 años y el promedio de duración es entre 3 y 4 años (Observatorio de Recursos Humanos de la Salud, 2015). Como explicita Duré et al. (2013), ciertos elementos constitutivos de las residencias suelen presentar mayores dificultades para las mujeres: “Las residencias son un proceso formativo tradicionalmente diseñado por varones y pensado para ser transitado por sus congéneres”. Las prolongadas jornadas laborales, las guardias periódicas, los tratos diferenciales entre géneros y la duración del proceso formativo muchas veces ponen a las mujeres en la disyuntiva de optar por realizar la residencia o una formación de posgrado alternativa, como la especialidad universitaria o la concurrencia, que

Médicas y médicos por especialidad

Total país, 2016, en porcentajes



Fuente: Registro Federal de Profesionales de la Salud, Mtro. de Salud de la Nación.

implican cargas de trabajo menores.

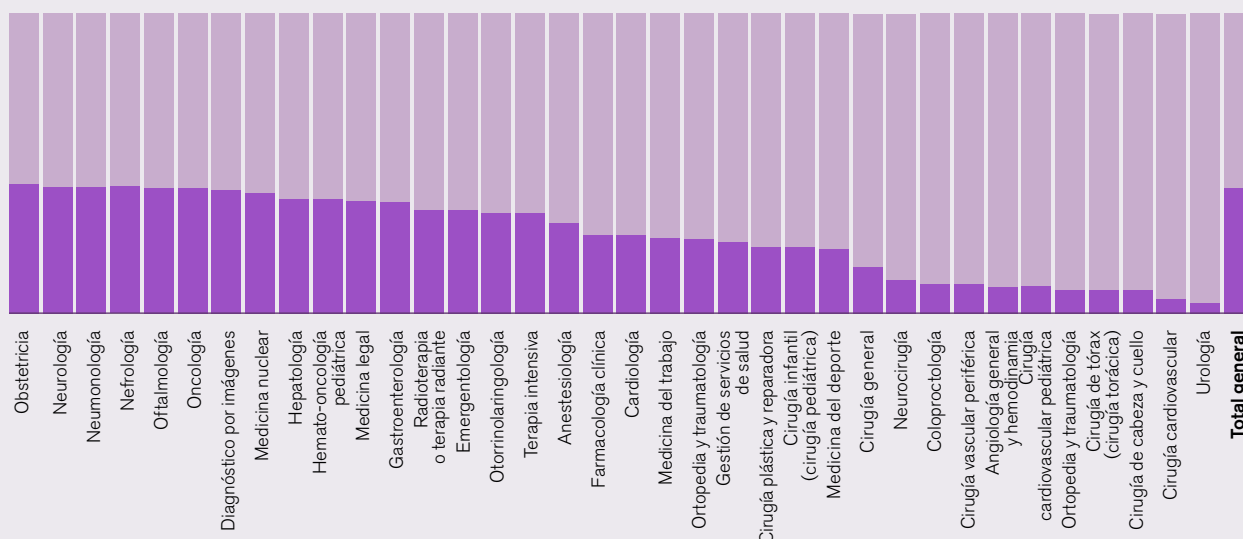
En materia de licencias por enfermedad y maternidad, las residencias se rigen por las normas de la jurisdicción en la que se encuentran, aunque en ocasiones el propio reglamento contempla mayores restricciones que el régimen jurisdiccional. Así es como coexisten, a lo largo del país, residentes que gozan desde 45 días hasta 6 meses de licencia. La situación formativa de las residentes se complejiza aún más si tienen alguna complicación en el embarazo, y se identifican casos de embarazos de alto riesgo por el nivel de estrés al que se encuentran expuestas. Estas situaciones generan inequidades en el acceso a la formación y, en un contexto feminizado, limitan los resultados de la política de formación. Por ello, algunos reglamentos de residencias han avanzado en la posibilidad de prorrogar el período formativo en los casos de licencias prolongadas por razones de maternidad.

El proceso de feminización se produjo a diferentes ritmos en las distintas

especialidades. De 72 especialidades certificadas, en 30 hay predominancia de mujeres y en 40 de varones. Entre las especialidades feminizadas, en 12 de ellas las mujeres representan al menos el 70%, mientras que en las masculinizadas la concentración es mayor: en 19 especialidades al menos el 70% son médicos varones. Las 10 especialidades con mayor participación de mujeres son: hepatología pediátrica, dermatología pediátrica, endocrinología infantil, reumatología infantil, infectología infantil, genética médica, dermatología, hematología infantil, psiquiatría infanto-juvenil y nefrología infantil. Por su parte, las 10 especialidades con mayor participación de varones son: urología, cirugía cardiovascular, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de tórax, ortopedia y traumatología, cirugía cardiovascular pediátrica, angiología general, cirugía vascular, coloproctología y neurocirugía.

La distribución de especialidades entre mujeres y varones pareciera no ser aleatoria. Las especialidades altamente

GRAFICO 18



masculinizadas tienden a tener mayor remuneración de ingresos, y se vinculan además con características tradicionalmente definidas como masculinas, como el control, la autoridad y el manejo de situaciones de riesgo, y con guardias con mayor exigencia horaria. Por el contrario, las especialidades altamente feminizadas tienden a relacionarse con atributos definidos como femeninos, como el cuidado materno-infantil que, a su vez, suele estar vinculado con la contención y la empatía.

A pesar de la segregación horizontal, el proceso de feminización de la medicina ha evidenciado en los últimos años cierto crecimiento en la participación de mujeres médicas en algunas de las especialidades tradicionalmente masculinizadas (Dursi y Millenaar, 2017).

Brechas en el acceso a puestos de decisión

Las brechas en el acceso a puestos de decisión son especialmente marcadas entre las y los médicos. Si bien aún no se ha sistematizado la información sobre cargos directivos a nivel nacional en instituciones hospitalarias, está disponible la información de la provincia de Buenos Aires, la jurisdicción con el mayor número de trabajadores del sector salud en el país. En el Ministerio de la Nación y los ministerios provinciales, las mujeres también son minoría en los cargos de mayor responsabilidad. Incluso entre las universidades, las principales carreras de Medicina están lideradas en su gran mayoría por varones. Las asociaciones médicas y los gremios presentan un patrón similar, con una baja participación generalizada de mujeres.

Los datos de la provincia de Buenos Aires son elocuentes: las mujeres solo ocupan el 25% de las direcciones ejecutivas en las instituciones hospitalarias. Es decir, menos de

3 de cada 10 cargos. Entre las direcciones asociadas, la participación de las mujeres incrementa al 41%. De todas formas, aun en las direcciones asociadas no se alcanza la paridad.

En el Ministerio de Salud de la Nación, los cargos de mayor jerarquía también eran ocupados mayoritariamente por varones en 2017. La participación de las mujeres solo incrementa en instancias de menor responsabilidad (mapa del Estado, Ministerio de Modernización, octubre de 2017). El ministro era varón, y varones ocupaban las 5 secretarías, así como también el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y la Agencia Nacional para Laboratorios Públicos. A partir de las subsecretarías y direcciones nacionales se identifica una distribución más igualitaria. Las brechas en el acceso a puestos de decisión se reproducen incluso en el ámbito universitario, en el cual las estudiantes mujeres, como se menciona más arriba, tienen una presencia mayoritaria en prácticamente todas las facultades de Medicina del país. En 2017, de las 20 universidades que componen el Foro Argentino de Facultades y Escuelas Médicas Públicas, solo había 5 decanas mujeres. Entre las y los vicedecanos, la cantidad de mujeres ascendía a 7.

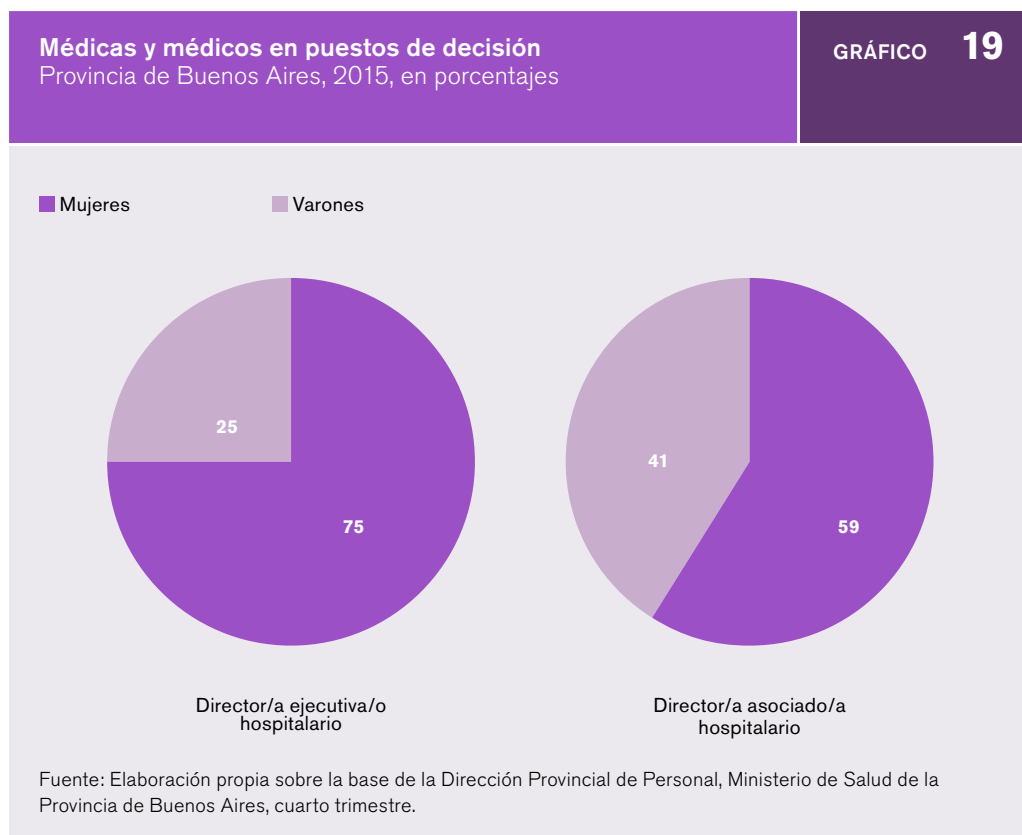
En relación a las sociedades o asociaciones profesionales médicas a nivel nacional, aquellas en especialidades feminizadas son más permeables a la participación de mujeres en sus comisiones directivas. En su gran mayoría, las comisiones están compuestas por mujeres y en varias de ellas se presentan situaciones de paridad. Sin embargo, los puestos de presidente y vicepresidente en general son ocupados por médicos varones, incluso en especialidades que se encuentran entre las de mayor nivel de feminización, como dermatología pediátrica y endocrinología pediátrica. En las sociedades de especialidades masculinizadas, las barreras de entrada se intensifican y la presencia de mujeres en cargos directivos es generalmente marginal. En varias de ellas, las comisiones directivas son ocupadas exclusivamente por varones. Algunos ejemplos

son las sociedades vinculadas a cirugía de cabeza y cuello, ortopedia y traumatología, cirugía de tórax y neurocirugía.²⁹

Por último, en los principales gremios médicos a nivel nacional las comisiones directivas están conformadas por mayoría de varones, y las mujeres tienden a tener cargos de menor jerarquía.³⁰ En la provincia de Buenos Aires –la jurisdicción con mayor número de matrículas– se presentan también diferencias visibles. Una excepción es la Asociación de Médicos de la Actividad Privada, cuya vicepresidenta y secretaria gremial son mujeres.

Estos resultados muestran que, a pesar de la creciente participación de las mujeres en la medicina, son los varones quienes ocupan la mayoría de los cargos de alta jerarquía. La edad es un factor que limita el acceso de más médicas a puestos de decisión. Es

de esperar que a medida que las médicas aumenten su edad promedio y converjan hacia la edad promedio de sus contrapartes varones, se tienda a una mayor paridad en puestos de decisión. Otro factor es la brecha especialista/no especialista. Acceder a un puesto de decisión, en especial en una institución hospitalaria, demanda pertenecer a la planta permanente, y es más factible hacerlo con una especialidad. Por lo tanto, la desigual distribución de mujeres y varones especialistas se traslada a un desigual acceso a puestos de decisión. Al mismo tiempo, las evaluaciones y expectativas en relación a roles y estereotipos de género, como muestra el capítulo III, se vinculan con la persistencia de la división sexual del trabajo al interior de las instituciones hospitalarias y también afectan la posición relativa de mujeres y varones en sus trayectorias en el mediano y largo plazo.



En las últimas décadas se produjo una transformación significativa en la presencia de las mujeres en la medicina. En 35 años, las mujeres pasaron de una tener una participación minoritaria a ser más de la mitad de las y los médicos en edad activa. La mayor apertura de las universidades, a partir del restablecimiento de la democracia, consolidó el proceso de feminización de la población estudiantil y la inserción creciente de las médicas en el mercado de trabajo. Por medio de sus logros reflejan los cambios institucionales e históricos que ha atravesado Argentina en su historia reciente, así como también los desafíos pendientes para alcanzar una paridad efectiva respecto a sus contrapartes varones.

A pesar de la feminización de la medicina, es entre las mujeres jóvenes donde se concentran las no especialistas. Si bien esto se explica en parte por su edad, es una proporción mayor que sus contrapartes varones. Las dificultades para realizar la residencia exponen en gran medida esta desigualdad. Las residencias coinciden generalmente con la etapa reproductiva, afectan decisiones sobre la maternidad y presentan estructuras organizacionales y condiciones laborales que suelen intensificar las tensiones latentes sobre conciliación trabajo-hogar.

La brecha especialista/no especialista condiciona las trayectorias laborales de las mujeres en la medicina, su estabilidad laboral y el acceso a puestos de decisión. La especialidad es un requisito fundamental

para acceder a plantas permanentes, reconocimientos salariales y cargos de jefatura de áreas y dirección hospitalaria. Por lo tanto, el tipo de inserción y las condiciones de trabajo de las y los médicos sin especialidad tienden a ser más adversos. En este contexto, la brecha de género entre las y los no especialistas genera desigualdades, que se manifiestan de forma evidente en el acceso a cargos de alta jerarquía. Las mujeres tienen una menor representación en instituciones hospitalarias, ministerios, asociaciones profesionales e incluso el ámbito académico.

Se presentan también diferencias visibles entre las especialidades. Estas brechas importan porque son generalmente las especialidades vinculadas a mayor remuneración las que están altamente masculinizadas. Mientras que pediatría, ginecología y neonatología son especialidades con predominancia de mujeres, las cirugías y anestesiología tienen mayoría de varones. Estas desigualdades no parecieran ser aleatorias, sino que suelen vincularse a atributos generalmente asociados con las capacidades de los varones –mayor “control” y manejo de alto riesgo– y las mujeres –mayor predisposición a la atención materno-infantil–, y a la intensidad en términos de demandas horarias.

¿Cómo impactan los estereotipos de género y la discriminación en las trayectorias laborales de las médicas, y en la división sexual del trabajo al interior de las instituciones hospitalarias? El capítulo III, a través de testimonios de médicas y médicos, indaga estos interrogantes.



MÉDICAS Y MÉDICOS EN PRIMERA PERSONA. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO, ENTORNOS ORGANIZACIONALES Y TRAYECTORIAS LABORALES

“Un día operando (mi jefe) me da un codazo y me choca las lolas, y me dice: ‘hay que hacerte una reducción.’”

Cirujana plástica, 45 años

Persisten estereotipos de género en las instituciones hospitalarias, es decir, representaciones extendidas sobre las formas de ser, actuar y pensar de mujeres y varones. Estos permean las representaciones sobre el carácter y los rasgos de personalidad. Consolidan comportamientos, actitudes, experiencias y expectativas diferenciales. Se expresan a través de supuestos generalizados sobre capacidades “distintivas” de las mujeres en relación con los varones, e inciden en caracterizaciones sobre sus perfiles actitudinales, sus formas de vinculación y sus modos de liderazgo.

Una de sus manifestaciones más explícitas es una *cultura de desconfianza* hacia las capacidades de las mujeres médicas para desempeñarse en ciertas especialidades, especialmente aquellas altamente masculinizadas. El control, el manejo de situaciones de riesgo y estrés y el liderazgo son generalmente asociados con atributos masculinos.

En otras palabras, en las instituciones hospitalarias todavía predominan definiciones estereotipadas de los roles y las actividades específicas para cada sexo: se construyen expectativas *generizadas* en torno a los comportamientos laborales de las mujeres, las cuales generalmente deben adecuarse a normas y modelos masculinizados de actuación y trato con los pacientes y usuarios del sistema de salud.

Este es uno de los hallazgos que se infieren a partir las entrevistas que se realizaron a 20 médicas y 19 médicos de especialidades feminizadas y masculinizadas, con distinta jerarquía ocupacional, en hospitales públicos y privados, durante el segundo semestre de 2015 en el Área Metropolitana. Se entrevistaron 6 directoras

y directores, nueve jefas y jefes de servicio masculinizado, 5 jefas y jefes de servicio feminizado, 9 médicas y médicos de servicio masculinizado, 8 de servicio feminizado, 1 residente de servicio masculinizado y 1 residente de servicio feminizado. Las especialidades de las y los médicos entrevistados son, por orden alfabético: anestesiología, cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía traumatológica, clínica médica, coloproctología, dermatología, diagnóstico por imágenes, gastroenterología, ginecología, infectología, nefrología, neonatología, obstetricia, pediatría, psiquiatría, terapia intensiva y terapia intensiva infantil.

La mayoría de las y los entrevistados tienen hijas y/o hijos. La mayor proporción de entrevistados sin hijos se concentra entre las mujeres médicas en servicios de especialidades masculinizadas. Asimismo, las y los entrevistados presentan un amplio rango etario, vinculado a la variedad de los perfiles ocupacionales. La mayor concentración de entrevistadas se presenta en el rango de edad media, entre 35 y 49 años, mientras que los entrevistados se concentran en el grupo de +50.

No se expone la identidad de las y los entrevistados. Para preservar la confidencialidad, los testimonios de las y los médicos en puestos de jerarquía no incluyen la edad (véase el anexo metodológico 2 para información detallada sobre la distribución de los perfiles socio-ocupacionales).

Las entrevistas indagaron sobre las experiencias y las percepciones de las y los médicos en relación a brechas laborales y el rol de las mujeres en sus ámbitos de trabajo (véase el anexo metodológico 2, la Guía de pautas de las entrevistas). Se concentraron en seis dimensiones: estereotipos de género y cultura hospitalaria, embarazo y maternidad, cuidado, perfiles actitudinales, acceso a puestos de decisión y cambios generacionales.

Estereotipos de género y cultura hospitalaria

“Las mujeres toleran mucho menos el estrés, se desbordan más rápido, se sienten saturadas, explotan en llanto, son más impulsivas. Los hombres son más tranquilos, más estables... Por ahí a propósito la biología nos creó así, uno más estable y el otro más cíclico, con la responsabilidad de la reproducción y el otro para sostener.”

Nefrólogo, 37 años

Los estereotipos de género y la masculinización de los entornos laborales se manifiestan en cuestionamientos hacia las capacidades de las mujeres y sus desempeños. El cargo formal y la validación institucional para ocuparlo no suelen ser legitimadores suficientes de sus capacidades y trayectorias, sino que tienen que ser reforzados en su labor cotidiana. Se las suele caracterizar como más “emocionales” y permeadas por problemas del ámbito del hogar; en la toma de decisiones, se las suele percibir como más “blandas” e inseguras. Por el contrario, los estilos y mecanismos de toma de decisión de los varones se consideran más lineales, frontales y expeditivos.

“El hombre se siente más cómodo que la mujer con determinado nivel de estrés. Debe haber algo del género en el cual naturalmente hay un nivel que no quieren pasar, o no se sienten preparadas para pasarlo... y [se transforma] en una barrera.”

Cirujano general, coordinador de servicio

“Lo que me tocó vivir a mí fue un entrenamiento duro físicamente, duro anímicamente, duro emocionalmente. Había que estar preparado casi como un soldado para la guerra, es muy difícil que una mujer pueda superar eso... Para ser cirujano tenés que ser un tipo duro, inquebrantable, emocionalmente controlado...”

Cirujano cardiovascular, jefe de Servicio

“En el hombre noto una fuerza y un potencial distinto para abordar, sostener, enfrentar un problema.”

Cirujano general, jefe de Servicio

Estas creencias, reforzadas a través de diferentes generaciones, impregnan entornos institucionales y aún imponen altas barreras de entrada a las mujeres que desean especializarse en áreas masculinizadas.

“Creo que hay un sesgo en el ‘conocimiento ilustrado’, que todavía mantiene la característica de señores feudales: cirujanos, traumatólogos. Tener su espacio de conocimiento, de saber técnico, y de transmitirlo con mucha dificultad a sus discípulos. Creo que eso se va a vencer mucho con la nueva educación con simuladores... En general las especialidades que tienen menos prácticas son las primeras en las que las mujeres han encontrado su lugar. Creo que por una oportunidad de posicionamiento, más que una elección.”

Director de hospital

“Cuando tenés generaciones de hombres que son más grandes, o sea otras generaciones mayores a las tuyas, no les gusta que pienses, que tengas carácter. Les choca que estés allá, es como que te quieren bajar los decibeles, parece como que uno genera cierta amenaza.”

Cirujana general, 44 años

“Los médicos más grandes tienen una mentalidad muy machista, porque la escuela quirúrgica que se ha formado es así, entonces directamente no ven a la mujer capaz para realizar ciertos trabajos.”

Cirujana coloproctóloga, 45 años

Asimismo, el compromiso y la dedicación horaria son dos de los aspectos más cuestionados a las mujeres médicas. Prevalecen sesgos que asocian la maternidad, tanto a las madres como a las mujeres en general en edad fértil, con un menor compromiso hacia el trabajo y en particular hacia su disponibilidad con las guardias:

“Cuando hice la residencia, no dejaban entrar mujeres. A mí me interesaba el lugar, pero ya nos habían dicho que no tomaban mujeres porque una residente había quedado embarazada y está

la idea de que tomamos las cosas con otro nivel de compromiso... Yo dije, 'bueno, a ver qué pasa', porque había dado re buen examen. Entonces dije 'no me van a poder sacar'. Y entré, y me decían 'qué raro, porque no quieren mujeres.'

Cirujana plástica, 45 años

"El hombre se pone de guardia y listo, ya está. Las mujeres cuando hay que hacer las guardias, 'no, este fin de semana no puedo porque tengo que hacer...'"

Médico, terapia intensiva, coordinador de Servicio

En este contexto, las mujeres suelen padecer situaciones de discriminación y acoso laboral, que adoptan diversas formas: la indiferencia, el quedar relegadas, la falta de acatamiento hacia su autoridad y la ridiculización a través de "chistes y bromas".

"A mi me costó mucho, me sentía acorralada. Me llamaban para cubrir situaciones imprevistas, que se les presentaban a otros... Tengo muchas anécdotas. Por ejemplo, yo estaba con los chicos en las sillitas, picando ajo, y me llaman para cubrir la guardia para que el anesthesiólogo que estaba en guardia pudiera hacer unas cirugías programadas, que pagan más. Entonces salía limpiándome las uñas con limón. Yo decía a todo que sí, por temor a que no me llamaran más."

Anestesióloga, jefa de Servicio

"Se le prestaba menos atención, se le daba menos margen de credibilidad, porque se pensaba 'viste, es una mujer'."

Cirujano cardiovascular, jefe de Servicio

"Está esa cosa machista, 'el quirófano es tierra nuestra'. O sea, acepto la mujer pero la acepto como instrumentista, o como colaboradora, pero no como quien toma las decisiones. Y debe ser más difícil para un hombre en ciertos ámbitos aceptar una orden."

Cirujano general, jefe de Servicio

Discriminación y acoso se intensifican durante las residencias, y si bien afectan también a los varones, están dirigidos más sistemáticamente y con mayor intensidad hacia las mujeres.

"Cuando el jefe de residencia me tomó la entrevista, me dijo de todo, me mandó a lavar los

platos... que después se embarazan y dejan la cirugía, que no les interesa."

Cirujana pediátrica, jefa de Sala

"La creencia es que a la residente de cirugía mujer hay que tratarla mal para que se haga fuerte, hacerla fuerte a cualquier precio."

Cirujano general, coordinador de Servicio

"Lo primero que le dijo el jefe de residencias cuando entró fue 'estrógeno y traumatología no son compatibles'."

Cirujano general, coordinador de Servicio

La desconfianza y la descalificación también permean las actitudes hacia las mujeres en etapas más consolidadas de sus trayectorias, e incluso hacia aquellas en puestos de decisión:

"Todos decían 'ahora está llegando el jefe de emergencia'. Entonces llego yo (que era la jefa) y una chica de farmacia me dice 'che, nena, tomá el guardapolvo' y un milico dice '¿eso es el jefe de emergencias?'. O sea, a primera vista te descalifican todos, después que empezás a actuar, no [la opinión cambia]."

Directora de hospital

"El día que entro a la comisión directiva, era la única mujer. Yo ya era jefa de un servicio y docente autorizada. Un colega dice: 'Ay, qué suerte que viniste, vamos a tener quién nos sirva las empanadas.'"

Directora de hospital

Embarazo y maternidad

"Cuando a mí me dicen en medicina laboral que me vaya a mi casa [en el embarazo] porque ya tenía la presión que se me iba, mi jefe en ese momento dice: 'Eh, pero por lo menos podés venir al servicio a hacer trabajo administrativo'."

Cirujana pediátrica, jefa de Sala

La maternidad afecta de forma significativa las trayectorias, las experiencias y las orientaciones de las carreras laborales de las mujeres médicas. Es el gran diferenciador respecto a sus contrapartes varones, especialmente entre quienes aspiran a especializarse en una disciplina masculinizada. La maternidad suele asociarse con un menor compromiso con el trabajo por parte de las trabajadoras madres, y se vive como una amenaza a sus posibilidades de crecimiento, a pesar de los méritos y credenciales que hayan conseguido.

“Yo creo que la mujer deja mucho con el embarazo [en sus trayectorias laborales]. Creo que la mujer deja todo para ser madre, y en ese todo deja su competitividad, y a veces, su formación... Después puede retomar, puede ser excelente médica, pero tiene que tener un gran espíritu y suerte.”

Nefrólogo, 37 años

“Las mujeres tienen que interrumpir muchas veces por la maternidad, por esto, por lo otro, por ahí va quedando rezagada con respecto a un varón.”

Pediatra, jefe de Servicio

Si bien algunas aún no tienen deseos inmediatos de tener hijas y/o hijos, la mayoría suele percibir hostilidad hacia sus colegas madres, que no es ajena también a la visión de sus contrapartes varones.

“Todas lo viven con tensión [al embarazo]. Hay una sensación de que estar embarazada es un problema, una sensación propia de la embarazada y del resto de la institución.”

Cirujano cardiovascular, jefe de Servicio

“Cuando estás embarazada y con un embarazo avanzado, te pesa un montón, hacer una guardia de 24 horas es mortal, te cansás el triple... y yo estaba empeñada en demostrar que podía trabajar igual que otro.”

Terapia intensiva infantil, jefa de Servicio

Esta hostilidad se intensifica durante la residencia –fundamentada en la “imposibilidad” de reemplazos y la carga extra

que esto implica a las y los residentes–, y generalmente permanece durante la etapa de fertilidad entre aquellas disciplinas que requieren mayor frecuencia de guardias y acceso a quirófanos.

“El jefe de residentes inició así a sus residentes: ‘No embarazo: hay una persona menos por lo cual hay más guardias y más pacientes’. Me tocó vivir una situación donde una chica se embaraza en el primer año y cuando volvió le hicieron la vida imposible, todos hombres y mujeres. Lo vi.”

Gastroenteróloga, 40 años

“En la residencia tuve a mi hija, quedé embarazada en el segundo año, cosa que era como un pecado mortal. Así que tuve 45 días de licencia total. El parto eran 2 días, y la licencia total 45 que eran por enfermedad, porque en la residencia no estaba contemplado tener hijos. Yo nunca tuve la sensación de que me estuviesen explotando, hoy sé que me estaban explotando. Hoy tienen una percepción clara de que eso no corresponde, está mal y nosotros no la teníamos. Y después venía con mi hija para darle la teta en la residencia, iba, volvía.”

Directora de hospital

Ante la disyuntiva que plantea la maternidad, las médicas entrevistadas adoptaron diferentes estrategias. Algunas optaron por puestos que les permitieran una reducción de sus horarios en la misma institución o mayor flexibilidad concentrando su trabajo en consultorios; otras difirieron la maternidad –especialmente aquellas con especialidad masculinizada entre 40 y 50 años–, y un último grupo redoblaron sus esfuerzos para contrarrestar las demandas y hostilidades de sus entornos.

“Lo tuve a los 39. Típico de todas. Lo retrasamos porque es imposible hacerlo antes.”

Cirujana plástica, 45 años

“Algunas especialidades demandan mucha más dedicación y tiempo, mucho más que otras. Vos podés ser un dermatólogo, trabajar de ocho a doce, tres veces por semana y tenés las tardes libres y los sábados y domingos

libres y no hacés guardia. En cambio en lo nuestro [quirúrgicas], que son especialidades con guardia, yo he llegado a hacer diez guardias por mes pasivas y dos activas por semana, o sea, 18 días de guardia de los 30 del mes. Eso es difícil que sea compatible con una familia, tener hijos, no podés coordinar todo. Y encima, si lo querés hacer bien, menos.”

Cirujana general, 44 años

Cuidado

“Tenía muchas guardias y tenía que empezar a elegir para sobrevivir físicamente, porque era demasiado. Cuando los chicos eran chiquitos, mi tiempo laboral no tenía límites. Trabajaba 72 horas de guardia seguidas, entonces mi esposo pasaba por la puerta del hospital con los chicos; ‘hola mamá, chau mamá.’”

Clínica médica, jefa de Servicio

La mayoría de las entrevistadas perciben las exigencias del trabajo de una profesional de la medicina y el hogar como esferas que están ineludiblemente en tensión. La tensión persiste, incluso entre aquellas mujeres que disponen de recursos para facilitar la conciliación entre ambos ámbitos: aun las mujeres con mayores demandas de tiempo, aquellas en puestos de decisión y en especialidades con altos requerimientos de carga horaria, han sido las responsables principales del cuidado de sus hijas y/o hijos y la organización de sus hogares.

En este contexto, el tipo de “acuerdos” con sus parejas o exparejas acerca de la distribución de tareas es un factor crucial en la conciliación trabajo-hogar. Solo entre las médicas con especialidades masculinizadas, el rol de sus cónyuges en el cuidado generalmente adquiere un mayor protagonismo. Utilizan diversas estrategias. Muchas cuentan con redes familiares de apoyo –sobre todo abuelas– que proveen soporte y contención a los hijos, y en general contratan trabajadoras domésticas.

“Yo no faltaba nunca, las dejaba [a las hijas] aun con fiebre, con la señora que las cuidaba. Y bueno, ni siquiera había celular, teníamos que buscar teléfono público. O la dejaba en la casa de la abuela... Respiraba hondo y se me estrujaba el corazón cuando me iba de mi casa y se me estrujaba cuando me iba del hospital.”

Cirujana pediátrica, jefa de Servicio

“Con un crío es cuesta arriba, los tiempos para estudiar, trabajar, mantenerlo. Todo esto que una va logrando tiene un costo familiar. Tenés menos tiempo, o el tiempo que tenés es de menor calidad porque estás dependiendo de un teléfono (por una emergencia/guardia).”

Directora de hospital

“Era una cirugía que tardaba como 12 horas. Yo tenía que arreglar previamente porque iba a faltar todo el día a mi casa: comprar el papel glasé, que tuvieran el guardapolvo. Tenía que estar atenta a que no falte la leche, que las compras. Pero bueno, yo organizaba todo porque no iba a aparecer hasta la noche.”

Cirujana pediátrica, jefa de Servicio

“La tarea asistencial te lleva bastante tiempo, entonces para todo lo que sea académico, científico, o responder mails de pacientes, eso lo tengo que hacer después de la cena. Para mis compañeros varones es más simple hacerlo.”

Cirujana plástica, 45 años

Algunas entrevistadas destacan el apoyo de sus cónyuges en la conciliación trabajo-hogar, si bien subrayan que ellas continúan siendo las responsables principales de la agenda en la organización del cuidado y las tareas domésticas:

“Yo digo que mi marido está horizontalizado. La gestión está en mi cabeza, pero yo puedo delegar en él muchas cosas.”

Medicina familiar, jefa de Servicio

La mayoría de los entrevistados médicos están casados con mujeres que interrumpieron sus trayectorias laborales o redujeron su jornada horaria. Incluso entre los más jóvenes, a pesar de una mayor concientización sobre las hostilidades hacia el embarazo, prevalece la división sexual del

trabajo al interior de sus hogares. Varios de ellos están en pareja con médicas:

“El tema de repartir el tiempo en la mujer en sus distintos roles es mucho más complicado. Yo hacía mi tesis los fines de semana y mi mujer cuidaba a mis chicos. Ahora, ¿cuántos hombres conocés que hagan eso?”

Dermatólogo, jefe de Departamento

“Mi pareja también es médica. Ella está más con la nena porque yo trabajo más, así nos dividimos. Crecer económicamente me da más libertades, si ella se queda (en casa) no afecta tanto (nuestra) economía.”

Médico, terapia intensiva, coordinador de Servicio

“Mi mujer postergó su ingreso a su residencia para poder estar más presente los primeros dos años. Una diferencia que obviamente no hice, pero ella sí... Llegaba después de 24 horas de guardia, nosotros hacíamos 36 horas ininterrumpidas, no estabas en las mejores condiciones [para cuidar a los chicos].”

Médico, especialidad feminizada, jefe de Servicio, 61 años

“Tenemos un hijo de un año. Ella no ejerce. Tenía un trabajo, renunció para dedicarse a su labor de madre, por lo menos por este tiempo. Cuando adquiera [mi hijo] cierta independencia por ahí retome algún trabajo. No como el que tenía, que era *full time*, sino acomodado a sus necesidades.”

Nefrólogo, 37 años

No obstante, en algunos casos replantean la decisión tomada y manifiestan preocupación por las limitaciones que implicó en las trayectorias laborales de sus cónyuges:

“Mi mujer tomó en algún momento la decisión de quedarse más en casa, ella trabajaba, para cumplir ese rol de cuidadora... Hasta que me empecé a preguntar si eso era lo que había que hacer, y la verdad que hoy tengo más preguntas que respuestas.”

Cirujano cardiovascular, jefe de Servicio

“La situación en la que las mujeres enfrentan sus posibilidades de desarrollo son distintas [que

la de los hombres]. La mujer sigue siendo, aunque se está revirtiendo, ama de casa, cocina, organiza las tareas de limpieza, los chicos. Esa es una carga adicional que te distrae de tus opciones. Para mí fue más fácil elegir un proyecto que me dedicaba tiempo completo, que para mi esposa. Eso yo lo veo como una limitación.”

Cirujano general, jefe de Servicio

Por último, se desconoce, incluso entre las mujeres, la existencia de políticas y legislación de promoción de igualdad de género, en general, e iniciativas de cuidado, en particular, en las instituciones hospitalarias en las que trabajan. Sin embargo, es posible inferir a través de los testimonios de las y los entrevistados en puestos de decisión, que las iniciativas y las facilidades de cuidado varían de acuerdo con las respectivas instituciones. Es decir que suelen ser de carácter local.

Perfiles actitudinales

“Es una de las cosas que más me gusta, en el momento que tengo que estar en un quirófano, no es algo que una diga ‘ay que miedo, ay que estrés.’”

Cirujana plástica, 45 años

Las entrevistadas –si bien tienen distintas edades, especialidades y puestos institucionales– comparten ciertos rasgos: la vocación, la iniciativa que se manifiesta desde las etapas iniciales de sus carreras, la dedicación y compromiso y el interés por la formación.

“Había como fuego, como un deseo de aprender [en la residencia], nos quedábamos hasta la noche estudiando, viendo pacientes, leyendo publicaciones.”

Directora de hospital

“Hice las dos cosas juntas, una familia y una profesión. Creo que lo pude hacer porque era joven,

porque tenía energía, porque me la bancaba.”
Cirujana general, jefa de Servicio

La mayoría considera también, a pesar de la prevalencia de estereotipos, que están preparadas para desempeñarse con excelencia. Aquellas en especialidades masculinizadas, en entornos más hostiles, manifiestan en general no temer la confrontación. No obstante, expresan el esfuerzo que les significa legitimar o validar sus cargos y construir respeto por su desempeño, sus puntos de vista y sus responsabilidades ante sus contrapartes varones (e incluso ante contrapartes mujeres) en el día a día.

“Soy una persona que se quiere autosuperar permanentemente y que le salgan las cosas lo mejor posible. Soy una persona emprendedora, autoexigente, siempre estoy tratando por más. Siendo mujer, para ser buena en esto tenés que brillar, sobresalir... Para que te valoren, te tomen en cuenta, te den una cirugía tenés que demostrar que te esforzás el doble que un par tuyo.”
Cirujana general, 44 años

“Si te hacés cargo de lo que te dicen andás culpógena y estás tratando de tapar todos los baches. Ahora, si no te importa y decís ‘bueno, soy así’, y seguís, seguís creciendo, tenés otras posibilidades.”
Gastroenteróloga, 40 años

“Tenés que hacer el doble de esfuerzo para todo. Sentía que no tenía autoridad, y al final terminaba haciendo yo la mayoría de las cosas [como jefa de residencia]... El jefe de Servicio me dijo ‘mirá, hay gente acá de los médicos de planta, que no les gusta que vos estés porque les parece que sos demasiado independiente para trabajar’... Todas esas cosas hacen que una se canse de remarla tanto. Hay que demostrar que una es buena haciendo el trabajo. La mujer lo tiene que demostrar, hay que dar seguridad, el hombre ya es como que se da por sentado.”
Cirujana plástica, 45 años

“Para una mujer es [una carrera] muy sacrificada por todo lo que tenés que sobrellevar, por las exigencias. La Medicina te exige rendir el doble.

Depende cómo es cada una también. Yo soy muy exigente con lo mío, y lo que hago me gusta hacerlo bien.”

Directora de hospital

Acceso a puestos de decisión

“Ojalá me dure el tiempo para demostrarles que no necesito pisar a nadie para conducir.”
Directora de hospital

Las mujeres en puestos de decisión, con trayectorias consolidadas, no están exentas de cuestionamientos recurrentes hacia sus capacidades de liderazgo. En su mayoría son las primeras mujeres en ocupar estos puestos en sus respectivas instituciones, y deben conciliar con múltiples actores –consejos directivos, jefes de servicio, gremios, sociedades científicas– en entornos fuertemente masculinizados. Adoptan formas propias de trabajo y liderazgo, que en general no emulan ni responden a atributos asociados con liderazgos “masculinos”. Tienden a desarrollar otras formas de comunicación y toma de decisiones, que otorgan un valor primordial al trabajo en equipo, la formación y la construcción de consensos:

“Pareciera que en la conducción es donde una tiene que ponerse más firme en dar directivas, como que es más masculino. No creo que sea más masculino, por ahí porque históricamente el que daba las órdenes era el padre...”
Cirujana general, jefa de Servicio

“Tener el comando médico fue duro al principio. Aprenden a respetarte por la capacidad que tenés para hacer las cosas. Siempre promulgué, entre mi gente, trabajar en equipo. Y así formamos equipos. [Para acceder a la dirección] incidieron varias cosas: un poco mi personalidad, otro los trabajos que hice y a la gente que le gustó. Yo también puse mis condiciones. Siempre

supe que el cargo no iba a depender [solo] de mi capacidad, sino también de con qué pie se levantarán [el intendente y sus funcionarios].”

Directora de hospital

“Cuando vino el quilombo pusieron una mujer. Yo les decía a ellos [los miembros del Consejo de Administración del hospital]: Yo tenía tres másteres, todos los títulos de honor, todo lo académico. Ahora, mis códigos eran otros códigos. Pero después me di cuenta de que eran una fortaleza.”

Directora de hospital

“El poder es masculino, me refiero a la concepción del poder. Sí había mujeres que querían ocupar cargos de dirección, pero no tenían las herramientas necesarias, no las hemos aprendido históricamente, para relacionarte con los factores de poder, para ocupar determinados cargos en los cuales ellos sienten que realmente los vas a representar. También había una presencia gremial muy fuerte, y los gremios en general son muy machistas, y les resulta más fácil negociar con un hombre que con una mujer. Se manejan con códigos distintos, la cosa física está [muy presente]. Yo me acuerdo de que un día vinieron como diez tipos [de un gremio], eran todos hombres, y los tres consejeros [del hospital] y yo. Me acuerdo de que uno [de los consejeros] del susto se puso disfónico. Yo conocía muchísimo el hospital así que no me podían decir ‘no, esto que está diciendo usted no, usted está defendiendo esto, pero pasó esto’. Terminó fantástica la negociación, con lo cual me hice [siempre] cargo a partir de ese momento.”

Directora de hospital

Algunos entrevistados varones en puestos de jerarquía también identifican desde una mirada crítica las mayores dificultades y la concepción masculina del poder, y advierten que se manifiestan en barreras para el acceso de sus contrapartes mujeres a puestos de decisión:

“La ocupación de los cargos jerárquicos está marcada en la cultura y la socialización que tenemos los médicos. En la jerarquía está todavía muy marcado lo masculino.”

Director de hospital

“Creo que todavía en estas organizaciones ideológicamente no están preparadas para que sean dirigidas por mujeres. No obstante, hay un proceso transformador.”

Director de hospital

“Todo es una carga mucho más pesada que para el hombre. En términos de competencia, de la valoración de ir creciendo en cargos de conducción, en producción científica... Hacer cursos, dejan a los chicos, quién se hace cargo...”

Director de hospital

Cambio generacional

“Cuando yo me recibí, la mujer tenía que ser pediatra o dermatóloga.”

Directora de hospital

Se identifica un cambio generacional que se manifiesta en una mayor apertura a la participación de mujeres en especialidades masculinizadas. Hay una percepción, especialmente entre los médicos entrevistados, sobre un proceso de “superación de estereotipos”. Signos de mayor tolerancia conviven, como se señala más arriba, con la creencia de que la mujer debe ser la responsable principal del cuidado. En este marco son cada vez más comunes y aceptados los grupos mixtos en especialidades tradicionalmente masculinizadas.

“Nosotros nos formamos en otra forma de ejercicio médico. Me parece que los jóvenes que van entrando piensan de otra manera.”

Cirujano general, coordinador de Área

“Probablemente hoy [la discriminación] sea menor, y haya una percepción diferente, pero no creo tampoco que sea cero.”

Cirujano cardiovascular, jefe de Servicio

“Las jefaturas más abiertas ocurrieron cuando empezamos a venir nuestra generación. La

generación de los que cumplimos sesenta, sesenta y pico es una generación más abierta... Yo sé de lugares donde la mujer ha sido desterrada del área quirúrgica en su momento. Hoy en día creo que está más abierto. El jefe de departamento poco menos que a las mujeres les decía cuándo podían tener chicos. Pero yo creo que hoy en día esto en el hospital no pasa, están más permitidas las licencias, y cuidados con respecto a la maternidad."

Coloproctólogo, 58 años

"Las mujeres históricamente no entraban a Medicina, aun cuando yo empiezo a estudiar y voy a la guardia, había [solo] dos o tres mujeres. Las mujeres no entraban a la guardia. Con Escardó en Casa Cuna empieza a cambiar la cosa. Estamos hablando de los años cincuenta hasta los sesenta... Terminé la residencia en la década de 1970, en estos años comienza despacito [el ingreso de mujeres a las residencias], en los ochenta ya mucho más, creo que en los noventa se consolida."

Director de hospital

Por su parte, ante la reflexión sobre una mayor igualdad en puestos de decisión en el futuro, una mirada optimista acerca de una mayor movilidad en el mediano plazo se intersecta con el reconocimiento de obstáculos "estructurales" que persisten en las instituciones hospitalarias.

"Me parece que tiene que ver con tiempos [el acceso a puestos de decisión], y dentro de la medicina y de la cirugía en particular hace falta todavía romper estas viejas estructuras que siguen quedando [para que no prevalezca la endogamia]."

Coloproctólogo, 58 años

En este contexto, la feminización se interpreta como resultado de las transformaciones en las últimas décadas, tanto en las instituciones hospitalarias como educativas, hacia una mayor inclusión y aceptación de la participación de las mujeres, y sus logros en términos de formación y desempeño. Si bien también se mencionan la demanda exclusiva de más de una década de estudios y el deterioro salarial como factores que estarían vinculados con el proceso de feminización, el consenso es que un factor fundamental surge desde la vocación de las propias mujeres:

"Hacer medicina implica tener una vocación, que de algún lado nace, y no nace porque uno sea hombre o mujer. La vocación de servicio vale para cualquiera, probablemente sea una ganancia propia de ellas, y no un espacio dejado, porque las mujeres decidieron y se permitieron seguir su vocación, que antes no podían o no querían seguir."

Cirujano cardiovascular, jefe de Servicio

Los testimonios de las y los entrevistados muestran cómo los estereotipos de género repercuten en la selección de las especialidades médicas. Se configuran expectativas que definen determinadas especialidades como “femeninas” y, a su vez, las mujeres tienden a preferir aquellas que les faciliten armonizar el trabajo y la vida familiar. Las profesionales de la medicina son generalmente concebidas en un rol de *cuidadoras*, que homogeneiza sus capacidades en especialidades que se centran en el cuidado y la reproducción. Es decir, los procesos de salud/enfermedad/atención materno-infantil son concebidos como un campo de especialización vinculado a atributos femeninos. Por el contrario, los varones son asociados a especialidades que tienden a concebirse por un mayor requerimiento de control, manejo de situaciones de alto riesgo, resistencia física a jornadas prolongadas y autoridad.

La hostilidad durante el embarazo es percibida como una característica arraigada de las instituciones hospitalarias, y se manifiesta a través de cuestionamientos y desconfianza sobre el compromiso de las mujeres con el trabajo. En estos contextos, la maternidad suele representar una disyuntiva clave en las trayectorias laborales de las médicas, que adquiere dos manifestaciones específicas: afecta sus oportunidades de acceder a una residencia y, entre aquellas que logran realizarla, el área en la que se especializan.

La elección de la especialidad se relaciona con la evaluación de los obstáculos y oportunidades que permiten balancear el desarrollo profesional y la vida familiar. Las horas demandadas y la previsibilidad en la organización de la cotidianeidad son factores importantes de dicha evaluación. En algunos casos se pospone la maternidad hasta entrar a la práctica clínica; en otros se planifica en relación a las carreras profesionales de sus parejas, posponiendo el propio desarrollo profesional. Otras estrategias son disminuir el tiempo prenatal y utilizar redes de cuidado familiares. En este

contexto, las mujeres médicas acceden con mayor frecuencia a puestos de trabajo de tiempo parcial que les permitan integrar el ámbito laboral y el del hogar, al reducir las horas de trabajo remunerado.

Para hacer frente a los estereotipos, las mujeres eligen en mayor propensión especialidades donde las situaciones de discriminación sean menores, definidas como “femeninas” y con un mayor porcentaje de mujeres. En estas especialidades, el desarrollo más fortalecido de redes de *networking* –como la mayor representación e incidencia en las asociaciones profesionales– amortigua los costos de entrada. Por el contrario, en las especialidades altamente masculinizadas –donde la participación de mujeres en sus asociaciones es marginal o inexistente–, las barreras de entrada son muy altas y se perpetúan ámbitos muy poco permeables a la incorporación de mujeres, aun entre las más jóvenes.

Si bien estas decisiones se manifiestan en algunos casos como elecciones “personales”, son generalmente afectadas por los propios estereotipos de género en las instituciones y al interior de los hogares, y por políticas públicas insuficientes en términos de cuidado y legislación deficitaria sobre licencias de maternidad y paternidad.

Por último, las entrevistas muestran que la persistencia de la división sexual del trabajo es promovida también por los propios médicos varones al interior de sus hogares. Aunque los médicos más jóvenes expresan mayor tolerancia hacia la presencia de mujeres en disciplinas tradicionalmente masculinizadas, la creencia de que las mujeres deben ser las responsables principales del cuidado de las y los hijos en la infancia temprana no se vincula con un grupo etario específico. Por el contrario, más allá de la edad, la gran mayoría de los médicos entrevistados manifestó que deben ser las mujeres quienes dediquen mayor tiempo al cuidado de sus hijos. Sostienen esta creencia con diferentes argumentos, desde motivos económicos hasta razones “biológicas”.

Maestras, doctoras y feministas: breve genealogía de la presencia femenina en el sector salud en Argentina

Laura Gaidulewicz
Binden Group

RECUADRO 7

El desarrollo de la institución médica en Argentina no estuvo ajeno a los movimientos políticos, sociales y económicos del siglo XIX. Hacia 1870, las epidemias de fiebre amarilla que azotaron Buenos Aires y Corrientes terminan por instalar definitivamente el tema de la salud pública en el debate político y dentro de las prioridades del Estado. Si bien a lo largo de ese siglo los médicos diplomados fueron fortaleciendo su legitimidad, seguían siendo muy escasos y con una influencia muy limitada, constituyendo solo una pequeña parte de las personas dedicadas a curar. Cuando Sarmiento organiza el primer censo nacional en 1869, las y los curanderos representaban la forma más extendida de asistencia. La amplia presencia de mujeres en este tipo de atención médica puede constatarse porque es la única profesión que en dicho censo aparece detallada en ambos sexos.

A pesar de su escaso número, el pequeño grupo de médicos profesionales, que constituían la elite de la profesión, tendría una actuación decisiva en la construcción de la Argentina moderna, sobre todo hacia fines del siglo XIX, a partir de su participación en tres espacios clave: en las universidades en términos de enseñanza e investigación orientada a la salud pública, en la política, donde comenzarán a tener creciente participación, y en la dirección de las instituciones de salud.

Sin embargo, las mujeres no tuvieron acceso a esta elite, y quedaron excluidas del ejercicio regulado de la medicina. Es decir que, como en el resto del mundo occidental, la profesionalización de la medicina en Argentina dejó afuera a las mujeres. Básicamente porque dicha profesionalización no fue ajena a los fenómenos de poder. El monopolio de la determinación y clasificación de la enfermedad,

como así también de su explicación y de la protocolización de metodologías para la cura pasó a constituir un importante instrumento en un contexto donde las poblaciones crecían a la par de un desarrollo económico sin precedentes.

No obstante, la inmigración y la educación pública, que fueron dos pilares de la agenda modernizadora de la generación del ochenta, impactarían, sin buscarlo, en esta realidad.

El viaje de Sarmiento de 1847 a Estados Unidos coincide con el ingreso de la primera mujer en este país a la carrera de Medicina: Elizabeth Blackwell, quien obtendrá su título en 1849 y será una importante activista política e impulsora de las mujeres en la profesión, fundando el primer hospital del mundo dirigido solo por médicas. En ese clima de ebullición social, económica y política serán formadas las maestras que traerá Sarmiento a nuestro país para fundar las primeras Escuelas Normales.

En esta vinculación de las mujeres con la enseñanza y con la tarea de curar que recorre la historia, podemos rastrear cómo las aulas de estas escuelas normales fueron la puerta de ingreso a la medicina profesional de sus primeras alumnas, campo que había quedado vedado a las mujeres por su condición de tal. Si bien la Escuela Normal fue diseñada para no articular con la formación universitaria y la idea de Sarmiento de dar prioridad a las mujeres en la formación docente apuntaba, entre otros motivos, a una mayor retención en la profesión que la que se daba entre los hombres, para algunas de ellas fue el embrión del empoderamiento sobre su propio proyecto personal y el puntapié para desarrollar una vocación que trascendía las aulas.

Así, las Escuelas Normales fundadas por las "hijas de Sarmiento" (como se las llamaba despectivamente a las educadoras estadounidenses) albergaron las

(continúa)

(continuación)

primeras médicas de nuestro país, quienes a su vez vieron en el ingreso a la universidad un trampolín para su accionar político. Motivo por el cual se convirtieron en fuertes impulsoras del feminismo, especialmente en lo referente al sufragio universal y la participación de la mujer en la acción parlamentaria.

Estas primeras mujeres médicas, que debieron luchar e imponerse en una universidad que se resistía a incorporarlas en sus filas, fueron a la vez quienes impulsaron en esos años la participación de la mujer en la política. La bandera del sufragio femenino sería por primera vez levantada en Argentina por estas médicas herederas de las escuelas normales.

En los registros de la Facultad de Medicina de la UBA constan las primeras médicas y sus tesis. Las cinco primeras son Cecilia Grierson (1889), Elvira Rawson (1892), Lola Úbeda (1902), Julieta Lanteri (1906) y Adalcira Agostini (1910). A este grupo podemos agregar como figura clave a Petrona Eyle, quien habiendo cursado la Escuela Normal en la Argentina, viajó luego a Suiza donde obtiene su título de médica.

Cecilia Grierson fue la primera en obtener el título de médica en una universidad argentina. Si bien no había una prohibición reglamentaria para el ingreso de mujeres a la UBA, no había ninguna graduada al momento. Élica Passo había logrado, a partir de un amparo judicial, estudiar y graduarse en Farmacia, pero no pudo concluir la carrera de Medicina ya que murió antes de lograrlo. Uno de los principales obstáculos para acceder a la universidad era la formación en latín que no contemplaba la escuela normal a diferencia del bachillerato, pero Cecilia logró superar los exámenes. En 1883, ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas, donde se graduó en 1889, y logró ser ayudante del Laboratorio de Histología, máxima aspiración que podía tener una mujer en las cátedras universitarias de ese momento.

A pesar de no haber podido ocupar un cargo como docente universitaria ni ejercer

como cirujana, la incansable labor de Cecilia Grierson como médica y como docente dejó importantes contribuciones en el campo de la medicina local, a partir de la creación de diversas asociaciones profesionales y la fundación de escuelas especializadas.

Elvira Rawson, la segunda médica argentina, también fue fruto de la Escuela Normal. El espíritu tenaz y rebelde de Elvira marcó toda su vida. Estaba transitando sus primeros pasos en el Hospital Rivadavia cuando en 1890 se desató la Revolución del Parque. Solo tenía autorización para atender a las víctimas del gobierno, pero desobedeció las órdenes alegando que los hospitales son del pueblo y no del gobierno, poniendo en riesgo su vida. Se graduó en 1892 y su tesis de doctorado fue "Apuntes sobre la higiene en la mujer", trabajo que originó una larga carrera dedicada a la salud de la mujer. Esta tesis fue la primera iniciativa en enseñar sexualidad femenina en Argentina, volviendo a reunir el trabajo de estas pioneras, quizás sin buscarlo conscientemente, su origen normalista con su vocación médica. Como consideraba que era indispensable conocer las funciones del cuerpo para aprender a cuidarlo, en su tesis, se ocupó de los problemas de la pubertad, el matrimonio, el embarazo, el alumbramiento y la lactancia con un enfoque revolucionario para su tiempo, en el que hablaba de los riesgos para la salud de los matrimonios y partos precoces, alertaba sobre los efectos de los matrimonios en los que primaba una estrecha consanguinidad, y destacaba la importancia del cuidado de la salud sexual y reproductiva. También fue la única mujer en su época en ejercer los cargos públicos de médica inspectora y médica de la tercera sección de Higiene Escolar del Departamento Nacional de Higiene.

Formó parte, al igual que Cecilia Grierson, del Consejo Nacional de Educación, y realizó importantes contribuciones a la educación nacional. Como en el caso de Grierson, la medicina fue puntapié de su compromiso político, y se convirtió en una

(continúa)

(continuación)

de las principales propulsoras del feminismo en el país. De esta militancia por los derechos de la mujer fueron también parte Julieta Lanteri y Petrona Eyle.

Julieta Lanteri fue la primera mujer egresada del Colegio Nacional de La Plata. Tras recibirse como farmacéutica en 1898, obtuvo un permiso especial para estudiar Medicina. Se recibió en 1906. En esos años comienza a impulsar con sus colegas los movimientos feministas. Fue la primera mujer en ejercer el voto en Argentina, el 26 de noviembre de 1911, a través de un amparo judicial que determinaba que no había ninguna reglamentación explícita que prohibiese el empadronamiento. Al poco tiempo el Concejo Deliberante de la Municipalidad de Buenos Aires sancionó una ordenanza donde especificaba que el empadronamiento para votar se basaba en el registro del servicio militar, lo cual dejaba fuera, ahora sí de manera explícita, a las mujeres. Julieta Lanteri reclamó entonces ser enrolada; acudió al ministro de Guerra y Marina para lograr este fin, pero no pudo. Sin embargo, no bajó los brazos. Fue por más. En 1919 se postuló para ocupar una banca en la Cámara de Diputados de la Nación, alegando que la Constitución Nacional toma la designación genérica de "ciudadano", lo cual no excluye a las mujeres. La junta accedió a su reclamo y Lanteri logró postularse como diputada. Si bien no accedió al cargo, se convirtió en la primera mujer candidata. Años más tarde volvería a intentarlo como parte de la lista del Partido Socialista Argentino, acompañada de Alicia Moreau de Justo, otra maestra normal y médica de destacada militancia política. Mujer incansable, Julieta Lanteri fue una de las voces políticas más destacadas de su tiempo, fundó el Partido Feminista Nacional, cuyos principios alcanzaron proyección nacional y relevancia internacional.

Por su parte, Petrona Eyle encuentra en la Escuela Normal su primer paso a la independencia social y económica. Realiza sus estudios en medicina en Suiza y ya de

regreso en Argentina, comienza a trabajar en hospitales públicos y en su contacto con las primeras médicas del país se convierte en una de las voces centrales del movimiento feminista. En 1924, funda la Liga contra la Trata de Blancas, desde la que denuncia los abusos de mujeres y niños, y bregó por sus derechos. Más tarde, funda la revista *Nuestra causa*, desde donde impulsa el empoderamiento de la mujer.

Hacia fines del siglo XIX, Cecilia Grierson tuvo la oportunidad de asistir en Londres al Congreso Internacional de Mujeres, uno de los hitos más importantes en la lucha por la igualdad de género y punta-pié de la primera ola del feminismo, que la incentivó a propiciar la fundación del Consejo Nacional de Mujeres en 1900. Este Consejo reunía a las primeras mujeres universitarias del país tras una agenda de lucha por los derechos de la mujer. Sin embargo, al poco tiempo las fisuras en la concepción del feminismo y la falta de apoyo de esta asociación al sufragio femenino hizo que Cecilia Grierson, Elvira Rawson y otras referentes del grupo fundador se alejaran y fundaran la Asociación de Mujeres Universitarias.

Estas primeras médicas asistieron, en 1906, al Congreso Internacional del Libre Pensamiento, que tuvo lugar en Buenos Aires. En este congreso se debatió acerca de la igualdad de género en los ámbitos económico y político como así también iniciativas tales como el divorcio. A partir de estos impulsos, la Asociación de Mujeres Universitarias, liderada en ese entonces por Petrona Eyle, va a organizar, por iniciativa de Julieta Lanteri, el Primer Congreso Femenino Internacional de la República Argentina en 1910, presidido Cecilia Grierson. Entre los principales aportes del debate se encuentra el derecho a la protección de madres trabajadoras y niños pequeños, la necesidad de la igualdad de derechos en el Código Civil, el derecho de los hijos extramatrimoniales a conocer su identidad paterna, el sufragio femenino, la universalización de la educación elemental

(continúa)

(continuación)

y la protección de la mujer trabajadora. También hubo un estudio dedicado a la situación internacional de la mujer en la medicina profesional.

Así, las mujeres universitarias de entonces, mayormente médicas, lideraron la agenda feminista que era percibida en esos años como la más radicalizada. La Asociación Universitarias Argentinas fue muy activa en el plano legislativo, y presentó numerosas iniciativas al Congreso Nacional tales como la Protección a la Maternidad (1903), las políticas de Sanidad y Asistencia Social (1906), la Jubilación para el Magisterio (1907), y la introducción de modificaciones al Código Civil para la igualdad de derechos para la mujer (1919), entre otras. Otras iniciativas y movimientos nacieron de estas mujeres para impulsar el empoderamiento femenino, tales como el Movimiento Feminista, impulsado por Alicia Moreau de Justo, o la Asociación Pro Derechos de la Mujer, de la mano de Elvira Rawson.

En este contexto, como en otros países, la batalla por el ingreso de las mujeres a la universidad se realizó desde los intersticios más porosos en los que podía colarse la presencia femenina: la medicina, especialmente en lo que hace a la salud de la mujer y el niño, en tiempos que la misma dejaba de ser un hecho privado para estar mediado por las prácticas profesionales que reglaban e imponían la salud pública.

Estas primeras médicas reclamaban no solo el acceso a estudios superiores, sino el saber y el control sobre el propio cuerpo y la reproducción, como así también el de la salud de las y los niños. La obstetricia, la ginecología y en menor medida la pediatría pasan a ser los terrenos médicos

donde se podía disputar más fácilmente el acceso de la mujer a la universidad. La mujer como primera cuidadora de la salud era una imagen más amigable que la presencia femenina en otras disciplinas y menos amenazante en términos de disputa de poder que en otros campos del saber.

En nuestro país el ingreso de las mujeres a la medicina se potenció a partir del normalismo, que creó un semillero de mujeres educadas que creían en el esfuerzo y la disciplina como camino de superación, y que contaban con una primera formación en temas de salud pública. En su formación como docentes, el cuidado del cuerpo y de la psique como así también la prevención de enfermedades cobraban un valor importante. En aquellos tiempos, se empezó a considerar que ciertas epidemias y la mortalidad infantil se daban por la falta de conocimientos mínimos sobre las normas de higiene, y las mujeres aparecieron como responsables de transmitir y aplicar esos saberes en el seno de la familia y la escuela.

La lucha individual por el acceso a la educación superior avivó en estas mujeres la conciencia sobre el género y las reunió en el terreno político. Afrontaron la contienda por la participación en la toma de decisiones y por poner en primer plano una agenda destinada a garantizar la igualdad, que, si bien la Constitución no negaba, en los hechos no se daba. Esta agenda estuvo también, desde sus orígenes, entrelazada con las vindicaciones de las mujeres de Occidente de esos tiempos, con las que fueron entretejiendo lazos y alianzas, tramando la urdiembre donde aún hoy intentamos construir un mundo que no deje a nadie afuera, a nadie atrás.

IV.



RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS: REDUCIR LAS BRECHAS

Este capítulo propone recomendaciones de políticas específicas para promover la igualdad en las condiciones laborales de las y los trabajadores del sector salud en el país desde una perspectiva de género. Dichas recomendaciones se elaboraron a partir de las brechas y los desafíos identificados a lo largo de esta publicación.³¹

Los obstáculos y dificultades que enfrentan las trabajadoras del sector salud se relacionan con diferentes causas; existe una imbricación de factores que acumulan desventajas en sus trayectorias laborales. No es suficiente limitarse a acciones que se dirijan a la corrección de resultados pero que no afecten el marco general que las producen. Para alcanzar paridad en el tiempo se requieren acciones que incidan en cambios profundos en las creencias que modelan la discriminación basada en el sexo dentro de las instituciones hospitalarias, y políticas y legislación que posibiliten de forma efectiva una división igualitaria en la distribución del cuidado y la organización de los hogares. En otras palabras, las acciones deben simultáneamente direccionarse hacia las prácticas diarias que estructuran el trabajo en salud, y también a las dimensiones culturales que subyacen a roles y estereotipos de género específicos del ámbito sanitario-asistencial.

El currículo oculto en el Modelo Médico Hegemónico y las residencias

La eliminación de estereotipos y prejuicios de género requiere transformaciones en las creencias sobre las formas de ser, actuar y pensar de mujeres y varones. Estas transformaciones involucran especialmente a los varones: si bien las mujeres son las que padecen la desigualdad y la discriminación, los

varones son en general quienes las alimentan. En este marco el empoderamiento es fundamental, si bien no suficiente. Las mujeres deben poder elegir libremente un acceso pleno al mercado laboral. En el caso de las profesionales de la salud, se trata también de que puedan acceder con libertad a una especialidad y a la elección de la misma. Es decir, poder erradicar el doble estereotipo –la división sexual del trabajo al interior de los hogares y al interior de sus instituciones– sin sesgos que determinen sus funciones simplemente por ser mujeres.

Un paso fundamental para romper estereotipos sobre las capacidades asociadas a lo masculino y lo femenino es visibilizar contextos institucionales y formativos en los cuales los estereotipos se construyen, reproducen y visibilizan. Influir sobre el currículo oculto de estos espacios es imprescindible para el empoderamiento de las mujeres en el ámbito de la salud. Es decir, la transmisión de valores, disposiciones y expectativas sociales y de comportamiento que se socializan en instituciones a través de mecanismos informales.

El hospital es la institución central del sistema de salud. El modelo hospitalocéntrico se relaciona profundamente con el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2005). Este ha consolidado el hospital como un ámbito de poder masculino: es el ámbito donde se dirime ese saber-poder médico, donde se imponen discursos y prácticas, se logra prestigio y, por todo esto, donde la mujer tiende a estar subordinada. Como muestran la distribución de especialidades en el segundo capítulo y los testimonios del capítulo III, persiste una división sexual del trabajo relacionada con estereotipos de género donde el médico varón suele ser visto como racional, resolutivo, fuerte, ambicioso, “político”, y la médica mujer como cuidadora, empática, contenedora, receptiva y maternal. Estos estereotipos moldean el propio proceso de trabajo en salud y se condensan en la guardia médica, que concentra muchas de las características asociadas a la “masculinidad”: la resistencia, la seguridad para tomar decisiones, el poder sobre la vida y la muerte.

A su vez, un ámbito clave para la comprensión del proceso formativo de las

profesionales médicas son las residencias, el modelo predominante en la capacitación de especialistas en nuestro país. Como indica el capítulo II, además de capacitar a través de las prácticas formales, las residencias cumplen otro rol fundamental: socializar a las y los egresados en el ámbito institucional de la salud en códigos, prácticas e imaginarios que facilitan la posibilidad de “habitar” los espacios de trabajo. En este marco, como expresan las entrevistas, el dispositivo de residencias, que fue diseñado en sus orígenes por varones y pensado para ser transitado por varones, permanentemente plantea dificultades para las mujeres. Entre ellas, se han identificado los principales cuestionamientos a una organización institucional que expresa sesgos patriarcales. Sin lugar a dudas, la maternidad continúa siendo el fenómeno que conlleva más pesar entre las residentes. Como sintetiza Castro: “La escuela de Medicina y el hospital de enseñanza constituyen los escenarios por excelencia donde se gesta la reproducción de las estructuras de desigualdad de género y de poder del campo médico en su conjunto” (Castro, 2014: 348).

En este contexto, se identifican algunas buenas prácticas recientes. El Ministerio de Salud de la Nación ha aprobado un nuevo reglamento para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (resolución 1993/2015) en donde se contempla la posibilidad de contar con un programa de recuperación académica que se extienda en forma rentada hasta seis meses después de finalizado el contrato original. La importancia de esta norma es que, por su alcance nacional, genera un estándar para el resto de las residencias de las provincias que incidirá en los reglamentos de la residencia con otros financiamientos. De hecho, su contenido fue discutido y consensuado entre los responsables de residencias de las provincias, quienes fueron conscientes de que aun con un alcance normativo parcial, desde una perspectiva de política pública, la capacidad regulatoria del reglamento excedía la de su ámbito de aplicación. La normativa también incluye la reducción de la carga horaria de la guardia a 12 horas y el descanso posguardia. Asimismo, los reglamentos de los sistemas de residencia

dependientes de los ministerios de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires contemplan prórrogas por embarazo de hasta seis meses (ordenanza 40.997 y decreto 2557/01), aunque en el primer caso se trata de una prórroga no rentada.³²

Sin embargo, se presentan dificultades en la aplicación formal de estas normativas. La existencia per se no garantiza su implementación efectiva. En ocasiones las profesionales de la salud desconocen los reglamentos específicos que les otorgan la posibilidad de cambio de régimen de formación. A este vacío de información se le suma en algunos casos la no utilización de las licencias, lo que disminuye el período prenatal de las mismas. Las médicas generalmente no usufructúan sus propios derechos debido a una posición imperante –que relacionamos con el MMH y su impacto en las instituciones de salud– que desprestigia a aquellos médicos que no se entregan plenamente al ejercicio de la profesión; se exige al médico no solo una práctica sino una vocación ineluctable. El desconocimiento y la falta de utilización de un mecanismo que fomenta la consolidación de derechos de las trabajadoras del sector plantean una tensión entre la existencia de la normativa y su operacionalización e implementación.

Recomendaciones de políticas

Espacios curriculares y extracurriculares

Introducir espacios para trabajar y debatir sobre las inequidades de género, que involucren en forma conjunta a estudiantes y docentes, y que aborden el currículo oculto institucional. El currículo oculto puede construir empoderamiento mediante la transmisión de actitudes

de confianza y autoestima, a partir de las prácticas, los procedimientos, las reglas, las relaciones y las estructuras de las residencias. Ello implica pensar el ejercicio de la autoridad de las y los médicos, las reglas que rigen su relación con las y los residentes, las actividades de aprendizaje, las medidas disciplinarias y los sistemas de seguimiento de forma tal que se promuevan actitudes vinculadas con la autonomía y la tolerancia.

Observatorios de género

Crear espacios para la elaboración de diagnósticos sobre la desigualdad en las condiciones laborales entre mujeres y varones al interior de las instituciones hospitalarias, y diseñar e implementar planes de acción con metas específicas para la erradicación de las desigualdades identificadas. Asimismo, generar la infraestructura y los procesos necesarios para que estos espacios sean un lugar de referencia para la denuncia de situaciones de discriminación. Por último, en aquellas instituciones que ya existen espacios con algunas de estas características, generalmente es necesario proveerles mayor visibilidad y centralidad, y presupuesto.

Mentoreo

Si bien el mentoreo ha adquirido relevancia para orientar el desarrollo de las carreras de los jóvenes profesionales, debería incluirse un acompañamiento que contemple la perspectiva de género. Es ese sentido, resultaría conveniente contar en las oficinas de género con un equipo especialmente preparado para informar y orientar a las mujeres y/o las parejas sobre sus derechos y cómo planificar sus carreras en pos de alcanzar la equidad de género.

Licencias especiales para completar la formación durante la residencia

Las políticas de formación de especialistas deben adecuarse para facilitar la conclusión

de los procesos educativos de posgrado y el cumplimiento de los requisitos académicos. Algunos de los reglamentos ya han incorporado estas condiciones (entre ellos, los reglamentos de la Nación, la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), al igual que las guardias de 12 horas y el descanso posguardia. No solo es una manera de preservar los derechos de las mujeres, sino también de preservar la estrategia que el Estado lleva adelante para formar profesionales de calidad en pos de la salud de la población.

Articulación nacional, subnacional y local

Si bien poseen un asidero jurídico, la implementación efectiva de los cambios en el reglamento de residencias en lo concerniente a licencias y regímenes de formación, y la inclusión de la perspectiva de género en iniciativas y políticas específicas en hospitales y organizaciones de salud tiende a adquirir un cariz local. Estas iniciativas de carácter local se presentan como buenas prácticas que necesitan articularse entre sí para conformar proyectos y programas al interior de las instituciones, pero también se requiere una orquestación programática en las distintas instancias estatales. De esta forma, las acciones desarrolladas en los contextos locales pueden adquirir un carácter político-institucional, anclado en políticas que faciliten, al mismo tiempo, el camino para la implementación de acciones transformativas en el mediano y largo plazo.

Mejorar la información

La búsqueda de datos realizada para la elaboración de este estudio pone de manifiesto la escasez de evidencia sobre las condiciones de trabajo y género en el sector salud. Es imperativo investigar para reconocer la perspectiva en el país, en cada provincia y en los diferentes subsectores, indagando también la posibilidad de contar con regulaciones equivalentes y complementarias en

un sistema fragmentado. La inclusión del tema en los Observatorios de Recursos Humanos de Salud³³ y el fortalecimiento de los registros comunes de profesionales (REFEPS) consolidan un punto de partida para un análisis más profundo y para afianzar la información a nivel federal y sectorial.

Legislación laboral e igualdad de género en el sector salud

La feminización profesionalizada del sector salud ha sido acompañada por mejoras en las condiciones laborales de las mujeres, entre ellas la registración y la estabilidad laboral y, en menor medida, el acceso a puestos de decisión. Sin embargo, las brechas de ingreso persisten y son especialmente marcadas entre las profesionales. A diferencia de estas, una proporción importante de técnicas y operativas se desempeña en el marco de los convenios colectivos de trabajo (CCT), que impulsaron ciertos avances en términos de igualdad de género y que se diseñaron sobre una población ya feminizada. Un proceso distinto se ha dado entre la mayoría de las y los profesionales de la salud, particularmente entre las y los médicos. La regulación de las relaciones de trabajo en la medicina fue previo a la feminización de la profesión: las normativas vigentes no solo no contemplan la nueva composición sectorial sino que, en parte, refuerzan las brechas identificadas.

Al mismo tiempo, la organización sindical de las y los profesionales de la salud se ha dado de una forma más fragmentada y acorde al sistema sanitario argentino. No existe, por ejemplo, una entidad gremial que haya logrado afianzar una representación del conjunto de las y los profesionales médicos a nivel nacional. Si bien a lo largo del siglo XX la Confederación Médica de

la República Argentina (COMRA) intentó consolidar una postura a nivel nacional respecto de las condiciones de contratación de las obras sociales, sus esfuerzos se vieron limitados por la tensión entre la defensa de la autonomía médica frente al Estado y las resistencias y apoyos que cada una de las negociaciones despertaba entre las bases locales (Belmartino, 2010). A su vez, a pesar de que COMRA cuenta con organizaciones primarias asociadas en todas las provincias, cada una negocia localmente con el sector empleador los aranceles de la seguridad social. Y si bien en algunos casos realiza actividades docentes o ha delegado el control del ejercicio profesional, tiene escasa incidencia sobre las condiciones de trabajo.

En este contexto, se presentan algunos avances en relación a la promoción de la igualdad de género en los convenios colectivos de trabajo de las y los profesionales médicos en el sector privado. La Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP) –con zona de actuación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires– cuenta con personería gremial desde el año 2007,³⁴ y con cuatro convenios firmados con cámaras empresarias y algunos más recientes celebrados con empresas.³⁵ Estos representan un avance sobre la regulación de los médicos en relación de dependencia con respecto a la duración de las jornadas laborales (24 horas/48 horas semanales) y guardias (12 horas/24 horas corridas), reemplazos, derecho a la capacitación, normas de seguridad de higiene dentro del establecimiento de guardia y la estipulación de las remuneraciones mínimas. En especial, incluye un apartado sobre el “Trabajo de mujeres” donde se explicita que: “Las médicas de sexo femenino no tendrán ninguna diferencia de trato respecto del sexo masculino salvo en lo referente a la protección de la maternidad. No obstante, y dentro de esa premisa, no podrá asignarse tareas a las embarazadas en áreas de radiología o diagnóstico por imágenes y a partir del sexto mes en las áreas cerradas o de cuidados intensivos sin que ello signifique modificación salarial ni horaria de ninguna naturaleza”.

No obstante, la perspectiva de género aparece tímidamente, relacionada con la maternidad en tanto evento de riesgo físico, y se acopla enteramente a la legislación nacional. De la misma forma, aunque se hace referencia al derecho a espacios de cuidado para niñas y/o niños, el sujeto de la misma aparece solo como “facultad” para las mujeres. Por lo tanto, si bien se establece un precedente significativo en torno a la registración de las y los profesionales del sector privado, la diferenciación de trato respecto a tareas de cuidado en alguna de sus cláusulas parecería más características de sectores masculinizados³⁶ y no a uno de feminización progresiva.

Las negociaciones colectivas de las condiciones de trabajo en el sector público para las y los profesionales del sector salud también son muy recientes. La regulación laboral del ámbito estatal en las distintas jurisdicciones se basó en legislaciones locales,³⁷ que, en mayor o menor medida, se empezaron a delimitar posteriormente como “carreras sanitarias”. Estas adquirieron un mayor desarrollo con la consolidación de la democracia. A diferencia del sector privado, las relaciones de trabajo están comprendidas en la carrera sanitaria que regula el empleo público en salud, y define la relación laboral de las y los trabajadores con las instituciones que conforman el componente público de los sistemas de servicios de salud (OPS, 2008). Las carreras sanitarias implican la necesidad de un estatuto sanitario diferenciado, que se ha sustentado en “el reconocimiento de las características de singularidad y especificidad del proceso de trabajo de las instituciones del sector salud y de las exigencias de educación continua y desarrollo de nuevas capacidades para afrontar escenarios complejos en lo social y tecnológico” (Duré et al., 2009a: 6).

En el último tiempo, la sanción y la reglamentación de las “carreras sanitarias” han apuntado a generar mayores condiciones de igualdad en el acceso y el desarrollo de las y los profesionales en el sector público. Sin embargo, no se verifica aún la inclusión de una perspectiva de género que posibilite la promoción efectiva de la paridad en términos de acceso e ingresos.

En contraste con las normativas de las y los técnicos y operativos, las carreras sanitarias aceptan una variedad de cargas horarias, que pueden abarcar desde 12 hasta 70 horas semanales. Por otra parte, las y los profesionales sanitarios tienen la posibilidad de desempeñar diferentes cargos en el sistema público en tanto no haya superposición horaria. En todos los casos, se contempla la guardia activa como una modalidad de prestación de servicio especial y, en algunos pocos, también la guardia pasiva (regímenes de 8 a 36 horas semanales). La guardia activa tiene una duración de 24 horas, aunque en los estatutos más recientes comienza a aparecer la guardia de 12 horas. Este amplio rango en la duración de la jornada laboral, una característica distintiva del trabajo profesional en salud, así como las modalidades de prestación de servicio, se trasladan en las brechas de género horaria entre las y los profesionales del sector.

Las remuneraciones también tienen múltiples combinaciones que derivan en su mayoría de una estructura de salario básico al que se les suma un adicional por nivel y/o antigüedad, por título de especialista y en relación con la dedicación horaria. Otros adicionales y suplementos corresponden a horario extendido, las guardias (en sus diversas variantes), turnos rotatorios, la función jerárquica, el bloqueo de título, la dedicación exclusiva o disponibilidad permanente, ser recurso humano crítico, y tareas de riesgo. Esta estructura salarial en la cual el componente horario tiene una incidencia significativa que se intensifica a través de diferentes adicionales explica en parte las brechas de ingreso total de la ocupación principal entre las y los profesionales de la salud en el sector público.

En todas las carreras se ha considerado la promoción horizontal⁴⁰ cada tres a cinco años, en función del reconocimiento de antigüedad o permanencia en el cargo. A su vez, en la mayoría de los casos se menciona el mérito en relación con una calificación anual; dicha exigencia involucra el cumplimiento de créditos de capacitación. La formación continua es un tópico común a todas las carreras, lo que da cuenta de su relevancia en

el sistema de salud: se la considera tanto un derecho como un deber. Por su parte, la promoción vertical para el acceso a los cargos de conducción o para el cambio de escalafón es abierta a los trabajadores ya incorporados y se realiza por concurso. Se prevén requisitos de antigüedad mínima y en la mayoría de los casos requisitos de formación en gestión administrativa y hospitalaria.

No obstante, si bien hay instituciones que ofrecen facilidades para la capacitación en horario de servicio, las formaciones de posgrado suelen demandar carga horaria adicional. En un contexto donde las profesionales del sector son las responsables principales de la organización y cuidado de sus hogares, las licencias por maternidad, la carga de las responsabilidades domésticas y la crianza limitan los tiempos para la capacitación de las mujeres y demoran el acceso a mejores cualificaciones que favorecen el acceso a cargos de conducción y a roles más prestigiados del sistema de salud.

Recomendaciones de políticas

Negociaciones colectivas de trabajo con perspectiva de género

Regular la incorporación de la perspectiva de género en las negociaciones colectivas, con énfasis en la participación de las mujeres en las organizaciones sindicales y en las comisiones paritarias. Una buena práctica de esta incorporación es el primer convenio colectivo firmado por la Asociación de Médicos Municipales en el año 2011,⁴¹ que consiste en una ampliación de días y derechos no solo en las licencias de maternidad (modificatoria del art. 33, sin lugar a dudas una de las más detalladas y contemplativas dentro del subsector) sino también de paternidad (modificatoria del art. 35). A su vez, se incorpora la

obligatoriedad de la licencia por estrés, lo que muestra un reconocimiento al proceso intensivo de trabajo en salud. También se añade la licencia por fertilización asistida, un derecho bastante progresivo si se tiene en cuenta el poco debate en el ámbito laboral en torno a licencias de este tipo, cuyo sujeto imponible son únicamente las mujeres.

Otro ejemplo es el convenio de la Asociación Mendocina de Profesionales de la Salud, que cuenta con personería gremial desde hace un poco más de diez años. Si bien este contrato colectivo sigue en general los criterios planteados en la carrera sanitaria nacional, a través del decreto 392/2013 se estableció una licencia especial para que las mujeres se realicen estudios ginecológicos sin descuento de presentismo. Asimismo, en la provincia de Buenos Aires, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), que nuclea todas las entidades médicas federadas existentes en el territorio bonaerense, ha acordado el abordaje de la violencia en el ejercicio profesional, problema que, según expresa, afecta más a las mujeres. Como manifiestan, “las acciones y ejes de trabajo tendrán una visión integrada, participativa, multidisciplinar, sensible a la cultura y al género y atendiendo a la multi-causalidad del fenómeno”.

Regulaciones horarias

La flexibilidad en el horario laboral promueve la retención de trabajadoras madres, debido a una mayor oportunidad de conciliar las tareas de la maternidad y la actividad laboral. No obstante, al ser iniciativas que generalmente se desarrollan desde áreas específicas de los hospitales, dependen de las voluntades de autoridades y jefes de área y servicios en las respectivas instituciones. Se requiere, por lo tanto, sustituir arreglos informales y fragmentados por iniciativas formalizadas y, en especial, tratar el desarrollo de guarderías y la flexibilidad laboral en el sector salud como una política integral.

Particularmente, las cargas horarias de las guardias de 24 horas limitan la inserción laboral de las mujeres y tienen efectos perjudiciales sobre la salud de la población y

de los propios trabajadores del sector. Por lo tanto, la reorganización por bandas horarias que no superen las 12 horas, con un ideal entre las 6 y 8 horas, podría beneficiar tanto a hombres como a mujeres y facilitar la organización familiar. En este sentido, la regulación del trabajo de las enfermeras por bandas horarias parecería ser más acorde a las necesidades de las trabajadoras. Este sistema comienza a aparecer como una mejor opción en los países de alto desarrollo para los profesionales médicos.

Asimismo, facilitar la reducción de la carga horaria durante el período de crianza, y permitir que se acceda a la recuperación automática del horario extendido cuando finalice dicho período.

Licencias por maternidad/ paternidad y cuidado

Las licencias dirigidas a preservar los derechos básicos de las mujeres en su rol reproductivo no deberían generar costos ni penalidades en términos de sus trayectorias laborales en la carrera sanitaria. Además, debería avanzarse en iniciativas que promuevan la equidad para el cuidado.

Presentismo: las licencias por maternidad o por cuidado de hijo enfermo no deberían generar pérdida del presentismo o deberían tener una compensación similar.

Distribución de licencias: si ambos cónyuges trabajan bajo un mismo régimen jurisdiccional, superado el plazo considerado mínimo para la recuperación física de la mujer puérpera la familia debería poder distribuir la licencia por maternidad/paternidad.

Excedencia (licencia sin goce de haberes por maternidad): este beneficio debería ampliarse a elección de cualquiera de los cónyuges y no generar pérdida de antigüedad para la carrera profesional. Por otra parte, el Estado debería garantizar la continuidad del aporte a la seguridad social para evitar un perjuicio económico a las familias y/o su desprotección en una situación de vulnerabilidad, que a su vez desalienta la opción por este beneficio.

Jardines parentales: extender el régimen de estos, ya que la cantidad de mujeres en el

sistema justifica la apertura en los distintos centros de atención de la salud, o garantizar una compensación económica acorde.

Ciclo de vida: políticas públicas de conciliación en el ámbito de la salud requieren comprender las diferencias en el ciclo de vida entre las y los trabajadores del sector. No se trata solo de contratar más mujeres, sino también de poder brindarles perspectivas de mediano y largo plazo. Esto implica entender que las prioridades de trabajo de mujeres y varones cambian en diferentes etapas de la vida y, además, que esas etapas tienden a ser diferentes (Schaffnit-Chatterjee, 2010).

Capacitación

Ofrecer la opción de participar en los procesos de capacitación tanto durante las licencias por maternidad o cuidado de un familiar como en los períodos de reducción horaria, para facilitar la continuidad de las carreras de las profesionales madres y su acceso a puestos de decisión.

Más allá de la capacitación formal, incrementar redes informales de comunicación y programas de mentoreo, ya que tienden a reducir barreras y costos de entrada, en particular en las especialidades masculinizadas.

Acuerdos federales

Consolidar a nivel federal las carreras sanitarias, como eje para el ingreso y la promoción democrática y transparente dentro del sistema de salud. Queda pendiente, no obstante, la inclusión de una mirada que denote el proceso de feminización que las atraviesa. Este espacio, al ser un ámbito de actuación más concreto del Estado, puede dar lugar al desarrollo más directo de iniciativas que promuevan la igualdad e inserción de las profesionales. Una generalización de estas regulaciones en el sector público podrá tener un efecto que no solo se limite a este, sino que pueda extenderse en un contexto de derechos e igualdad hacia todo el sector, mediante negociaciones colectivas u otras normas, hacia el ámbito privado.

La inclusión de una perspectiva de género es fundamental para evitar sesgos y el tratamiento desigual en las interacciones en el ámbito de aprendizaje basados predominantemente en el sexo de las y los estudiantes (UNESCO, 2015). Entre los sesgos identificados de forma reiterada se encuentran otorgar la palabra a los varones con más frecuencia, esperar un poco más a los varones para responder a preguntas, recordar con mayor frecuencia sus nombres, destacar con mayor frecuencia sus comentarios en la discusión en clase, interrumpir a las estudiantes mujeres antes del final de sus respuestas, y seleccionar a varones como líderes de grupos y a

las mujeres para tomar notas. Por el contrario, la enseñanza igualitaria (*gender equal teaching*), implementada desde la educación inicial en algunas instituciones de los países nórdicos, propone romper con la generación de estos sesgos y consecuentemente el arraigo de estereotipos. La idea subyacente es no categorizar ni establecer expectativas de acuerdo con el sexo, sino exponer a las y los estudiantes a la diversidad, a posibilidades de diferentes conocimientos, así como a pluralidad de experiencias, expresiones y emociones. Promover la idiosincrasia de cada estudiante y las elecciones basadas en sus individualidades, en lugar de su sexo.

NOTAS

¹ Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

² Para un análisis abarcativo sobre la relevancia de estudiar los recursos humanos en el sector salud, véase González García, Madies y Fontela, 2012.

³ El PNUD Argentina produjo en los últimos años varias publicaciones sobre disparidades de género y el sistema de salud en el país. Entre ellas, se destacan *Género en el trabajo: brechas en el acceso a puestos de decisión* (2014), *Género en cifras: mujeres y varones en la sociedad argentina* (2011) y *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros* (2011).

⁴ Véase el anexo metodológico 1, para la descripción del criterio de selección de las y los trabajadores de la salud.

⁵ Para cuantificar a las y los trabajadores del sector salud, se utilizó el clasificador de actividades económicas para encuestas socio-demográficas del Mercosur (CAES-Mercosur y el CAES-Mercosur 1.0). Asimismo, los años analizados de la EPH son 2003 y 2016. Para más información, véase el anexo metodológico 1, incluido el detalle de actividades de las y los trabajadores de la salud según calificación ocupacional.

⁶ Las muestras poblacionales de los relevamientos utilizados presentan ciertas diferencias.

⁷ Entre las técnicas y operativas, este porcentaje desciende al 10,6%, y es solo del 2,1% entre los varones.

⁸ El incremento de la participación de las mujeres entre los profesionales de la salud en las últimas décadas contrasta con la mayor estabilidad de la distribución entre mujeres y varones en los puestos técnicos y operativos. Si bien se observa un incremento en la proporción de técnicos y operativos varones, son las mujeres quienes continúan desempeñando estas tareas en una amplia mayoría. Como resultado

de estas tendencias, las mujeres presentan una pirámide ocupacional relativamente homogénea, mientras que los varones continúan concentrándose en puestos profesionales. En el año 2016, entre el total de varones ocupados en el sector, los profesionales alcanzaban el 44,3%, y entre las mujeres este porcentaje era del 27,4%. En este contexto, la afirmación de Geldstein y Wainerman (1989) sobre la base del relevamiento de 1980 no pierde vigencia: “Los hombres (mayormente) se sienten atraídos por este mercado cuando están en condiciones de insertarse como profesionales universitarios”.

⁹Para simplificar la exposición de los hallazgos no se incluyeron en los gráficos y las tablas los valores correspondientes al total de la población ocupada. Tampoco se dividió en las secciones sobre perfiles sociodemográficos y “registro y estabilidad laboral” por profesionales y no profesionales. Sin embargo, se especifica cuando se identifican diferencias significativas. Véanse, en el anexo estadístico 1, las estadísticas correspondientes a la población ocupada y las no profesionales.

¹⁰Para más información, véase el anexo metodológico 1.

¹¹Por ejemplo, más allá de que se haya obtenido una licenciatura en Enfermería, el clasificador nacional de ocupaciones (CNO) que utiliza la EPH define las tareas de enfermería como “técnicas”.

¹²Entre las profesionales, la concentración entre el grupo de +50 es mayor (41,9%), mientras que se reduce la proporción de edad media (33%) y las más jóvenes (29,1%).

¹³Al desagregarse entre las profesionales y el resto de las trabajadoras del sector, se identifica una mayor estabilidad en la estructura etaria de las no profesionales.

¹⁴Las profesionales de la salud unidas o casadas presentan una mayor proporción (63,2%). Probablemente esto se vincula a su mayor edad promedio.

¹⁵Entre las profesionales de la salud, la proporción con más de 5 años de antigüedad asciende al 69,5%. Esta mayor proporción se vincula a su mayor edad promedio.

¹⁶Véase en el anexo metodológico 1 el cálculo de la brecha de ingresos.

¹⁷Si bien las brechas del sector salud son menores en las categorías analizadas, al compararse el promedio de la brecha de ingresos mensuales de la ocupación principal en el total del sector y en el conjunto de la población ocupada, la diferencia es pequeña.

¹⁸Las brechas de ingreso horario es relativamente pequeña entre las y los profesionales de la salud (4,7%), y aún más entre las y los técnicos y operativos (3,2%).

- ¹⁹ Convenio Fatsa 122/75.
- ²⁰ Las actividades domésticas no remuneradas incluyen la limpieza de la casa, aseo y arreglo de ropa, preparar y cocinar alimentos, compras para el hogar, reparación y mantenimiento del hogar. Las actividades de cuidado incluyen el cuidado de niños, enfermos o adultos mayores y los tiempos de traslado en estas actividades.
- ²¹ Entre las profesionales, los valores son prácticamente los mismos, y por lo tanto no se identifican diferencias estadísticamente significativas.
- ²² Véase el anexo metodológico 1, la definición de puestos de jefatura y dirección de la EPH.
- ²³ Para consultar la “Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud”, véase http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672&Itemid=42273&lang=es.
- ²⁴ El número total de médicos en Argentina en edad activa era de 172.502 en el año 2016 (REFEPS, 2016). Esto implica una alta tasa de médicas y médicos en términos comparados, 3,96 cada 1000 habitantes.
- ²⁵ El Censo Nacional de Población de 2001, en el que se incorporó la profesión específica por primera y única vez, indicó que las y los médicos representan el 39,9% del total de profesionales del sector salud, seguidos por las y los psicólogos (15,4%) y las y los odontólogos (11,9%), y el resto de las profesiones no superan el 10%. Asimismo, la menor proporción de mujeres se identificaba entre las y los médicos; el resto de las disciplinas ya estaban feminizadas (Pautassi, 2006; Abramzón, 2005).
- ²⁶ La mayoría de las otras carreras de la salud en la UBA ya estaban feminizadas a principios de la década de 1970, entre ellas Farmacia y Bioquímica, Odontología y Psicología.
- ²⁷ Las universidades estatales nuclea el 75% de las y los estudiantes de Medicina y cerca del 50% se concentra en la UBA, que representa a su vez el 40% del total de estudiantes en todo el país (Secretaría de Políticas Universitarias, 2015). Le siguen la Universidad Nacional de Córdoba, la Universidad Nacional de La Plata y la Universidad Nacional de Rosario. Las universidades más pequeñas, con menos de 1000 estudiantes, son las de Cuyo, La Matanza, del Centro y la del Sur.
- ²⁸ Más del 80% de la oferta para la formación de especialistas es estatal, y más de la mitad financiada por los ministerios de salud provinciales. Las becas financiadas por el gobierno nacional representan el 20%, las instituciones privadas financian otro 15% (véase Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015).

²⁹ Sobre la base de información de los sitios web de las asociaciones de especialidades altamente feminizadas y masculinizadas, octubre 2017.

³⁰ Sobre la base de información de los respectivos sitios web de los gremios, octubre de 2017.

³¹ Para una fundamentación pormenorizada de la importancia de formular políticas laborales que incorporen una visión sectorial desde una perspectiva de género, y en el ámbito de la salud en particular, véase Nieves Rico y Marco, 2006.

³² El reglamento del programa de residencias del Sistema de Salud de España (MIR) aporta una serie de regulaciones superadoras desde la perspectiva de género, ya que limitan la carga horaria diaria a un máximo exigible de 12 horas (real decreto 1136/2006): a) Durante el embarazo. b) Por razones de guarda legal, el residente que tenga a su cuidado directo a algún menor de la edad o a una persona con discapacidad. c) Cuando le sea necesario encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad. d) Cuando el residente tenga la guardia y custodia no compartida de un hijo menor de edad. Además, cuenta con una cláusula especial que permite separar a la residente de una sede o servicio en el que haya sido objeto de violencia de género y obliga a la administración a brindarle una plaza equivalente por el término de seis meses, reservándole su cargo original y dándole la posibilidad de optar por cualquiera de ambos al cabo de ese término.

³³ El Ministerio de Salud cuenta con un Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud. Disponible en línea: <http://www.msal.gob.ar/observatorio>.

³⁴ Resolución 1307/2007 – Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

³⁵ CCT 552/08; 559/09; CCT 619/11 y CCT 635/11.

³⁶ Este tipo de regulaciones se observan, por ejemplo, en las áreas de Seguridad y Defensa.

³⁷ La primera carrera médica hospitalaria se da en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires en el año 1935 (ley 12.262).

³⁸ Prácticamente todas las carreras sanitarias han sido aprobadas por ley, con las excepciones de Mendoza, la Ciudad de Buenos Aires, Chubut, Neuquén (ATE) y las pertenecientes al régimen nacional. En estos casos su sanción ha sido fruto del acuerdo mediante negociaciones colectivas. Muy probablemente esta particularidad se deba a que la Asociación de Médicos Municipales (AMM) de la Ciudad de Buenos Aires, la Asociación de Médicos y Profesionales

de la Salud de Mendoza (AMPROS) y, más reciente, la Asociación Gremial Médica del Chubut (AGREMECH), en tanto entidades gremiales médicas, han tenido, tradicionalmente, una trayectoria de organización y participación mucho más firme en la escena laboral de las jurisdicciones. Podemos sostener, en este sentido, que si bien las carreras sanitarias aprobadas por negociaciones colectivas son hechos más o menos recientes, estos gremios han sido históricamente parte de la discusión en torno a las condiciones laborales de los médicos en el subsector.

³⁹ En el caso de que las carreras no contemplen algún punto en forma específica, se aplica supletoriamente el régimen general de la administración pública provincial. Suelen ser comunes a todos los trabajadores del sector las condiciones de licencias y franquicias, entre ellas las correspondientes a maternidad, lactancia, enfermedad de familiar.

⁴⁰ La posibilidad de incrementos salariales, sin generar cambios en el puesto de trabajo.

⁴¹ *Mundo hospitalario*, n° 167, 2011.

BIBLIOGRAFÍA

Abramzón, M. 2005. “Argentina: recursos humanos en salud en 2004”, 62. OPS/OMS: Argentina.

Asociación de Médicos Municipales. 2011. “Primer Convenio Colectivo de Trabajo”. Ciudad de Buenos Aires.

Belmartino, S. 2010. “Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX”. *Salud Colectiva*, 6 (3), 329-353.

Castro, R. 2014. “Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica”. *Salud Investiga*, 10 (3), 339-351.

Cerrutti, M. 2003. “Trabajo, organización familiar y relaciones de género en Buenos Aires”. En Wainerman, C. (comp.), *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires: UNICEF/Fondo de Cultura Económica.

COMRA. 2017. “Iniciativa interinstitucional para prevenir la violencia en el ejercicio profesional”. *Carta de Noticias* (60), 4-5.

Duré, I., Ballesteros, M., Molina, C., Saccone, I., Schiavi, A., y Tanuz, R. 2009a. *La carrera sanitaria en Argentina*. Buenos Aires: Observatorio de Políticas Públicas - Cuerpo de Administradores Gubernamentales.

Duré, I., N. Cosacov y C. Dursi. 2009. “La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa”, *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 7 (13), agosto.

Duré, I. Daverio, y D., Dursi, C. 2013. “Planificación y gestión del Sistema Nacional de Residencias en Argentina”. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación.

Dursi, C. y V. Millenaar. 2017. “Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas médicos”, informe de investigación. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Gasparini, L. y M. Marchionni. 2015. *Bridging Gender Gaps? The Rise and Deceleration of Female Labor Force in Latin America*. La Plata: CEDLAS.

Geldstein, R. y C. Wainerman. 1989. “Trabajo, carrera y género en el mundo de la salud”. Buenos Aires: CENEP, Serie Cuadernos del CENEP n° 42.

George, A. 2007. “Human Resources for Health: A Gender Analysis”. Documento preparado para *Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants for Health*. Kochi, junio.

González García, G. C. Madies y M. Fontela. 2012. *Médicos: la salud de una profesión*. Buenos Aires: Ediciones Isalud.

Inglehart, R. y P. Norris. 2003. *Rising Tide: Gender Equality and Cultural Change Around the World*. Cambridge: Cambridge University Press.

INDEC. 2014. “Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo”. Buenos Aires.

Menéndez, E. 2005. “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. *Salud Colectiva*, 9 (32), 9-32.

Ministerio de Salud de la Nación-Observatorio Federal de Recursos Humanos. 2015. “Los Recursos Humanos de Salud en Argentina”.

Ministerio de Trabajo de la Nación-CTIO. 2016. “Documento de trabajo para el debate en el marco de la CTIO-Género”. Abril.

Ministerio de Trabajo de la Nación-Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales. 2015. “Situación ocupacional de los trabajadores del sector salud”. Noviembre.

Naciones Unidas. 2015. “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”. A/RES/70/1. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas. 21 de octubre.

Navarro, F. 2012. “La utilización de las encuestas de uso del tiempo en las políticas públicas”. *Mujer y Desarrollo*, 119.

Nieves Rico, M. y F. Marco (comp.). 2006. *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires: CEPAL/ Siglo XXI.

Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. 2015. “Los recursos humanos de salud en Argentina”, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php?option=com_content&view=article&id=274:los-recursos-humanos-de-salud-en-argentina-ano-2015&catid=4:destacados-slide274.

- OIT. 2016. *Las mujeres en el trabajo, tendencias 2016*. Ginebra.
- OMS. 2016. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Ginebra.
- OMS. 2016. “Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce”. *High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*. Nueva York.
- OPS. 2005. “Llamado a la Acción de Toronto: 2006-2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas”. VII Reunión Regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud, 4 al 7 de octubre, Toronto.
- OPS. 2008. *El proceso de construcción de las carreras sanitarias en la región de las Américas: análisis de situación y perspectivas de cooperación técnica*. Washington D.C.
- OPS. 2012. *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington D.C.
- Pautassi, L. 2006. “El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención”, en Nieves Rico, M. y F. Marco (comp.) *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires: CEPAL/Siglo XXI.
- Petrone, P. 2014. *Avances y retrocesos de la feminización en los equipos de salud*. Buenos Aires: Dunken.
- PNUD. 2011. *Género en cifras: mujeres y varones en la sociedad argentina*. Buenos Aires.
- PNUD. 2014. *Género en el trabajo: brechas en el acceso a puestos de decisión*. Buenos Aires.
- PNUD. 2017. *Información para el desarrollo sostenible: Argentina y la Agenda 2030*. Buenos Aires.
- PNUD/OPS/CEPAL. 2011. *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires.
- Schaffnit-Chatterjee, C. 2010. “Toward gender balanced leadership: what has not worked and what may”. *Deutsche Bank Trend Research*, noviembre.
- Siemienska, R.; M. Basañez.; y A. Moreno. 2010. “Generational Differences in Support for Democracy: Evidence from New and Established Democracies”. En Inglehart, R. et al., *Changing Human Beliefs and Values, 1981-2007*. México DF: Siglo XXI.

Tiramonti, G. 1995. “Mujer y Educación”. En Birgin, H. (comp). *Acción pública y sociedad: las mujeres en el cambio estructural*. Buenos Aires: CEA-DEL y Feminaria.

Torrado, S., Ariño, M., y Sacco, N. 2008. “Los clasificadores de la variable ‘ocupación’ en los censos de Argentina: 1980, 1991, 2001”. Cátedra de Demografía Social, serie de informes de investigación, n° 16. Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, octubre.

Torres, R. 2015. *Política sanitaria en el país de los argentinos*. Buenos Aires: Ediciones Isalud.

UNESCO. 2015. *A Guide for Gender Equality in Teacher Education Policy and Practices*. París.

Wainerman, C. 2003. “La reestructuración de las fronteras de género”. En *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires: UNICEF/Fondo de Cultura Económica.

ANEXO METODOLÓGICO 1

Esta publicación utiliza datos de la EPH del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), la REFEPS del Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación. Los datos de la EPH están comprendidos entre 2003 y 2016. El cambio de metodología a partir del segundo semestre de 2003 genera dificultades para la comparabilidad de variables clave en el análisis de esta investigación, y es por ello que no fue posible incorporar años anteriores. El año 2016 corresponde al último año disponible al momento de la realización de la investigación.

El Ministerio de Salud de la Nación define a la “fuerza de trabajo en salud pública” como a todas las y los trabajadoras cuya responsabilidad primaria es la provisión de servicios de salud. Estos incluyen a todas las y los trabajadoras responsables de contribuir –de manera directa o indirecta– a las metas de salud pública, independientemente de su formación y la institución en la que trabajan (Observatorio de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Nación, septiembre de 2014).

En esta publicación, para cuantificar a las y los trabajadores del sector salud, se utiliza el clasificador de actividades económicas para encuestas sociodemográficas (CAES) del Mercosur. Para los años 2003-2010 se utiliza el CAES-Mercosur 2001. Para los años 2011-2016, se utiliza el CAES-Mercosur 1.0.

Años 2003-2010 según Clasificación de Actividades Económicas para Encuestas Sociodemográficas del Mercosur (CAES-Mercosur 2001):

N Servicios sociales y de salud

85 *Servicios sociales y de salud*

8501 *Servicios relacionados a la salud humana*

8503 *Servicios sociales*

(NOTA: no se considera 8502 por ser “Servicios Veterinarios”)

Años 2011-2016, según Clasificación de Actividades Económicas para Encuestas Sociodemográficas del Mercosur CAES-Mercosur 1.0 versión argentina:

Q Salud Humana y Servicios Sociales

86 *Actividades de Atención a la Salud Humana*

8600 *Actividades de atención a la salud humana*

87 *Asistencia Social Relacionada con la Atención a la Salud*

8700 *Asistencia social relacionada con la atención a la salud*

88 *Servicios Sociales sin Alojamiento*

8800 *Servicios sociales sin alojamiento*

(NOTA: no se incluye el valor 75 que hace referencia a las actividades veterinarias).

Las personas ocupadas que en cada período posean estos valores en la variable “código de actividad para ocupados” son las consideradas pertenecientes al sector salud.

Para identificar la calificación ocupacional, se utilizó el clasificador nacional de ocupaciones (CNO), que describe las tareas de las y los profesionales, las y los técnicos y operativos del sector salud (versión 2001, octava revisión). El clasificador ocupacional permite medir la complejidad del proceso de trabajo desarrollado en cada ocupación. Se trata de una característica del proceso de trabajo que determina los requerimientos de conocimiento y habilidades de las personas que desempeñan las ocupaciones. La calificación de los puestos de trabajo de las ocupadas y los ocupados comprende las siguientes categorías: “profesionales”, “técnicos”, “operativos” y “no calificados”.

Para todos los períodos se utilizó la variable “Código de ocupación para los ocupados”. El procedimiento consistió en construir una variable que extrae el quinto dígito de la variable mencionada y permite identificar cada tipo de calificación. Luego se cruzó la variable “calificación del puesto” con las variables de edad y de educación para mayor robustez. Se identificaron casos para el total del mercado laboral en el que algunos individuos menores de 18 años figuraban como profesionales o técnicos: en esos casos no fueron considerados como tales y se asumió que la información era errónea.

A continuación, se describen las “ocupaciones de la salud y sanidad” del CNO 2001:

40.1 Cuenta propia de la salud y sanidad

40.1.1 Cuenta propia sin operación de maquinarias de la salud y sanidad

40.1.1.1 Calificación profesional:

Bioquímico, especialista de higiene alimentaria, farmacéutico, médico, médico acupunturista, odontólogo, ortodoncista, psicólogo/psicoterapeuta, psiquiatra, sanitarista, veterinario.

40.1.1.2 Calificación técnica:

Acompañante terapéutico, curandero/practicante de la medicina no tradicional, digito-punturista, ecónomo, enfermero, estimuladora infantil, fisioterapeuta, fonoaudiólogo y foniatra, kinesiólogo, masajista especializado, mecánico dental/protesista dental, músico terapeuta, partera/obstétrica, pedicuro/podólogo, psicografólogo, psicomotricista, técnico acupunturista, técnico en óptica y optometría/contactólogo, técnico en rehabilitación de la salud, técnico en salud animal, técnico en zoonosis, técnico ortopedista, técnico sanitarista, técnico veterinario, terapeuta energético, terapeuta ocupacional, técnico en técnicas corporales/eutonista.

40.1.1.3 Calificación operativa:

Controlador de presión arterial, controlador sanitario/agente sanitario, cuidador de enfermos, partera/matrona.

40.1.2 Cuenta propia con operación de maquinarias y/o equipos electromecánicos de la salud y sanidad

40.1.3 Cuenta propia con operación de sistemas y/o equipos informatizados de la salud y sanidad

40.1.3.1 Calificación profesional:
Neurólogo, mapeo cerebral computarizado.

40.2 Jefes de la salud y sanidad

40.2.0 Jefes de la salud y sanidad

40.2.0.1 Calificación profesional:
Jefe de bromatología, jefe de distrito de sanidad ambiental, jefe de laboratorio de análisis químicos, médico jefe de servicio de clínica/sanatorio, médico jefe de servicio hospitalario.

40.2.0.2 Calificación técnica:
Caba de piso de hospital, coordinador de sanidad animal, encargado de farmacia de hospital, encargado de puesto sanitario, jefe/encargado de hogar de ancianos, jefe/supervisor de servicio de enfermería, supervisor/jefe de agentes sanitarios, supervisor técnico de salud comunitaria.

40.2.0.3 Calificación operativa:
Encargado de bañadero garrapaticida.

40.3 Trabajadores de salud y sanidad

40.3.1 Trabajadores sin operación de maquinarias de salud y sanidad

40.3.1.1 Calificación profesional:
Bioquímico, bromatólogo, especialista de higiene alimentaria, farmacéutico, médico, médico acupunturista, odontólogo, ortodoncista, psicólogo/psicoterapeuta, psiquiatra, sanitarista, veterinario.

40.3.1.2 Calificación técnica

40.3.1.2 Trabajadores de salud humana y animal:
Acompañante terapéutico, asistente en prevención de suicidios, controlador de vacunación de ganado, digitopunturista, ecónomo, enfermero en general, estimuladora infantil, fonoaudiólogo/foniatra, histotécnica/técnico histopatólogo, instrumentista quirúrgico, kinesiólogo/fisioterapeuta, mecánico dental/protesista dental, curandero/practicante de la medicina no tradicional/alternativa, masajista especializado, músico terapeuta, partera/obstétrica, pedicuro/podólogo, psicografólogo, psicomotrista, técnico acupunturista, técnico anestesista, técnico de laboratorio bioquímico, técnico de laboratorio de análisis clínicos, técnico en bromatología, técnico en dietética y

nutrición, técnico en electromedicina, técnico en emergencias médicas, técnico en esterilización, técnico en farmacia, técnico en hemoterapia, técnico en higiene alimentaria, técnico en óptica y optometría/contactólogo, técnico en salud animal, técnico en técnicas corporales/eutonista, técnico en zoonosis, técnico ortopedista, técnico sanitaria, técnico veterinario, terapeuta energético, terapeuta ocupacional.

40.3.1.3 Calificación operativa

40.3.1.3 Trabajadores de salud humana y animal:

Auxiliar anestesiista, auxiliar de bromatología, auxiliar de enfermería, auxiliar de farmacia de hospital, auxiliar de hemoterapia, auxiliar de laboratorio, auxiliar de mecánico dental, auxiliar de morgue de hospital, auxiliar de neonatología, auxiliar de odontología/asistente dental, auxiliar de quirófano, auxiliar de salud comunitaria, auxiliar de salud mental, auxiliar de veterinaria, auxiliar de zoonosis, auxiliar óptico, ayudante de ecónomo, controlador de presión arterial, controlador sanitario/agente sanitario, cuidador de ancianos, extraccionista de sangre, partera/matrona, socorrista de primeros auxilios, transfusionista de sangre, vacunador.

40.3.1.4 No calificados

40.3.1.4 Trabajadores de salud humana y animal:

Ayudante de limpieza de materiales de laboratorio, ayudante de tareas generales de pedicura, camillero, cuidador de ancianos, cuidador de animales en el zoológico, cuidador de enfermos y discapacitados, oxigenista.

40.3.2 Operadores de maquinaria y/o equipos electromecánicos de la salud y sanidad

40.3.2.2 Calificación técnica:

Técnico en electrocardiograma, técnico en electroencefalograma, técnico en electroneurofisiología, técnico en hemodiálisis, técnico en radiología.

40.3.2.3 Calificación operativa:

Asistente de radiólogo, auxiliar de electrocardiograma, operador de autoclave/auxiliar de esterilización.

40.3.3 Operadores de sistemas y/o equipos informatizados y de panel de la salud y sanidad

40.3.3.1 Calificación profesional:

Médico ecografista, médico tomógrafo.

40.3.3.2 Calificación técnica:

Técnico en tomografía computada, operador de equipo biomédico de diagnóstico y tratamiento, técnico de estudios cardiológicos, técnico en centellogramas.

Brechas de ingresos

Se estima como la unidad menos el cociente entre el salario promedio de las mujeres y el salario promedio de los varones ($1 - YM/YV$). Cuando la brecha es cero hay igualdad de ingresos, cuando la brecha es positiva implica desigualdad, entendida como un déficit de ingreso de las mujeres respecto a los varones. Por último, cuando la brecha es negativa los ingresos de las mujeres son más elevados que los de los varones.

Los ingresos que se utilizan para estimar las brechas son el “ingreso de la ocupación principal” y el “ingreso laboral horario”.

Variables de ingresos laborales:

“Ingresos de la ocupación principal” = monto de ingresos de la ocupación principal percibido en el mes de referencia.

“Ingresos laborales horarios” = ingresos ocupación principal sobre las horas trabajadas en la ocupación principal.

Este se calcula con el cociente entre el ingreso de la ocupación principal y las horas trabajadas en el mes, calculadas a partir de los datos de las horas trabajadas semanales. Las horas trabajadas refieren, para este caso, a las trabajadas en la semana de referencia en la actividad principal.

Variable de horas trabajadas:

“Horas mensuales trabajadas en la ocupación principal” = las horas semanales trabajadas en la ocupación principal (corregidas por un máximo de hasta 140 horas) multiplicadas por 4,3 para mensualizarlas.

“Horas mensuales trabajadas” suma, a las de la ocupación principal, las horas trabajadas en otras actividades. Para determinar la subocupación horaria y la ocupación plena, se utilizan los datos de horas trabajadas en el total de ocupaciones.

Puestos de decisión

La EPH categoriza los puestos de decisión como “jefatura y dirección”. La dimensión jerárquica ocupacional del mencionado Clasificador Nacional de Ocupaciones del Censo de 2001 describe la existencia de formas jerárquico-organizativas de los procesos de trabajo, y se establece a partir de líneas jerárquicas que visibilizan cada ocupación en el ordenamiento interno de las unidades productivas. Consta de cuatro categorías: 1) “Ocupaciones de dirección”: se encargan de la conducción general de organismos, instituciones y empresas públicas, privadas o mixtas, a través de la formulación de objetivos y metas y la toma de decisiones globales de orden político, social, económico y productivo; 2) “Ocupaciones de jefatura”: tienen personal a cargo y supervisan directamente la producción de bienes y servicios, o la creación de las condiciones para que ella se realice; 3) “Ocupaciones de ejecución directa”: producen directamente un bien o un servicio, o crean las condiciones para su producción, y 4) “Ocupaciones independientes”: conjugan la ejecución directa de tareas de producción o de servicios con la gestión y organización de las actividades. Para ejemplos específicos, véase Torrado, Ariño y Sacco (2008).

Índice de Desarrollo de Género (IDG)

El cómputo del IDG resulta del promedio simple de los índices de sus tres dimensiones.

$$\text{IDG} = \frac{1}{3} \left(\text{Índice de esperanza de vida} \right) + \frac{1}{3} \left(\text{Índice de educación} \right) + \frac{1}{3} \left(\text{Índice de ingresos} \right)$$

Sin embargo cada índice que conforma el IDG difiere con respecto al Índice de Desarrollo Humano (IDH) ya que penaliza las desigualdades entre hombres y mujeres.

El cálculo del IDG se efectúa en tres etapas. En primer lugar, se calculan los índices de esperanza de vida, educación e ingresos para mujeres y hombres, teniendo en cuenta –en algunos casos los valores mínimos y máximos diferenciales de cada género para su normalización. En la segunda etapa, para cada componente se combinan los índices de mujeres y hombres mediante la técnica de índice igualmente distribuido que penaliza las diferencias de género. El índice igualmente distribuido resulta de la siguiente fórmula general:

$$\text{Índice igualmente distribuido} = \{ [w_h(\text{Índice}_h)^{-1}] + [w_m(\text{Índice}_m)^{-1}] \}^{-1}$$

donde w_h y w_m son respectivamente la proporción de hombres y mujeres en la población total. En la tercera etapa, se combinan los tres índices igualmente distribuidos en un promedio no ponderado, de lo que resulta el IDG.

Los valores límite máximos y mínimos utilizados para la *esperanza de vida al nacer* son de 87,5 y 27,5 años para las mujeres y de 82,5 y 22,5 años para los hombres. En el caso de la *educación*, se toman los mismos valores de referencia que en el IDH tanto para hombres como para mujeres. La construcción del índice de *ingresos* requiere, en cambio, una serie de procedimientos previos. En primer lugar, se estima el total de ingresos percibidos por los individuos (Y). En segundo lugar, se estima la participación de las mujeres (PM) en el total de la masa salarial: se multiplica la razón del salario femenino al masculino (a la que se le asignó el valor estándar de 0,75) por la proporción de mujeres en la población económicamente activa (PEA), lo que es dividido por esos mismos términos más la proporción de varones en la PEA. En tercer lugar, se estiman los ingresos per cápita percibidos por las mujeres multiplicando el total del ingreso (Y) por la proporción que reciben las mujeres (PM) y dividiéndolo por la población total de mujeres. Los ingresos percibidos por los hombres, en tanto, se estiman por diferencia, restando al total de ingresos los de las mujeres –el producto del total de ingresos por (PM)– y luego dividiéndolo por la población total de varones. Sobre la base de estos ingresos per cápita de varones y mujeres se estiman los respectivos índices y luego, como se mencionó anteriormente, los índices se combinan mediante el índice igualmente distribuido.

ANEXO METODOLÓGICO 2

Entrevistas en profundidad

Se realizaron 39 entrevistas en profundidad, a 20 médicas y 19 médicos de especialidades altamente feminizadas y masculinizadas, con distinta jerarquía ocupacional en hospitales públicos y privados (dirección de hospital, jefatura de área, médicos y médicas y residentes). Las entrevistas fueron realizadas en el segundo semestre de 2015, en el área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De carácter confidencial, se grabaron con el consentimiento de las y los participantes.

Perfiles socio-ocupacionales						CUADRO A1				
Perfil del puesto	Mujer					Varón				
	Edad			Hijas/os		Edad			Hijas/os	
	-34	35-49	50+	Sí	No	-34	35-49	50+	Sí	No
Director/a hospital			3	3	0			3	3	0
Jefa/e servicio masculinizado	1	3	4	0		1	1	3	5	0
Jefa/e servicio feminizado	2	1	3	0			1	1	2	0
Médica/o servicio masculinizado		5		1	4	2	1	1	2	2
Médica/o servicio feminizado	1	2	1	3	1	1	2	1	4	0
Residente servicio masculinizado						1			0	1
Residente servicio feminizado	1			0	1					
Total	2	10	8	14	6	5	5	9	16	3

Las especialidades de las y los entrevistados, por orden alfabético, son: anestesiología, cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía traumatológica, clínica médica, coloproctología, dermatología, diagnóstico por imágenes, gastroenterología, ginecología, infectología, nefrología, neonatología, obstetricia, pediatría, psiquiatría, terapia intensiva y terapia intensiva infantil.

GUÍA DE PAUTAS

Presentación y cláusula de confidencialidad

El proyecto de investigación se centrará en las brechas de género que existen en las condiciones laborales del sector salud en Argentina. Propone la promoción de un debate en la agenda pública sobre políticas de recursos humanos en la salud desde una perspectiva de género. Para esto, parte del equipo está trabajando sobre información estadística a nivel nacional.

Como complemento y para enriquecer la indagación, estamos realizando una serie de entrevistas con el fin de relevar opiniones y experiencias de las y los médicos sobre sus entornos laborales, en especial sus percepciones sobre la temática. La entrevista es confidencial y en ningún caso se dará a conocer la identidad de los entrevistados.

Módulo sociodemográfico

Para comenzar le preguntamos unas pocas cuestiones personales:

- Edad.
- Situación conyugal.
- Actividad y puesto jerárquico del cónyuge.
- Hijos, número y edad (menores de 6 años: ver si jornada escolar completa).
- Imaginemos un día promedio de la semana...
 - ¿Cuántas horas dedica al trabajo?
 - ¿Cuántas a cuestiones domésticas? (Vinculadas con el cuidado de hijos/adultos mayores y/o organización del hogar.)
 - ¿Tiene alguien que la o lo ayude en esas tareas? (Ver espontáneo si menciona cónyuge, familiares, trabajadora doméstica, etc.)

Trayectoria profesional

¿Cuál es su cargo actual? ¿Hace cuánto que lo ocupa?

Si se trata de médicos de planta o jefes de servicio: ¿Hizo carrera en esta institución o vino de otra con algún grado de formación?

¿Actualmente se desempeña en otros lugares? ¿Cuáles? ¿Cuántas horas aproximadamente le dedica a cada uno?

Si trabaja en más de un lugar: razón principal de otros trabajos o actividades (espontánea) (fortalecer formación, networking, contribuir capacitación, investigación, complementar ingresos de ocupación principal).

¿En qué universidad estudió? ¿En qué año egresó? ¿Realizó posgrados? ¿Hizo residencia? ¿En qué institución?

¿Por qué eligió estudiar Medicina? (Espontáneo) ¿Hoy volvería a elegirla?

¿Qué la o lo hizo decidir especializarse en esta área de la disciplina médica?

PARA RESIDENTES Y MÉDICOS DE HASTA 45 AÑOS

¿Dónde te imaginas/te gustaría estar ejerciendo en 10 años? Indagar cargo, tarea.

Percepciones sobre diferencias de género (representaciones de estereotipos)

¿En su servicio/área qué proporción de mujeres y hombres hay actualmente?

¿Hay diferencias en las formas de “hacer el trabajo” entre hombres y mujeres? ¿En qué se nota?

¿Cree que existen en la práctica médica o en su área de especialización funciones más femeninas y más masculinas o tienden a ser todas neutras en cuanto al género?

¿Percibe a las mujeres o los hombres más hábiles, capaces para ciertas tareas/especialidades que para otras? ¿Por qué?

Si marca diferencias: ¿a qué considera que responden?

¿Considera que, en términos del desarrollo profesional médico, las motivaciones son las mismas para hombres y mujeres o encuentra diferencias? ¿Cuáles?

¿Tiene alguna ventaja trabajar con mujeres u hombres? ¿Y alguna desventaja? ¿Qué le aporta la diversidad de género a un equipo de trabajo médico, a las instituciones y al servicio de salud en general?

Discriminación de género

En general, ¿diría que en su ámbito laboral (servicio/institución) “se hacen diferencias” entre hombres y mujeres? ¿Ser hombre implica alguna ventaja? ¿Ser mujer es una desventaja para ejercer, hacer carrera, desarrollarse profesionalmente?

¿Considera que en la institución donde se desempeña existe o existió discriminación por motivos de género?

¿Se acuerda de alguna situación específica en donde esto se haya manifestado? Indagar si está asociado a maternidad, disponibilidad de tiempo, relaciones interpersonales, etc.

¿Estos episodios, afectaron o afectan la trayectoria profesional de las mujeres? ¿De qué manera?

PARA MUJERES

¿Ha vivido personalmente en algún momento de tu trayectoria profesional episodios de discriminación y/o estereotipos de género? ¿Se acuerda alguna situación específica? Indagar. *Si no surgen de forma espontánea ejemplos, referir a testimonios de género en el trabajo.*

Mencionar específicamente si sufrió discriminación en el momento de la maternidad.

Perfil actitudinal

Frente a episodios de discriminación o estereotipos: ¿Cómo es la forma en que se suelen posicionar las mujeres? ¿Cómo los enfrentan? ¿Tienen alguna estrategia para afrontar esos contextos? ¿Podría ejemplificar con alguna situación puntual?

Identificar rasgos actitudinales: confianza, motivación, interés, compromiso, sabe aprovechar oportunidades, networking, compromiso

Iniciativas organizacionales

¿Tiene conocimiento de alguna iniciativa de la institución en donde trabaja orientada a la promoción de la igualdad de género? Si no conoce, ¿le parece necesario que las haya?

PARA DIRECTIVOS

¿Qué factores considera que son importantes para que las mujeres accedan, acepten y se mantengan en un cargo directivo? ¿Qué las puede llevar a no aceptar? ¿Y qué a no mantenerse?

¿Considera que las motivaciones para aceptar un cargo de responsabilidad de dirección son diferentes entre hombres y mujeres?

¿Se han implementado o pensado iniciativas organizacionales para la promoción de la igualdad de género?

¿Qué opina sobre las políticas de acción afirmativa en general, y las cuotas en particular?

PARA MUJERES DIRECTIVAS

En su caso particular, ¿qué cuestiones cree usted que incidieron para acceder al cargo actual?

Cierre

¿Hay alguna cuestión sobre lo que no le haya preguntado y considere relevante destacar o agregar?

ANEXO ESTADÍSTICO 1

Trabajadoras y trabajadores registrados con aportes jubilatorios del sector salud y la población ocupada
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

CUADRO **A2**

	Sector salud		Población ocupada	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
No registrado	18,7	22,9	31,8	36,4
Registrado	81,3	77,1	68,2	63,6
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Profesionales registrados con aportes jubilatorios del sector salud
Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes

CUADRO **A3**

	2016		2003	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
No registrado	22,6	27,4	36,5	42,6
Registrado	77,4	72,6	63,5	57,4
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Trabajadoras y trabajadores del sector salud y la población ocupada con más de 5 años de antigüedad
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

CUADRO **A4**

	Sector salud		Población ocupada	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Hasta 5 años	35,5	39,7	45,2	52,5
Más de 5 años	64,5	60,3	54,8	47,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Profesionales del sector salud con más de 5 años de antigüedad
Total aglomerados urbanos, 2003 y 2016, en porcentajes

CUADRO **A5**

	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Hasta 5 años	27,1	30,5	36,9	45,1
Más de 5 años	72,9	69,5	63,1	54,9
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, tercer trimestre.

Brecha de género en los ingresos totales y horarios de la ocupación principal por calificación laboral en el sector salud y la población ocupada
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

GRÁFICO **A6**

	Sector salud	Población ocupada
Profesionales		
Ingreso ocupación principal	19,6	24,4
Ingreso horario ocupación principal	4,7	11,5
Horas trabajadas ocupación principal	17,6	13,7
Técnicos y operativos		
Ingreso ocupación principal	12,3	15,3
Ingreso horario ocupación principal	3,2	-8,5
Horas trabajadas ocupación principal	8,1	19,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, segundo, tercer y cuarto trimestre.

Brecha de género en los ingresos totales y horarios de la ocupación principal por nivel educativo en el sector salud y la población ocupada
Total aglomerados urbanos, 2016, en porcentajes

GRÁFICO **A7**

	Sector salud	Población ocupada
Terciario o univesitario completo		
Ingreso ocupación principal	21,5	27,9
Ingreso horario ocupación principal	12,7	12,3
Horas trabajadas ocupación principal	11,2	18,2
Secundario completo y terciario o universitario incompleto		
Ingreso ocupación principal	19,8	32,3
Ingreso horario ocupación principal	9,8	11,0
Horas trabajadas ocupación principal	9,0	22,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la EPH, segundo, tercer y cuarto trimestre.

ANEXO ESTADÍSTICO 2

Índice de desarrollo humano relativo al género (IDG)
y sus dimensiones: 1996, 2001, 2006, 2011 y 2016

El IDG y sus dimensiones, 1996

CUADRO **A8**

Jurisdicción	Índice de esperanza de vida igualmente distribuido	Índice de educación igualmente distribuido	Índice de ingresos igualmente distribuido	IDG	Ranking
CABA	0,823	0,991	0,737	0,850	1
Tierra del Fgo.	0,795	0,927	0,673	0,798	2
Santa Cruz	0,782	0,914	0,659	0,785	3
Neuquén	0,809	0,904	0,631	0,781	4
La Pampa	0,806	0,908	0,619	0,778	5
Córdoba	0,744	0,969	0,613	0,776	6
Mendoza	0,815	0,912	0,595	0,774	7
Santa Fe	0,806	0,929	0,579	0,771	8
Chubut	0,769	0,901	0,638	0,770	9
Buenos Aires	0,802	0,901	0,592	0,765	10
Corrientes	0,776	0,958	0,553	0,762	11
Catamarca	0,786	0,925	0,576	0,762	12
San Juan	0,791	0,922	0,566	0,760	13
Chaco	0,815	0,916	0,541	0,758	14
La Rioja	0,776	0,903	0,589	0,756	15
Tucumán	0,781	0,925	0,561	0,756	16
San Luis	0,793	0,900	0,571	0,754	17
Salta	0,759	0,940	0,563	0,754	18
Entre Ríos	0,800	0,903	0,558	0,754	19
Misiones	0,771	0,891	0,560	0,741	20
Sgo. del Estero	0,764	0,901	0,551	0,739	21
Jujuy	0,761	0,927	0,524	0,737	22
Formosa	0,754	0,910	0,525	0,730	23
Río Negro	0,792				
Total del país	0,799	0,925	0,617	0,781	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG).

El IDG y sus dimensiones, 2001

CUADRO **A9**

Jurisdicción	Índice de esperanza de vida igualmente distribuido	Índice de educación igualmente distribuido	Índice de ingresos igualmente distribuido	IDG	Ranking
CABA	0,846	0,993	0,739	0,860	1
Tierra del Fgo.	0,834	0,927	0,680	0,814	2
Santa Cruz	0,807	0,945	0,666	0,806	3
Neuquén	0,842	0,950	0,622	0,805	4
Chubut	0,788	0,954	0,641	0,794	5
Mendoza	0,834	0,955	0,587	0,792	6
La Pampa	0,834	0,926	0,611	0,790	7
Catamarca	0,809	0,946	0,601	0,785	8
Santa Fe	0,822	0,954	0,578	0,785	9
Buenos Aires	0,819	0,945	0,582	0,782	10
Córdoba	0,764	0,981	0,584	0,776	11
San Juan	0,812	0,947	0,557	0,772	12
San Luis	0,821	0,930	0,563	0,771	13
La Rioja	0,796	0,937	0,571	0,768	14
Corrientes	0,791	0,977	0,534	0,767	15
Chaco	0,824	0,937	0,534	0,765	16
Salta	0,785	0,949	0,559	0,764	17
Jujuy	0,796	0,945	0,545	0,762	18
Sgo. del Estero	0,779	0,935	0,564	0,759	19
Tucumán	0,795	0,921	0,556	0,757	20
Misiones	0,800	0,938	0,529	0,756	21
Entre Ríos	0,821	0,924	0,521	0,755	22
Formosa	0,768	0,934	0,528	0,743	23
Río Negro	0,817				
Total del país	0,815	0,956	0,607	0,793	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG).

Jurisdicción	Índice de esperanza de vida igualmente distribuido	Índice de educación igualmente distribuido	Índice de ingresos igualmente distribuido	IDG	Ranking
CABA	0,860	0,993	0,725	0,859	1
Tierra del Fgo.	0,849	0,942	0,752	0,848	2
Santa Cruz	0,824	0,947	0,724	0,832	3
Neuquén	0,857	0,964	0,655	0,825	4
La Pampa	0,850	0,971	0,639	0,820	5
Córdoba	0,849	0,976	0,632	0,819	6
Mendoza	0,849	0,968	0,624	0,814	7
Santa Fe	0,838	0,969	0,631	0,813	8
Chubut	0,810	0,915	0,692	0,806	9
Río Negro	0,834	0,927	0,645	0,802	10
Catamarca	0,827	0,968	0,605	0,800	11
Entre Ríos	0,837	0,951	0,608	0,799	12
Buenos Aires	0,835	0,948	0,611	0,798	13
La Rioja	0,814	0,963	0,615	0,798	14
San Luis	0,837	0,955	0,593	0,795	15
Jujuy	0,815	0,975	0,577	0,789	16
Tucumán	0,819	0,949	0,591	0,787	17
San Juan	0,829	0,948	0,575	0,784	18
Misiones	0,818	0,938	0,580	0,779	19
Corrientes	0,807	0,966	0,561	0,778	20
Salta	0,805	0,955	0,573	0,778	21
Chaco	0,776	0,969	0,570	0,772	22
Sgo. del Estero	0,799	0,937	0,560	0,765	23
Formosa	0,790	0,933	0,542	0,755	24
Total del país	0,833	0,964	0,632	0,810	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG).

Jurisdicción	Índice de esperanza de vida igualmente distribuido	Índice de educación igualmente distribuido	Índice de ingresos igualmente distribuido	IDG	Ranking
CABA	0,879	0,993	0,763	0,879	1
Tierra del Fgo.	0,875	0,962	0,775	0,871	2
Santa Cruz	0,848	0,949	0,787	0,861	3
La Pampa	0,863	0,963	0,718	0,848	4
Neuquén	0,880	0,975	0,681	0,846	5
Chubut	0,859	0,936	0,739	0,845	6
Río Negro	0,865	0,962	0,704	0,844	7
Córdoba	0,856	0,982	0,688	0,842	8
Mendoza	0,865	0,981	0,668	0,838	9
Tucumán	0,846	0,984	0,658	0,830	10
Santa Fe	0,846	0,970	0,668	0,828	11
La Rioja	0,849	0,981	0,648	0,826	12
Salta	0,842	0,985	0,644	0,824	13
Buenos Aires	0,847	0,962	0,656	0,822	14
Catamarca	0,859	0,965	0,641	0,822	15
Entre Ríos	0,844	0,959	0,663	0,822	16
Jujuy	0,842	0,980	0,626	0,816	17
Corrientes	0,835	0,977	0,632	0,815	18
San Luis	0,862	0,955	0,619	0,812	19
San Juan	0,848	0,960	0,619	0,809	20
Misiones	0,832	0,945	0,620	0,799	21
Formosa	0,828	0,956	0,606	0,797	22
Sgo. del Estero	0,832	0,956	0,601	0,797	23
Chaco	0,810	0,968	0,605	0,795	24
Total del país	0,850	0,977	0,676	0,834	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG).

Jurisdicción	Índice de esperanza de vida igualmente distribuido	Índice de educación igualmente distribuido	Índice de ingresos igualmente distribuido	IDG	Ranking
CABA	0,896	0,993	0,760	0,883	1
Tierra del Fgo.	0,894	0,976	0,774	0,881	2
Santa Cruz	0,870	0,962	0,741	0,858	3
Chubut	0,880	0,976	0,712	0,856	4
La Pampa	0,882	0,987	0,681	0,850	5
Neuquén	0,898	0,942	0,687	0,843	6
Córdoba	0,877	0,978	0,672	0,842	7
San Luis	0,882	0,981	0,661	0,841	8
Mendoza	0,884	0,982	0,655	0,840	9
Santa Fe	0,867	0,973	0,675	0,839	10
Río Negro	0,885	0,981	0,648	0,838	11
Catamarca	0,879	0,984	0,649	0,838	12
Entre Ríos	0,866	0,980	0,661	0,835	13
San Juan	0,870	0,985	0,646	0,834	14
Buenos Aires	0,869	0,976	0,650	0,831	15
Jujuy	0,867	0,993	0,632	0,831	16
Tucumán	0,869	0,978	0,642	0,829	17
La Rioja	0,871	0,993	0,623	0,829	18
Salta	0,865	0,988	0,627	0,827	19
Misiones	0,856	0,965	0,655	0,825	20
Corrientes	0,859	0,991	0,611	0,820	21
Formosa	0,853	0,986	0,609	0,816	22
Chaco	0,837	0,983	0,608	0,810	23
Sgo. del Estero	0,857	0,978	0,589	0,808	24
Total del país	0,871	0,983	0,669	0,841	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG).



Este noveno número de la serie *Aportes para el Desarrollo Humano* del PNUD en Argentina, “Género en el sector salud: profesionalización y brechas laborales”, analiza los desafíos para alcanzar una mayor igualdad en los recursos humanos en el sector salud en el país. El primer capítulo estudia las características sociodemográficas y la composición ocupacional de las y los trabajadores de la salud; identifica brechas de género en la inserción y las condiciones laborales; muestra la trayectoria y la magnitud de la feminización profesionalizada, y explora si se manifiesta en mejoras en términos de igualdad. El segundo capítulo analiza las transformaciones en la distribución de mujeres médicas y varones médicos en las últimas décadas; identifica brechas en las especialidades y en el acceso a cargos jerárquicos, y muestra la feminización consolidada de la población estudiantil a nivel nacional y subnacional. El tercer capítulo explora voces y experiencias de médicas y médicos sobre sus entornos laborales –en especial sus percepciones y vivencias sobre estereotipos y culturas organizacionales– a través de entrevistas. El último capítulo propone recomendaciones de iniciativas y políticas de recursos humanos en la salud para reducir de forma más efectiva y acelerada las brechas de género persistentes en el sector.



Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Esmeralda 130, piso 13
C1035ABB, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Argentina
www.ar.undp.org

*Al servicio
de las personas
y las naciones*