

Informe final de pasantía de investigación

Estado del arte de las políticas de género y planes de igualdad en el sector salud

Yuly Stefany Neira Vargas – 2161879

Pasantía de investigación para optar por el título de Economista

Directora:

Claudia Patricia Cote Peña

Esp. Alta Gerencia

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía y Administración

Bucaramanga

2023

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Tabla de Contenido

Introducción	6
1. Justificación	7
2. Objetivos.....	8
2.1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos.....	9
3. Marco Teórico	9
4. Marco Conceptual.....	11
4.1 Androcentrismo:.....	11
4.2 Brechas de género:	11
4.3 Empoderamiento económico de la mujer.....	12
4.4 Equidad de género:.....	12
4.5 Estereotipos de género:	13
4.6 Feminización de la pobreza.....	13
4.7 Género:	14
4.8 Igualdad de género:	14
4.9 Techo de cristal:	15
4.10 Transversalización de género:.....	15
4.11 Segregación de género:	16
5. Metodología.....	17

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

6. Resultados.....	19
6.1 Referencias Normativas	19
6.1.1 Referencias Normativas Internacionales:	19
6.1.2 Referencias Normativas Nacionales:	26
6.2 Dimensiones de análisis	29
6.2.1 Procesos de selección, vinculación y permanencia	29
6.2.2 Remuneración, condiciones laborales y desarrollo profesional en condiciones de equidad.....	32
6.2.3 Cultura organizacional incluyente	36
6.2.4 Violencias basadas en género	41
6.2.5 Estructura normativa, administrativa y financiera con enfoque de género.....	46
7. Conclusiones.....	51
Referencias Bibliográficas	53

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Resumen

Título: Estado del arte de las políticas de género y planes de igualdad en el sector salud

Autor: Yuly Stefany Neira Vargas

Palabras clave: Brecha, género, igualdad de oportunidades, desigualdad, instituciones de salud

Descripción:

Históricamente, el sector de la salud se ha reconocido como un área altamente feminizada, no obstante, las mujeres se encuentran segregadas en las especialidades de menor reconocimiento económico y es casi invisible su participación en los cargos con poder de decisión, evidenciándose la falta de igualdad de oportunidades en procesos de selección, vinculación, promoción y desarrollo profesional. La presente investigación de carácter cualitativa y documental construye un estado del arte desde las distintas dimensiones de análisis que influyen en la igualdad de género en el talento humano del sector de la salud, mediante la búsqueda de recursos bibliográficos en la Biblioteca virtual UIS. Si bien, existe antecedentes documentales publicados, la cantidad refleja la falta de prioridad investigativa y la carencia de datos desagregado por sexo. Los resultados muestran en la parte normativa, esfuerzos internacionales por construir una sociedad justa, sin embargo, a nivel nacional, pese a acogerse a las políticas de género, el país no incorpora acciones concretas en la gestión de los recursos humanos de la salud en igualdad de oportunidades. Por otra parte, se evidencia que las mujeres del área sin distinción alguna se enfrentan a desafíos profesionales como la brecha salarial, roles de género, segregación ocupacional, violencia de género, trabajo de cuidado no remunerado, techo de cristal, síndrome del impostor, entre otros aspectos que requieren acciones específicas, siendo fundamental el papel del estado y las diferentes empresas u organizaciones para promover la igualdad de hombres y mujeres en la fuerza laboral del sector salud.

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Abstract

Title: State of the art of gender policies and equality plans in the health sector

Author: Yuly Stefany Neira Vargas

Key Words: Gap, gender, equal opportunities, inequality, health institutions

Description:

Historically, the health sector has been recognized as a highly feminized area, however, women are segregated in specialties with less economic recognition and their participation in positions with decision-making power is almost invisible, evidencing the lack of equality of opportunities in selection, relationship, promotion, and professional development processes. This qualitative and documentary research builds a state of the art from the different dimensions of analysis that influence gender equality in human talent in the health sector, through the search for bibliographic resources in the UIS virtual Library. Although there are published documentary precedents, the amount reflects the lack of investigative priority and the lack of data disaggregated by sex. The results reflect in the normative part, international efforts to build a just society, however, at the national level, despite accepting gender policies, the country does not incorporate concrete actions in the management of human resources in health in equality of opportunities. On the other hand, it is reflected that women in the area without any distinction face professional challenges such as the wage gap, gender roles, occupational segregation, gender violence, unpaid care work, glass ceiling, impostor syndrome, among other aspects that require specific actions, the role of the state and the different companies or organizations being essential to promote equality between men and women in the workforce in the health sector.

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Introducción

Las diferentes intersecciones del género con las demás dimensiones de la identidad del individuo terminan por influir en las normas y prácticas culturales de la sociedad, esencialmente en la vinculación, desarrollo y liderazgo laboral (Zeinali et al., 2019). Si bien, para datos del 2019 las mujeres representan 2,2 puntos porcentuales más que los hombres en la Población en Edad de Trabajar (PET), ellos están encima de 17,2 puntos porcentuales en la Población Ocupada (PO), existiendo grandes diferencias entre ambos sexos en el mercado laboral, puesto que el 59% de mujeres inactivas se dedican a oficios del hogar como actividad principal frente al 8,1% de los hombres, y en el otro extremo, la mayoría de hombres inactivos, alrededor del 57%, tiene como actividad principal estudiar mientras que el porcentaje para las mujeres es del 28% (DANE, 2020).

La tendencia de desigualdad de género está presente en todos los sectores públicos y privados a nivel mundial, debido a los diferentes factores de discriminación, las barreras para ascender a cargos de liderazgo, la discriminación ocupacional y la división sexual del trabajo que repercuten en el acceso a recursos, en la feminización de la pobreza, las brechas salariales que persisten en el mismo nivel de formación, y en los señalamientos que enmarcan lo que debería ser los roles de hombres y mujeres en la sociedad (Florian et al., 2022). Frente a esto, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la agenda 2030, incorporan en el objetivo 5 la igualdad de género, con el objetivo de abordar, proponer y gestionar acciones que avancen en la solución de las brechas existentes en los diferentes contextos, trabajando por una sociedad con igualdad de oportunidades y resaltando el empoderamiento de la mujer (ONU, 2015).

En el sector de la salud, la participación de las mujeres en la fuerza laboral es del 70% a nivel mundial y del 80,3% en Colombia (OMS & OIT, 2020), sin embargo, pese a ser altamente

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

feminizada, las mujeres se concentran en trabajos de menor visibilidad y reconocimiento, estando subrepresentadas en los cargos de liderazgo, lo que termina en obstáculo para alcanzar el ODS 3 el cual tiene como objetivo la cobertura universal de salud sin distinción alguna (ONU, 2015), pues prescinde del talento humano y las diversas capacidades femeninas.

Bajo este contexto se desarrolla el proyecto de investigación “Propuesta metodológica para identificar y cerrar brechas de género en las instituciones de salud. una propuesta a partir del análisis de caso de UIS salud” liderada por la profesora Claudia Patricia Cote Peña del del Grupo de Investigación en Economía Aplicada y Regulación (EMAR), que tiene por objeto “Establecer una metodología orientada a identificar y cerrar brechas de género en las Instituciones de Salud, a partir del análisis situacional de género de la Unidad Especializada en Salud UISALUD”. A continuación, se presenta el informe que recoge parte importante de la fase 1 del proyecto de investigación, el cual busca responder ¿Que avances se han plasmado hasta la actualidad respecto a las políticas de género y cuál es la situación de las mujeres y los hombres en el personal del sector de la salud? Por medio de una investigación cualitativa documental que tiene por objetivo construir un estado del arte a partir de los recursos de la biblioteca virtual UIS.

1. Justificación

Considerando lo mencionado anteriormente y que la Universidad Industrial de Santander por medio del Acuerdo 022 de 2018 implementa en sus lineamientos la política de equidad de género teniendo como objetivo consolidar una cultura institucional donde se valoren las diferencias y se elimine toda forma de discriminación, que además busca la igualdad de oportunidades sin importar el sexo, y adicional su propósito sea fortalecer el conocimiento por medio de procesos de investigación y extensión que tengan enfoque de género, es oportuno llevar a cabo un estudio que dé cuenta sobre la situación

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

de las mujeres en el sector salud conduciendo la problematización de las políticas de salud con enfoque de género partiendo de la institución de salud de la universidad UISALUD.

Para llevar a cabo, dicha investigación que permita establecer una metodología orientada a identificar y cerrar brechas de género en las instituciones de salud, primeramente, se debe contextualizar el panorama mediante una revisión bibliográfica que identifique tanto avances normativos y esfuerzos gubernamentales como aquellos plasmados en documentos académicos, artículos de revista, investigaciones y demás publicaciones que se relacionen en el tema tanto a nivel nacional como internacional.

Puesto que, la revisión documental permite construir premisas de partida y una postura teórica, para establecer semejanzas y diferencias que categoricen las diferentes experiencias y resalten los campos aun no explorados y las falencias a mejorar. Pues ninguna investigación podría iniciarse con éxito sin tener un previo estado del tema y sin familiarizarse en los avances alcanzados. Este proceso estructura el estado del arte, una etapa convencional de técnica cualitativa de todo inicio de una investigación, en la cual se da la búsqueda, selección, organización, interpretación y análisis de fuentes que permite dar conclusiones o explicaciones al problema práctico y de investigación evitando confusiones o errores.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Construir un estado del arte desde las distintas dimensiones de análisis que influyen en la igualdad de género en el talento humano del sector de la salud.

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

2.2 Objetivos específicos

- Exponer la normatividad existente a nivel internacional y nacional, así como los avances gubernamentales, sobre la igualdad de género.
- Identificar las dimensiones de análisis para explorar acerca de la igualdad de género en la fuerza laboral del sector de la salud.
- Reconocer la posición de las mujeres y los hombres en el ámbito laboral del sector salud, manifestada en la literatura, ante todo, las desigualdades y las posibles acciones que trabajen en pro de cerrar la brecha de género presente.

3. Marco Teórico

El desarrollo del concepto género, se reconoce en parte, a la labor de antropólogas feministas, quienes, a mediados del siglo XX, se encargaron de cuestionar el androcentrismo, pues era común, que se tomara solo la postura de los hombres haciendo invisible el desempeño de la mujer en las diversas investigaciones. La antropóloga estadounidense Margaret Mead (1935) en “Sex and Temperament in Three Primitive Societies” sostiene que las características de la personalidad no están unidas al rasgo biológico del sexo, sino que son maleables a patrones culturales de la sociedad, atribuyéndose como una de las pioneras en abordar el género.

Así mismo, la obra “El segundo sexo” publicada por Simone Beauvoir en 1949, es considerada la revolución feminista, pues cuestiona la concepción del papel de la mujer en las percepciones religiosas y filosóficas, al igual que el rol inferior que fue asignado, ya que en ningún país existe un estatuto legal igualitario haciendo semejanza con la situación de negros y judíos. Aun así, fue hasta 1955 que John Money empleo el concepto “rol de género” en su trabajo “Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings”,

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

describiendo que la identidad de la persona está relacionada con mecanismos externos a su rasgo biológico, pues los estímulos sociales a temprana edad influyen en la identidad del género.

Posteriormente, el psicólogo Robert Stoller en su obra “Sex and Gender” (1968) diferencio los conceptos de sexo biológico y género psicosocial mientras que proponía una clasificación de la transexualidad como resultado de cómo se desarrollaba la feminidad y masculinidad en las personas. Así, en el entorno médico y antropológico, se acogió el concepto de género, resaltando que las desigualdades existentes entre hombres y mujeres son construidas en la sociedad más no dadas por razones biológicas.

Más adelante, a mediados de los setenta, la antropóloga activista estadounidense Gayle Rubin en su publicación “The traffic in women: Notes on the political economy” (1975) describe el sistema sexo/género como la relación de poder desigual entre mujeres y hombres a causa de los roles asignados pues sostiene que ellos tienden a tener el dominio en la sociedad. Por otra parte, Judith Butler publicó “El género en disputa” (1990) exponiendo que nadie nace con un género, es la sociedad que a través de normas sociales, económicas, políticas y religiosas rigen la conducta del quien ser, siendo una construcción de poder bajo tensiones y hostigamientos.

Esta contribución de distintos autores centró la atención e impulso la transversalización de género, siendo la Cuarta Conferencia sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, el espacio donde se iniciará a abordar la perspectiva de género como estrategia para la igualdad en la sociedad, reconociendo la situación de la mujer y comprometiéndose a eliminar todas las formas de discriminación, promover la independencia económica, la igualdad, el desarrollo y la paz para todas en el mundo.

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Del mismo modo, distintas organizaciones tanto privadas como gubernamentales, a lo largo del tiempo han centrado sus esfuerzos en construir una humanidad justa, por medio de distintas iniciativas, políticas, guías y diferentes documentos normativos, los cuales estarán expuestos en el presente trabajo, pues abordar el género no es solo cuestión de derechos humanos sino un factor esencial en el desarrollo económico de los países.

4. Marco Conceptual

A continuación, se presenta la recopilación de los conceptos claves para abordar el tema central de la presente investigación:

4.1 Androcentrismo:

El androcentrismo es la practica consiente o no, de dar la perspectiva masculina como central a la especie humana, tomándolo como parámetro general o modelo de lo humano (ONU MUJERES, 2012). Este prejuicio está presente a lo largo del tiempo pues la historia invisibiliza la mujer asumiendo que la medida masculina incluye la femenina, resultando en un salto semántico que perpetua la discriminación sexual, al igual que toma en cuenta solo a aquellas que en su rol asemejaron los desempeños alcanzados por los grandes personajes varones, como la heroína Juana de Arco, ignorando el aporte de la capacidad femenina en la construcción social (Moreno, M., 2001).

4.2 Brechas de género:

Las brechas de género integran la distancia en las disparidades de mujeres y hombres ante las oportunidades y el control de los diferentes recursos en la sociedad (CEPAL, 2018). La organización Save the Children (2014), amplia que dichas diferencias pueden estar presentes en el acceso o uso de un recurso, y en la participación de órganos de decisión.

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Además, en múltiples ocasiones, la falta de acción política no permite avanzar en el cierre de brechas sistémicas en la productividad, reforzándolas y convirtiéndolas en un rasgo estructural de los países latinoamericanos (ONU & CEPAL, 2010). Trabajar en el cierre de estas, es un compromiso con lo justo y la eficiencia, ya que aporta esencialmente al desarrollo económico, la distribución del ingreso, y la reducción de pobreza (DANE,2020).

4.3 Empoderamiento económico de la mujer:

La UNESCO (2020) define el empoderamiento como la capacidad de controlar y tomar decisiones sobre la vida en una amplia cantidad de opciones y resalta la educación como herramienta fundamental pues es el aporte de conocimientos que influye en el desarrollo profesional.

Así mismo, el empoderamiento también representa el fortalecimiento de la voz y la ampliación de aspiraciones que promueve la transformación de las relaciones de poder (Bill & Melinda Gates Foundation, 2017). Por lo tanto, el empoderamiento económico femenino, alude a la capacidad en las mujeres de tener éxito y de tomar decisiones económicas, siendo un pilar fundamental para alcanzar la igualdad de género, y para lograr metas de desarrollo y crecimiento económico. (Golla et al., 2011).

4.4 Equidad de género:

El concepto de equidad de género hace referencia a la dignidad y derechos de las personas integrando la esencia de justicia social que está determinada según la tradición, costumbres, religión o cultura (CEDAW, 2010). Al igual que corresponde al trato imparcial entre sexos que requiere acciones para solventar las desventajas históricas (UNESCO, 2020).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Siendo la equidad el vehículo de la igualdad pues representa los procesos justos que compensan la discriminación con el objetivo de vivir en igualdad (Save the Children, 2014). Tal como, brindar beneficios o subsidios que aumenten el porcentaje de niñas en las instituciones educativas con la mira de disminuir la desigualdad de oportunidades de las mujeres en el desarrollo profesional.

4.5 Estereotipos de género:

El termino hace referencia a las ideas generalizadas y preconcebidas sobre los atributos que tienen o deberían tener los hombres y las mujeres, terminando por limitar y condicionar sus acciones, facultades de decisión, desarrollo profesional o ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (ONU Mujeres, 2020).

También se entiende por roles de género, que además son definidos como no estáticos ni universales, pues varían según la cultura, tiempo, generaciones, estatus económico, religión e incluso pueden alterarse con los diferentes procesos de urbanización e industrialización (Save the Children, 2014).

4.6 Feminización de la pobreza:

El género es un factor importante en la afectación de la pobreza, actualmente, se registra una tendencia de aumento en las mujeres frente a los hombres, y una de las causas que se analizan dentro de la problemática es que cada vez hay más mujeres cabeza de hogar (CEPAL, 2004), pues en ellas recae múltiples desigualdades del mercado laboral, trayendo importantes consecuencias ya que la carencia de autonomía económica repercute en la falta de decisión sobre la vida reproductiva, la participación en toma de decisiones y en los límites de la violencia de género (ONU & CEPAL, 2010).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Ante esto, la UNESCO (2020) propone como acción inmediata el fortalecimiento de la educación pues se comprobó que este medio reduce el matrimonio a temprana edad y la mortalidad materna, aumentando el empoderamiento económico y social de ellas en las comunidades.

4.7 Género:

Generalmente se define como la construcción cultural que incorpora los roles, comportamientos, actividades y expectativas que la sociedad considera apropiados por el sexo que los acompaña según la época determinada. (ONU Mujeres, 2001).

Sin embargo, Joan Scott en su obra “El género: una categoría útil para el análisis histórico” (1940), amplía su interpretación sosteniendo que el género se relaciona en cuatro elementos: los símbolos y mitos que en la mayoría se contradicen como la representación religiosa del papel de la mujer en la corrupción de Eva y la inocencia de María, como también los conceptos normativos que representan la interpretación de los símbolos por medio de doctrinas, religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, al igual que las instituciones y organizaciones sociales ya que el género se construye a través del parentesco en ellas y por último la subjetividad e identidades de género refiriéndose a lo que se percibe como femenino y masculino.

Además, Verena Stolke en “La mujer es puro cuento: la cultura del género” (2004), añade que el género parte del contexto histórico en el que se desarrolla, siendo un proceso dinámico, y de la percepción de los conceptos femenino y masculino de una cultura dada.

4.8 Igualdad de género:

La UNESCO en el manual metodológico “Igualdad de género” (2020) sustenta que es la existencia de la uniformidad de oportunidades, derechos y responsabilidades, en ámbitos

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

públicos y privados entre las diversas construcciones socioculturales que construyen los roles de la sociedad. A lo que, Save the Children (2014) agrega que es la ausencia de todo tipo de discriminación basada en el sexo.

Por otra parte, la XI Conferencia Regional Sobre la Mujer de América Latina y el Caribe celebrada en Brasilia en 2010, resalta que la igualdad debe incorporar necesariamente la redistribución social y económica, exigiendo la intervención de los gobiernos mediante políticas que anulen toda acción patriarcal que perpetúan las desigualdades en la sociedad. Además, formula que la igualdad se fundamenta en tres pilares la autonomía económica, física y en la toma de decisiones.

4.9 Techo de cristal:

El techo de cristal representa la metáfora empleada para describir las barreras invisibles que las mujeres observan para alcanzar posiciones de elite, en especial en el mercado laboral tanto del sector privado como público (Florian et al., 2022).

La UNESCO (2020), estima que alrededor del 40% de la población económicamente activa del mundo está representada por mujeres que enfrentan barreras en relación con los ingresos y el acceso a puestos de liderazgo, por lo que terminan concentrándose en sectores económicos de menor productividad como la economía informal, pues optan por ocupaciones flexibles, el empleo a tiempo parcial, a domicilio o en cadenas de subcontratación debido los diversos estereotipos y prejuicios de la cultura empresarial. (ONU & CEPAL, 2010).

4.10 Transversalización de género:

La organización Save the Children en la guía y kit de herramientas “Generando el cambio transformacional” de 2014 expone la transversalización de género como la estrategia que busca no

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

perpetuar la desigualdad de género, valorando los alcances de las diferentes acciones planeadas e integrando las diversas experiencias de mujeres y hombres como una dimensión adicional en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas.

Además, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de Perú en su plan nacional de igualdad de género 2012- 2017 percibe la transversalización como el proceso de análisis de las diferentes necesidades presentes en hombres y mujeres, buscando el beneficio igualitario en ambos sexos, garantizando la protección de los derechos en las esferas públicas y privadas, mientras se reconoce que las políticas fracasan al no tomar las diferentes condiciones que rodean la vida de las mujeres.

La ONU & CEPAL (2010) sostienen que, para reflejar los resultados esperados de la transversalización, se debe hacer un cambio de fondo en las prácticas, normas y valores culturales, pues pueden llegar a ser procesos incompletos de no contar con la capacidad institucional de relacionar los diversos sectores y actores con el objetivo común de modificar las políticas en pro de la igualdad.

4.11 Segregación de género:

La segregación de género es una de las dimensiones más profundas y duraderas de la desigualdad en el mercado laboral, refiriéndose a la representación de hombres y mujeres en las diferentes actividades económicas y especialidades. Se percibe dos clases, la segregación horizontal donde las mujeres se encuentran en ciertas ocupaciones relacionadas especialmente en cuidado y crianza mientras que los hombres generalmente se hallan en trabajos de diagnóstico, técnicos, gerenciales. Por otro lado, la segregación vertical representa el reparto desigual en la

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

escala jerárquica ya que ellas suelen concentrarse en especialidades de menor estatus y peor remunerados (Newman et al., 2011).

La ONU & CEPAL (2010), exponen que la segregación horizontal es un problema sistémico que se produce en los tres aspectos: en la familia por la creencia del éxito en combinar la vida profesional y la maternidad, la escuela pues los estereotipos de los roles delimitan a las mujeres en estudios que se adapten al compromiso familiar y en la oferta laboral ya que se busca características relacionadas a la vida familiar. Por otra parte, también señala que el fenómeno techo de cristal es causal de la segregación vertical, pues dichas barreras no permiten el alcance de los puestos de alta jerarquía.

5. Metodología

Buscando dar respuesta a ¿Que avances se han plasmado hasta la actualidad respecto a las políticas de género y cuál es la situación de las mujeres y los hombres en el personal del sector de la salud? Se lleva a cabo la presente investigación cualitativa pues este tipo de indagación se centra en lo subjetivo y vivencial de los aspectos locales, cotidianos y culturales con el objetivo de comprender la realidad sociocultural, involucrando una reflexión rigurosa por parte del investigador (Galeano, M., 2018).

Al igual que es de carácter documental, ya que esta investigación exige la exploración de la bibliografía existente para construir el panorama actual de las contribuciones realizadas por los diversos autores, siendo fundamental la planeación de trabajo pues requiere de una buena delimitación del tema en la recopilación de datos (Hernández, F., 2001).

Con el objetivo de construir el estado de arte, se partió del claro establecimiento del eje central de la investigación, el cual es recopilar los trabajos que incorporan la perspectiva de género

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

en la fuerza de trabajo de las instituciones de salud, sin distinción de cultura o nacionalidad y sin delimitar por fecha de publicación.

Para la búsqueda documental se hizo uso de la inversión que hace la Universidad Industrial de Santander en la biblioteca, la cual cuenta actualmente con el servicio de más de 750.000 recursos electrónicos entre libros, revistas, videos en las diferentes bases de datos catalogadas en multidisciplinarias, básicas, aplicadas, sociales y humanas, salud, herramientas, e-books y normas.

En la búsqueda de recolección documental se empleó la herramienta de operadores booleanos u operadores lógicos, que está por defecto incluida en la opción de búsqueda avanzada de la universidad con el uso de filtros como Y, O, NO, siendo clave para la investigación de información digital ya que amplían, restringen o condicionan, la construcción de ecuaciones de búsqueda con conceptos relacionados.

Las principales ecuaciones de búsqueda fueron:

- Cualquier campo es “gender” Y cualquier campo es “Health human resources” (55)
- Cualquier campo es “gender equity” Y cualquier campo es “Health workforce” (5)

En este aspecto fue esencial la especificación de recursos humanos de salud, para producir resultados delimitados y específicos pues no es de interés los trabajos relacionados en otros aspectos como la incorporación de la perspectiva de género en el alcance de la salud.

De la primera ecuación se obtuvieron 55 resultados y utilizando el criterio de equidad de género para ser más específicos 5, si bien hay existencia en antecedentes a juicio personal no es una cifra alta. En el criterio de selección de la bibliografía intervino la cancelación de suscripción de la universidad en la base de datos EBSCO pues disminuyó la cifra de contenido disponible. Finalmente, la lectura previa de los resúmenes permitió seleccionar la bibliografía que aborda el

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

tema de interés pues en la lista resultante aun había trabajos con otro criterio de análisis como la violencia que sufre la fuerza laboral del sector salud por los pacientes.

Los documentos leídos se reunieron en una matriz para ordenar todas las fuentes, categorizando los datos formales de los textos: autores, año, título, número, volumen, páginas, tipo de documento, fecha de consulta y también los datos de fondo: objetivo del texto, pregunta central, conclusiones y la relación con la investigación presente respondiendo a la pregunta ¿De qué forma este texto puede ayudar a la investigación en curso?

En total, se emplearon 73 referencias, de las cuales 27 son trabajos académicos publicados entre el 2005 y el 2022 en las bases de datos que cuentan con suscripción de la universidad como ProQuest, Springer Nature, Frontiers, Medline, SciELO y Elsevier clinical key, estos recogen estudios experimentales, análisis cuantitativos y cualitativos, revisión de literatura existente, datos estadísticos y experiencias personales. Por otra parte, 36 son documentos normativos entre políticas, manuales o guías y 10 son iniciativas o textos informativos emitidos por reconocidas organizaciones en relación con el eje central de investigación como Global Health, ONU Mujeres, y la Organización Mundial de la salud, publicados en las páginas web de las distintas organizaciones.

6. Resultados

6.1 Referencias Normativas

6.1.1 Referencias Normativas Internacionales:

Alcanzar la igualdad de género es un asunto de interés internacional que lleva una importante trayectoria normativa y de esfuerzos gubernamentales, aunque todavía subsiste un amplio camino por recorrer. La igualdad de género se incorporó a las normas internacionales

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

mediante la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) el 10 de diciembre de 1948. En esta declaración, la cual recoge en 30 artículos los derechos humanos considerados fundamentales, se estipula que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” y que toda persona tiene los mismos derechos y libertades sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole (Organización Naciones Unidas, 1948).

Sin embargo, los esfuerzos por alcanzar la igualdad anteceden a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El 21 de junio de 1946, se creó la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer mediante la resolución 11(II) del consejo de la ONU, convirtiéndose en el principal órgano internacional e intergubernamental en abordar la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer (ONU MUJERES, 2013). Posteriormente, el 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de la ONU aprobó la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), la cual surtió efecto hasta el 3 de septiembre de 1981 como tratado internacional al ser ratificado por 20 países. En la cual se conceptualiza la discriminación contra las mujeres como toda distinción debido al sexo que tiene la finalidad de disminuir o anular el ejercicio de los derechos humanos y libertades de las mujeres independientemente de su estado civil o cultura. Además, establece una hoja de ruta encaminada a eliminar la discriminación contra las mujeres, pues declara que la participación femenina, en igualdad de condiciones con la masculina, en todos los campos, es esencial para el desarrollo pleno y completo de una nación, como del bienestar del mundo y la causa de la paz (Organización Naciones Unidas, 1979). De igual modo, resalta que todos los Estados miembros deberán adoptar medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en el mercado laboral, con el fin de asegurar condiciones de

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

igualdad entre hombres y mujeres, resaltando el derecho a las mismas oportunidades de empleo, a la aplicación de los mismos criterios en los procesos de selección, promoción, estabilidad laboral, remuneración, prestaciones, y otras condiciones laborales (Organización Naciones Unidas, 1979).

Por su parte, el 3 de noviembre 1992 se celebró en Atenas la cumbre de mujeres en el poder, con el objetivo de alcanzar una democracia paritaria en todas las naciones. Su propósito es combatir la baja presencia de las mujeres en los puestos de liderazgo, bajo la premisa que para poder alcanzar la igualdad es necesaria la paridad en los órganos de decisión, en un mundo donde ellas son aproximadamente la mitad de la población (Declaración de Atenas, 1992). Asimismo, en 1994, se adoptó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o también conocida como la Convención Belém do Pará. Este tratado expone mecanismos de protección, deberes de los Estados, derechos de las mujeres, así como la definición de violencia contra la mujer y otras disposiciones; el artículo 5 estipula: “Toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos.” (Departamento de derecho laboral & Organización Estados Americanos, 1994).

En 1995, se celebró en Beijing la IV conferencia mundial sobre la mujer, con el objetivo de promover la igualdad y el desarrollo para todas en el mundo. En esta conferencia, 189 países se comprometieron a combatir los obstáculos y limitaciones que dificultan la participación de las mujeres en todos los campos de la vida, y a promover una participación plena que potencialice el papel de la mujer en la sociedad, recalando que “Para obtener el desarrollo sostenible basado en el ser humano, es indispensable que haya una relación transformada, basada en la igualdad, entre mujeres y hombres” (ONU, 1995).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Ante este panorama, diversas organizaciones instaron por la creación de políticas para alcanzar la igualdad de género, entre ellas destaca la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien en el 2005 presentó la política de igualdad de género reflejando el compromiso con los principios de equidad, el respeto a los derechos humanos, así como su apoyo en la eliminación de cualquier forma de discriminación por razones de género. Esta política procura alcanzar el bienestar y estado óptimo de la salud para las mujeres y los hombres durante todo su ciclo de vida, asegurando la atención adecuada de salud, la asignación equitativa de recursos, la participación igualitaria en la toma de decisiones sobre la propia salud y la de su comunidad, y la definición de programas de política sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud, en su plan estratégico durante el periodo 2008-2013, expuso los desafíos, deficiencias y necesidades futuras, plasmando en el objetivo 7: “Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos”, evidenciando su preocupación en el eje central de la presente investigación (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Posteriormente, en el 2007 en la X Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, la cual constituye el principal espacio de organizaciones gubernamentales sobre los derechos de las mujeres en la región, se resaltó la importancia de la igual participación de mujeres y hombres en los procesos de toma de decisiones, y en la contribución de la mujer en la economía. Asimismo, de esta conferencia resultó el Consenso de Quito, en el que los países participantes reconocieron la contribución de la mujer en la economía a través del trabajo no remunerado, y destacaron la división sexual del trabajo doméstico como clave importante para el mantenimiento de la desigualdad, siendo necesario el principio de paridad en las relaciones

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

familiares, y en los quehaceres domésticos (Comisión Económica para América latina y el Caribe, 2007).

Por su parte, en la 62ª Asamblea Mundial de la salud, la comisión sobre Determinantes Sociales de la salud formulo tres recomendaciones en los cuales resalto la lucha contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, haciendo énfasis en los señalamientos sexistas en la sociedad, como están dirigidas las organizaciones, las leyes y su aplicación, buscando empoderar todas las personas por medio de un modelo equitativo de representación, principalmente en los procesos de toma de decisiones sobre el funcionamiento de la sociedad y en la participación activa en el planteamiento de políticas (Organización Mundial de la Salud, 2009).

No obstante, a pesar de estos progresos normativos, los desafíos por alcanzar la igualdad de género aún son grandes, ante este panorama la ONU creó en la asamblea de julio de 2010 “ONU Mujeres”, la entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. El principal objetivo de esta entidad es trabajar en lo relacionado con la igualdad de género principalmente en las condiciones de vida de las mujeres. Para ello la entidad ha establecido cinco áreas prioritarias de trabajo: “1. Aumentar el liderazgo y participación de las mujeres, 2. Poner fin a la violencia, 3. Implicar a las mujeres en todos los aspectos de los procesos de paz y seguridad, 4. Mejorar el empoderamiento económico de las mujeres, y 5. Hacer de la igualdad de género un aspecto central en la planificación y elaboración de presupuestos nacionales” (ONU Mujeres, 2010).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Ese mismo año, ONU Mujeres en alianza con el Pacto Mundial de la ONU estableció 7 Principios para el Empoderamiento Económico de las Mujeres (WEPs por sus siglas en inglés) sirviendo de herramienta para las empresas en el fortalecimiento de la igualdad de género y el papel de la mujer en el lugar de trabajo. Los principios son: “1. Liderazgo corporativo de alto nivel, 2. Tratar a todas las mujeres y hombres de manera justa en el trabajo sin discriminación, 3. Velar por la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y trabajadoras, 4. Promover la educación, la formación y el desarrollo profesional, 5. Llevar a cabo prácticas de desarrollo empresarial, cadena de suministro y mercadotecnia a favor del empoderamiento de las mujeres, 6. Promover la igualdad mediante iniciativas comunitarias y cabildeo, y 7. Evaluar y difundir los progresos realizadas a favor de la igualdad de género”. La invitación de estas entidades es a que el sector privado se adhiera a la comunidad WEPs, en la cual podrán visibilizar su compromiso, así como compartir e intercambiar buenas prácticas y experiencias (WOMEN’S EMPOWERMENT PRINCIPLES, 2010).

Asimismo, los principios WEPs convergen con los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados en 2015 por la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 de la ONU, los cuales buscan erradicar la pobreza, combatir las desigualdades, promover la prosperidad, y proteger el medio ambiente. De los 17 objetivos planteados, la investigación presente se relaciona principalmente con el objetivo 5: “Logar la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres”; y el objetivo 8: “Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo y el trabajo decente”. De acuerdo con la ONU alcanzar la igualdad de género no es solo un derecho primordial, sino que es uno de los elementos claves para alcanzar un mundo pacífico, próspero y sostenible (ONU, 2015).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

En esta medida, en el 2016 el Banco Interamericano de desarrollo junto con el Foro económico mundial lanzaron en América Latina, las Iniciativas de Paridad de Género, como un modelo público-privado que apunta a reducir la brecha económica de género a través del incremento de la participación femenina en la fuerza laboral y puestos de liderazgo, como también la disminución de la brecha salarial de género. Estas medidas ya han comenzado su ejecución en Argentina, Chile, Panamá, Colombia y Perú, y buscan acelerar la integración igualitaria en el mercado laboral, entendiendo que alcanzar la igualdad de género no solo beneficia a las mujeres y a la sociedad, sino también a la economía (Banco Interamericano de Desarrollo, 2022). De acuerdo con el BID (2019), alcanzar la paridad de género contribuye al crecimiento del producto interno bruto de los países, en la medida que una mayor participación de las mujeres, especialmente en las posiciones de liderazgo, potencian la innovación, mejoran los rendimientos financieros y crean lazos más fuertes con sus clientes.

Por otro lado, en lo que respecta al trabajo decente y la igualdad de oportunidades en el sector de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 publicó *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, la cual tiene como objetivo mejorar los resultados de desarrollo social, económico y de salud de todas las personas, asegurando la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, cobertura y calidad universal de la fuerza laboral, por medio de inversiones adecuadas, del fortalecimiento de las instituciones y de la implementación de políticas efectivas. Esta estrategia busca promover condiciones de trabajo decentes sensibles al género, defender los derechos de todos los trabajadores de la salud, incluyendo los entornos de trabajo los cuales deben ser libres de todo tipo de discriminación y violencia. Además, tiene en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables, asegurando la igualdad de oportunidades entre

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

géneros, razas y grupos lingüísticos y étnicos (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Asimismo, la relación con los entornos de trabajo seguro, en el 2018, la Organización Naciones unidas (ONU) publicó: UN System Model Policy on Sexual Harassment, una política modelo sobre el acoso sexual. Esta política busca ser la guía para que las organizaciones desarrollen políticas de acoso sexual coherentes y fortalecidas. Adicionalmente, define el acoso sexual como cualquier conducta no deseada de naturaleza sexual que razonablemente podría ser percibida como ofensiva o humillante, que interviene con el trabajo, llegando a ser una condición de empleo o un ambiente intimidante. El acoso sexual puede ocurrir en el lugar de trabajo o en relación con el trabajo. Si bien normalmente implica un patrón de conducta, el acoso sexual puede tomar la forma de un solo incidente (ONU, 2018). Por otro lado, la política resalta que el acoso sexual es el resultado de una cultura de discriminación y privilegio, basada en relaciones asimétricas entre los géneros y de dinámicas de poder, lo cual crea lugares de trabajo hostiles y limita la capacidad de prosperar de la persona afectada. Por lo cual, todas las formas y expresiones de acoso sexual deben ser prohibidas en las entidades, independientemente de las disposiciones penales nacionales o de otra índole.

6.1.2 Referencias Normativas Nacionales:

En Colombia la equidad de género se promulga en la Constitución Política de Colombia de 1991, en el artículo 13 dicta: “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección, trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen...”, a su vez el artículo 43 menciona: “La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación” (República de Colombia, 1991).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Asimismo, el país se acoge a la normatividad internacional sobre la igualdad de oportunidades y derechos, mediante la Ley 051 de 1981, la cual aprueba lo establecido en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), y por medio de la Ley 248 de 1995 la cual ratifica su compromiso con lo pactado en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres - Belém do Pará.

Por su parte, en cuanto a la normatividad nacional, la Ley 823 de 2003, la cual dicta normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres, en su artículo 2 y 5 expresa que la igualdad de oportunidades para las mujeres es parte fundamental de los derechos humanos y libertades fundamentales, por lo cual, con el objetivo de fortalecer el desarrollo femenino en el mercado laboral, el Gobierno Nacional se compromete a implementar acciones que erradiquen la discriminación en el lugar de trabajo y la igualdad retributiva, adoptando sanciones por parte del Ministerio del Trabajo (Congreso de Colombia, 2003). Asimismo, la Ley 2117 de 2021 que se adiciona a la Ley 823 de 2003 establece medidas para fortalecer y promover la igualdad de las mujeres en el mercado laboral y la educación, principalmente en aquellos sectores económicos donde históricamente ha presentado una baja participación. De tal modo, la ley busca establecer medidas para que las mujeres accedan a la educación sin estereotipos de género, lo cual permitirá su inserción en los distintos sectores productivos del país, disminuyendo las brechas salariales y mejorando las condiciones de vida (Congreso de Colombia, 2021).

Igualmente, el documento CONPES 161 de 2013 de la Política Pública Nacional de Equidad de Género tiene la finalidad de asegurar el ejercicio de los derechos de las mujeres mediante la igualdad y no discriminación, garantizando una vida libre de violencia, autonomía

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

económica, fomentar la participación de las mujeres en instancias de poder y avanzar en la adopción del enfoque diferencial de género que transversalice todas las instituciones y entidades (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2013).

Por su parte, en el año 2019, el país lanzó su primera iniciativa de paridad de género con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo y el Foro Económico Mundial que trabajaron junto al Ministerio de Trabajo y el Grupo Éxito, además de seis instituciones públicas, diez organizaciones privadas, tres sindicatos y diferentes organismos multilaterales. Esto con el fin de cerrar las brechas de género en el mercado laboral, actuando sobre las dificultades que interrumpen a las mujeres en el acceso de oportunidades en igualdad de condiciones (Banco Interamericano de Desarrollo, 2019).

Finalmente, respecto al sector salud, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó en el 2021 un proyecto de resolución en el cual “adopta los lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual” (Ministerio de salud y protección social de Colombia, 2021). Esto nace como un instrumento de política pública en el sector para adelantar la transversalización del enfoque diferencial, con el objetivo de que las estructuras de las diferentes organizaciones aseguren el empoderamiento de todas las mujeres, los hombres y la comunidad LGBTI. Para ello, dentro de sus líneas estratégicas destaca Cambios en la cultura organizacional para la incorporación del enfoque de género, la cual busca “contribuir a la transformación de imaginarios que sustentan y perpetúan las brechas de género en la cultura organizacional” (Ministerio de salud y protección social de Colombia, 2021).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

6.2 Dimensiones de análisis

6.2.1 Procesos de selección, vinculación y permanencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OTI) (2022), el sector de la salud tiene una participación importante en el mercado laboral, en el 2022 este gremio representó alrededor del 3,4% del empleo a nivel mundial, el 10% en los países de ingresos altos y un poco más del 1% en los países de ingresos bajos y medios. Por su parte, una de las características observadas de este sector es la elevada participación de mujeres en su fuerza laboral, representando alrededor del 67% a nivel mundial, el 75,3% en los países de ingresos altos, y el 63,8% en los países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud & Organización Internacional del Trabajo, 2022).

De acuerdo con Florian et al. (2022), siguiendo el comportamiento mundial, en Colombia la vinculación del sector está representada por las mujeres en 80,3%, esta tendencia de participación superior al 70% se mantiene en todos los niveles (auxiliar, técnico, tecnología y universitario), excepto en el de especialización donde los hombres cuentan con la mayoría del 56,2%, reflejando que los hombres tienen mayor acceso y permanencia a programas de posgrado, puesto que de cada 1000 mujeres universitarias 48,3 tienen estudios de especialización frente a la cifra de los hombres de 189,8.

No obstante, a pesar de la evidente feminización del sector, se observa una relevante segregación laboral, donde las mujeres presentan una baja participación en áreas mejor remuneradas, cargos directivos y de toma de decisiones. Conforme con el informe publicado por Global Health (2019) sobre los recursos humanos para la salud, de las 198 organizaciones de salud con mayor relevancia a nivel mundial, 10 no tienen ninguna mujer en su equipo directivo, y menos de 3 de cada 10 organizaciones tienen paridad en su junta directiva. Además, el 71% de las

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

presidencias directivas y el 72% de las jefaturas ejecutivas son ocupadas por hombres. De acuerdo con estas estadísticas, los hombres poseen 50% más de probabilidades de llegar a la alta dirección en las organizaciones de salud que las mujeres (Global Health, 2019).

Asimismo, otros datos reflejan que las mujeres de países de ingresos bajos están casi ausentes en los órganos de gobierno. En un informe presentado por Global Health en 2022, que recopiló información sobre 1946 personas que ocupaban 2014 puestos en juntas directivas en 146 organizaciones, se encontró que, el 40 % de los puestos directivos estaban ocupados por mujeres, pero menos del 1% estaban ocupados por mujeres de países de bajos ingresos. Al desagregar esta muestra por los distintos tipos de organizaciones se observaron desigualdades más profundas. Por ejemplo, en las juntas directivas de las empresas privadas con fines de lucro, las cuales ejercen un considerable poder financiero, las mujeres representaron el 30% de las juntas, de las cuales la mayoría provenían de países de ingresos altos, solo el 2% provenían de países de ingresos medios, y ninguna de países de ingresos bajos. Asimismo, en la muestra de las organizaciones filantrópicas que distribuyen recursos para la salud y el desarrollo mundial, solo el 3% de la junta directiva está en manos de ciudadanos de bajos ingresos y solo un puesto es ocupado por una mujer procedente de estos países. (Global Health 50/50, 2022).

En este tema, las percepciones se encuentran divididas por quienes consideran que las mujeres en general no están aptas para cargos con poder de decisión, a razón de las estigmatizaciones de su personalidad moderada, dialogo y falta de carácter. Frente al otro extremo, que reconoce a las pocas mujeres que alcanzan algún puesto de poder, como personas con una personalidad autoritaria, fría e incluso agresiva, justificándose en que deben adoptar comportamientos patriarcales para conservar su posición en un área altamente masculinizado. (Cáceres et al., 2019).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

En cuanto a la vinculación del talento humano, entre los aspectos negativos resalta el pluriempleo y la extensión de jornadas laborales, lo que aumenta el agotamiento del trabajador y afecta la calidad del servicio prestado, asimismo destaca la precarización de las formas de contratación, siendo una de las principales deficiencias tanto del sector privado como público, puesto que de las diversas modalidades de contratación son menos quienes se encuentran como planta permanente (los cuales gozan de mayor estabilidad), y más los que tiene una vinculación por periodos o por servicio. Además, también se observan remuneraciones variables donde los bajos salarios constituyen una problemática para todas las categorías, agravándose en los establecimientos de menor tamaño como sanatorios y geriátricos. Estas características reinciden principalmente en las mujeres cabezas de familia, presentes en ocupaciones de menor calificación con carga horaria flexible, quienes ven como una salida tener más de un empleo para aumentar sus ingresos (Aspiazu, 2017).

La perpetuación de los malos hábitos en la selección del personal es motivada por los métodos de selección discrecionales especialmente en los cargos directivos, que se convierten en un techo de cristal para las mujeres. Al no contar con estrategias y mecanismos que eviten la discriminación, los estereotipos sobre los que culturalmente se han establecido las características femeninas y masculinas, reconocen a los hombres con mayores competencias y capacidades para ejercer los cargos de liderazgo, rezagando a las mujeres (García & Tapias, 2010). Además, aspectos como la maternidad, matrimonio y el trabajo de cuidado refuerzan la contratación excluyente, donde ellas se perciben en desventaja ante sus contrapartes masculinas, o en el extremo, llegan a asegurar que en los casos donde los gerentes prefieren contratar mujeres es por el argumento de que están dispuestas a recibir un menor salario que los hombres. (Cáceres et al., 2019).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Frente a todo este contexto y dada la coyuntura del COVID-19, los esfuerzos se concentraron en el fortalecimiento de los recursos humanos de la salud como clave para la capacidad de dar respuesta ágil y oportuna a la emergencia sanitaria. Aun así, las acciones de respuesta reportadas por 20 países del continente americano abordaron en baja medida el tema de género, evadiendo la feminización del sector, las inequidades en las oportunidades laborales, y el triple rol de la mujer en la sociedad, puesto que cumplen con el trabajo productivo, reproductivo y comunitario (Cho & Levin, 2022). Sin embargo, una investigación de competitividad organizacional se encargó de realizar un estudio bibliométrico, arrojando que se vincula la planeación de los recursos humanos de manera estratégica con mayor incidencia en el sector de la salud que en los demás sectores, incluso el empresarial (Nieves Julb et al., 2022).

6.2.2 Remuneración, condiciones laborales y desarrollo profesional en condiciones de equidad

Las condiciones laborales con perspectiva de género en el sector salud es un tema de vital importancia para las instituciones y la sociedad, puesto que se encuentra directamente relacionado con la calidad del servicio y con la satisfacción del personal para ejercer su profesión (Caballero et al., 2017). Un estudio realizado en una institución de segundo nivel de Colombia reflejó que el personal asistencial y administrativo del sector de la salud se enfrenta a una alta exigencia mental, en especial el área administrativa, lo cual se relaciona con la alta cantidad de personas que atienden por jornada, mientras que en el asistencial la carga laboral recae en la exigencia física debido a las posturas y diversas demandas de las tareas (Acosta et al., 2022).

Lo anterior está relacionado con el concepto del “síndrome de Burnot”, el cual hace referencia a la cronificación del estrés laboral, y se manifiesta a través de un alto nivel de agotamiento físico y mental, alterando la salud, personalidad y autoestima de quien lo padece. Desde hace varias décadas en el sector de la salud este síndrome ha estado presente, relacionado

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

principalmente con la sobre carga de trabajo. De acuerdo con un estudio realizado en una institución de salud de Bogotá por Caballero et al. (2017), encontraron que, aunque tanto en hombres como en mujeres el cansancio emocional, está relacionado con la carga de trabajo, en ellas la relación es inversa con la motivación intrínseca. Lo cual indica que una adecuada gestión de las cargas laborales y una cultura organizacional que mantenga altos niveles motivacionales pueden ser elementos protectores del síndrome y mejorar la calidad laboral del personal.

Por otro lado, Bloguer et al. (2019) encontraron que pese a la evidente feminización del sector de la salud, aun en el 2019, las mujeres enfrentan barreras en la inclusión y equidad, en especial cuando inician sus carreras, lo cual en muchos casos repercute en tasas de menor resiliencia, mayores niveles de agotamiento, depresión y de manera general en la salud mental. Entre los múltiples desafíos a los que se enfrentan las mujeres en este sector, se encuentra la falta de apoyo profesional y financiero, y los prejuicios calificativos que las consideran menos capaces que los hombres. Además, sus condiciones laborales durante toda su carrera se ven afectadas por sesgos de género, acoso, desigualdades salariales que persisten aun después de controlar variables como la edad, especialidad, características de la práctica y número de horas trabajadas. Asimismo, se observa una significativa subrepresentación de mujeres en posiciones de liderazgo, una falta de apoyo para las transiciones profesionales y promociones, y una ausencia de servicios integrales de familia y cuidado, así como de políticas de licencia médica individual y de conciliación de la vida familiar y profesional (Bloguer et al., 2019).

Estas distinciones se deben a los estereotipos de género que han permanecido a lo largo del tiempo. Estos estereotipos han asociado los trabajos de cuidado y crianza con las mujeres por sus rasgos naturales de cariño, altruismo, simpatía, paciencia y sacrificio, mientras que las labores mecánicas, de gestión, remuneración y toma de decisiones se han asociado como ocupaciones de

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

los hombres. Estas estigmatizaciones han contribuido con la cultura que considera que las mujeres deben ser voluntarias y trabajar por la comunidad sin recibir ninguna compensación económica aun con la carga desigual e insostenible de sus responsabilidades domésticas, como sucede en la India en el programa de Activistas de Salud Social Acreditadas (ASHA, por sus siglas en inglés) destinado exclusivamente para mujeres con menos de 8 años de educación que prestan servicios sanitarios de primera línea en sus comunidades, especialmente en las zonas rurales y en asentamientos urbanos marginados. En los últimos años estas mujeres han puesto de manifiesto como las normas sociales influyen e impactan en la vinculación y desarrollo laboral. Las ASHAS han expresado su insatisfacción por su salario en relación con su carga laboral, a través de jornadas extensas de huelga y protesta. No obstante, los funcionarios encargados han tomado distintas posiciones alegando que un modelo asalariado puede poner en riesgo el requisito flexible de educación y elevar los estándares de selección, haciendo que menos mujeres puedan integrarse, principalmente en las zonas marginadas. También argumentan, que establecer un salario fijo podría bajar su rendimiento puesto que no les resulta posible monitorear su trabajo y es mejor entregar incentivos por tareas realizadas (Ved et al., 2019). Estas costumbres patriarcales siguen motivando el voluntariado como forma de trabajo en las mujeres, lo cual fomenta las brechas económicas de género, limita la progresión de la carrera de las mujeres e invisibiliza sus esfuerzos y su reconocimiento institucional.

Esta informalidad en los servicios asistenciales, en algunos casos, puede incluso poner en peligro la vida de las mujeres, al no reconocer las necesidades materiales de la profesión. Como es el caso de Lesotho en el sur de África, donde la falta de recursos económicos no permite abastecer ni siquiera los requerimientos básicos de agua, jabón y guantes, lo que pone en riesgo la seguridad de quienes asisten a personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Newman et al.,

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

2011). De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONU) sobre el VIH/SIDA, en el 2008 en Sudáfrica las mujeres representaron el 91% de las personas cuidadoras y se observó que estas realizaban ocho veces más trabajo de cuidados (para todas las enfermedades) que los hombres, exponiéndose por tanto a un mayor peligro dadas las condiciones de desprotección laboral (Newman et al., 2011).

Otra de las dificultades laborales que enfrentan las mujeres en el sector de la salud es la desigualdad salarial. Según estadísticas de la OMS y OIT (2022), la brecha salarial en el sector salud es más amplia que en las otras áreas de la economía. Por ejemplo, en países como Francia y Países Bajos, la brecha salarial de género por hora en el sector de la salud es de 14,1% y 23%, mientras que en el resto de la economía es de 13,6% y 20% respectivamente. En otros panoramas más preocupantes, la diferencia porcentual llega a ser el doble en el sector de la salud en relación con los demás sectores económicos, como en Bangladesh (14,8% frente al 6,9%), Italia (29,1% frente al 6,7%), Polonia (17,2% frente al 7,2%) y Vietnam (15,9% frente al 9,3%), y respecto a países de América latina el margen de diferencia aumenta, siendo ejemplo de esto Brasil (41% frente al 12,3%) y Chile (37% frente al 15,3%). Además, sostiene en base de datos de 54 países que las mujeres asalariadas ganan aproximadamente 20% menos que los hombres en el sector de la salud. Es importante resaltar, que, si no se realizara el control de efectos de grupo, la estimación de la brecha sería mayor, puesto que ellas se encuentran sobrerrepresentadas en las categorías laborales con menor remuneración donde la brecha es inferior, mientras que los hombres se encuentran concentrados en categorías con remuneraciones más altas donde la brecha es más amplia (OMS & OIT, 2022).

Este es el tema de diversos estudios, conforme con Cohen y Kiran (2020), en Canadá las mujeres están sobrerrepresentadas en las 3 especialidades médicas con menor ingreso neto

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

estimado (medicina familiar, psiquiatría y pediatría), sin embargo, los hombres ganan un 30% más en esas áreas y un 40% más en todas las especialidades. Este panorama se agudiza cuando se considera que las mujeres están ausentes en los roles de liderazgo o de mayor rango académico, y en áreas como la cirugía, donde incluso después de trabajar las mismas jornadas laborales perciben un menor reconocimiento.

En el caso de Colombia, en el 2019 la composición del mercado laboral de la salud para las mujeres fue 65,9% dependientes y 34,1% independientes, mientras que, los hombres 59,9% dependientes y 40,1% independientes (Florian et al., 2022), lo que da a entender que ellas en mayor porcentaje cuentan con beneficios no salariales como cesantías y pago de vacaciones, sin embargo, de acuerdo con Florian et al. (2022) la brecha salarial del sector de la salud en el país es en promedio de 12,8%, que pese a ser un área altamente feminizada, los hombres ganan más en todos los niveles educativos, particularmente en los niveles de especialización, como cirugía general donde la diferencia representa el 24,5%, además, las cifras se amplían en el contraste de los tipos de vinculación laboral, ya que las mujeres independientes perciben en menor medida remuneración económica frente a las dependientes en las mismas especialidades, concordando con el desigual poder de negociación entre hombres y mujeres. Frente a esto, se sugiere abordar el tema como un problema estructural y sectorial, con el fin de que las mujeres alcancen una compensación acorde a su trabajo, quienes además se enfrentan a una doble jornada, puesto que el 77% del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado está a cargo de las colombianas (DANE & ONU Mujeres, 2020) llevándolas a optar por especializaciones clínicas con horarios flexibles.

6.2.3 Cultura organizacional incluyente

Las construcciones sociales en relación con el género han creado jerarquías sociales, una distribución asimétrica de recursos y segregaciones de género en las distintas esferas de la vida

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

(Cobo-Bedia, 2005). Florian et al. (2014) sostiene que estos estereotipos han dado lugar a segregaciones horizontales y verticales en el mercado laboral. Las segregaciones horizontales refieren a una distribución desigual de hombres y mujeres en las distintas actividades económicas, lo cual acentúa las brechas de ingresos y productividad entre los géneros; mientras que la segregación vertical implica la concentración de mujeres en la parte inferior de la jerarquía ocupacional, y su baja participación o ausencia en los cargos directivos y de toma de decisiones, configurando el fenómeno de techo de cristal (Florian et al., 2014). De este modo, las mujeres han presentado una mayor participación en actividades que culturalmente se han establecido como femeninas, como lo son los servicios sociales, asistenciales y administrativos, convirtiéndose en una extensión del trabajo de cuidado que desarrollan en el hogar (Anker, 1998).

En el sector de la salud operan distintos estereotipos que intervienen en el reclutamiento, asignación y promoción laboral. Las mujeres terminan por segregarse verticalmente en los trabajos inferiores de menor estatus y reconocimiento económico mientras que los hombres se encuentran generalmente en los altos niveles. Por otra parte, la segregación horizontal se observa en la distribución desigual de hombres y mujeres en ciertas especialidades (Newman et al., 2011).

Sin embargo, estos estereotipos no solo afectan a las mujeres, en contraparte, los hombres son discriminados cuando optan por trabajos que la sociedad asocia como exclusivos de las mujeres. De acuerdo con Harding (2009), se ha considerado que la baja remuneración económica de la profesión de enfermería es la que ha alejado a los hombres de esta actividad, dada la cultura patriarcal de proveedor económico en la familia. En baja incidencia, décadas atrás escogían la profesión como alternativa para evitar ser enviados a la guerra, mientras que, en la actualidad, son motivados por la realización personal, altruismo, ser útil a la sociedad, experiencias familiares o

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

de su infancia y adolescencia. Sin embargo, la construcción social de la masculinidad sigue siendo una gran barrera desde los consejos escolares que excluyen la información de vinculación a labor, argumentando que son tareas femeninas señalándolos de “afeminados” o “homosexuales” (Harding, 2009).

Al remontarse en el origen del título de la carrera enfermería se encuentra que fue creada solo para mujeres en 1915, dado que los hombres tenían una adscripción en la labor titulada como practicante en 1857 y fue solo hasta en 1953 donde se unificaron en “asistente técnico sanitario”, aun así, la participación masculina persistió en caracterizarse por ser demasiado baja (Gómez, 2007). Desde estas tradiciones antiguas donde las mujeres eran excluidas de profesiones universitarias, encaminándolas a ocuparse de ser matronas y excluyéndose de pertenecer a los boticarios, se fueron delineando las ocupaciones femeninas y masculinas en el sector salud. En la actualidad, de acuerdo con Graue et al. (2014), las especialidades feminizadas son pediatría, genética médica, medicina de rehabilitación y medicina familiar; por su parte, las que van en incremento gradual de preferencia por las mujeres son ginecología, obstetricia, anestesiología, anatomía patológica, otorrinolaringología, medicina del trabajo, medicina integrada, salud pública y patología clínica. Mientras que entre las especialidades masculinizadas se encuentra cirugía general, ortopedia, medicina interna, medicina de urgencias, medicina legal, medicina nuclear, imagenología diagnóstica y terapéutica. Además, los hombres se caracterizan por representar los cargos directivos en hospitales, en las jefaturas de servicio, en las secretarías de salud y en las delegaciones (Graue et al., 2014).

Al igual en el área sindical, donde la incidencia femenina es baja pese a tener una mayor participación en el sector, demuestra la falta de la perspectiva de género como política prioritaria

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

sindical con el fin de representar sus intereses y mejorar las condiciones laborales de las mujeres. Por mucho tiempo, esto se ha excusado en los múltiples retos apremiantes del sector, y en el señalamiento de que las mujeres son dóciles, sensibles y menos formadas para la lucha gremial (Aspiazu, 2017).

A su vez, estas distinciones y estereotipos afectan la percepción de las capacidades profesionales de las mujeres y los hombres. En un estudio de 2017 con datos de Medicare Estados Unidos, se demostró que las cirujanas reciben menos referencias y que si un paciente tiene un resultado deficiente en manos de ellas es muy poco probable que sea atendido nuevamente por una mujer, entre tanto, si un cirujano masculino realiza un mal procedimiento no tiene ninguna incidencia en derivarse a un hombre como su siguiente médico. Estos comportamientos afectan la autoestima y las expectativas sobre las mujeres, y pueden generar el síndrome del impostor, impidiéndoles negociar un mejor salario y condiciones laborales. Así, se ha delineado a la mujer en los entornos ambulatorios, para dedicar más tiempo a los pacientes y brindar más apoyo emocional, siendo ellas las que brinden asesoramiento y los hombres quienes realicen servicios procesales (Cohen & Kiran, 2020).

De igual manera, en áreas de mayor remuneración económica persiste las desigualdades de género. Un estudio realizado en el Reino Unido en el área de cardiología, una de las especialidades masculinizadas, analizó el desempeño de la mujer. Encontró que en los comités de cardiología del Royal College of Physicians en el 2003, solo 6 de los 48 integrantes eran mujeres, evidenciando la falta de representación del género femenino tanto en el liderazgo como en la especialidad. Esto se debe en parte a las largas horas que los residentes de esta profesión deben trabajar, cruzándose con la falta de disponibilidad de guarderías en los hospitales del país, la indisponibilidad de

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

programas de formación flexibles o modelos de trabajo a tiempo parcial y tener que enfrentarse a una especialidad dominada por hombres. La escasez de un modelo femenino ha logrado mantener la baja participación de las mujeres, que, además enfrentan al trabajo de cuidado y labores domésticas. Un estudio de la Asociación Médica Británica recogió información de 545 médicos que se habían graduado en 1995, hallando que las mujeres representaban seis de los siete médicos que habían dejado la profesión de forma permanente y parte de las encuestadas mencionaron el cuidado de las hijas e hijos como la razón para dejar temporalmente la fuerza laboral (Timmis et al., 2005).

Lo anterior manifiesta que las mujeres tienden a dedicar más tiempo que los hombres a cubrir las responsabilidades del hogar, destinando menos horas al trabajo productivo o en el extremo llegan a abandonar la facultad. Un estudio realizado en Nueva Zelanda demostró que la conducta persiste en especialidades de alto grado de feminización como la enfermería, arrojando que después de graduarse, el 85% de los hombres permanecen en la profesión frente al caso de las mujeres que es del 35% (Harding, 2009). Asimismo, al detallar las horas de trabajo de las mujeres a lo largo de la carrera en el sector salud, se encuentra que está representada con una curva en forma de U, donde disminuye hasta aproximadamente los 38 años y luego aumenta a niveles superiores, concordando con la etapa de maternidad y la crianza de los hijos en las primeras etapas (Cohen & Kiran, 2020). Además, el cuidado del adulto mayor también recae principalmente en las mujeres. En China el 98% de adultos mayores dependen del cuidado de familiares y solo el 2% de los profesionales de la salud. La cultura dicta que la crianza de los hijos e hijas se debe compensar con el cuidado y apoyo en la vejez de los parientes, siendo las mujeres las que comúnmente toman esta responsabilidad, brindando mayores horas de cuidado (Morgan et al., 2018).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Por otra parte, en la cultura organizacional del sector salud también se evidencia el uso del lenguaje no incluyente, mediante costumbres como utilizar el masculino de forma general, incidiendo en los saltos semánticos que invisibiliza y excluye la participación de las mujeres, destinándose a engendrar el androcentrismo del lenguaje que ha perpetuado las desigualdades y la discriminación de la mujer no solo en el área sino en la sociedad (ONU Mujeres, 2016). En ocasiones, estas malas prácticas se argumentan en el correcto uso de la lingüística, sin embargo, la verdadera justificación es ideológica ya que el idioma es maleable permitiendo modificar las terminaciones, emplear palabras sin género o anteponer el artículo adecuado (Cervera, 2016). Además, el lenguaje no es el único medio de comunicación, las imágenes, símbolos, colores y diseños también se encargan de transmitir y representar los valores de las organizaciones, por lo tanto, se recomienda visibilizar equilibradamente la figura de las mujeres evitando el uso genérico de la masculina, al igual que, no implementar imágenes estereotipadas en los roles tradicionales como las mujeres en asuntos de enfermería y los hombres en cirugía, transmitiendo así, de manera coherente y correcta el mensaje de igualdad de oportunidades (Instituto de la mujer y Para la igualdad de Oportunidades, 2019).

6.2.4 Violencias basadas en género

El acoso sexual en el lugar de trabajo es un término relativamente reciente que describe una problemática primitiva y tradicional que ha sido perpetuada a lo largo de los años. La Organización Internacional de Trabajo (OIT) lo define como “el comportamiento en función del sexo, de carácter desagradable y ofensivo para la persona que lo sufre. Para que se trate de acoso sexual es necesaria la confluencia de ambos aspectos negativos: no deseado y ofensivo” (OIT, 2013), y lo identifica como una manifestación de discriminación de género, violencia y un problema de salud y seguridad en el trabajo inaceptable especialmente contra las mujeres.

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Además, la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) en sus recomendaciones dicta que la igualdad en el empleo puede verse interrumpida cuando la violencia es dirigida concretamente a ellas y especifica que el hostigamiento sexual es “el comportamiento de tono sexual tal como contactos físicos e insinuaciones, observaciones de tipo sexual, exhibición de pornografía y exigencias sexuales, verbales o, de hecho. Este tipo de conducta puede ser humillante y puede constituir un problema de salud y de seguridad; es discriminatoria cuando la mujer tiene motivos suficientes para creer que su negativa podría causarle problemas en el trabajo, en la contratación o el ascenso, o cuando crea un medio de trabajo hostil” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1992).

En las modalidades de violencia de género se incluye el acoso sexual, la agresión verbal, física, psicológica, los gestos obscenos, la discriminación, el control del tiempo por parte de otra persona, el castigo, burlas y piropos obscenos, amenazas, maltrato, intimidación, abuso, chantaje, exclusión y violación sexual. Estas prácticas en las instituciones de salud son una amenaza letal que difieren según el sexo, orientación sexual, edad y especialidad, entorpeciendo el funcionamiento del deber ser de la misión médica, aun mas cuando han sido naturalizadas en su ejercicio continuo (Moreno, 2007). Además, los estereotipos en los roles de hombres y mujeres terminan por promover la violencia de género mediante frases habituales como “las mujeres son las capaces de criar un niño y cuidar pacientes por su capacidad de engatusar” “son buenas para rogar... sumisamente hasta que él hace lo que se le pide” “¿El varón cuidando a los enfermos? Están ahí, pero son muy raros” (Newman, Fogarty, Makoe et al., 2011).

El manejo de esta problemática en las instituciones se dificulta debido a las diversas percepciones del concepto, que permite en ocasiones justificar erróneamente ciertas acciones, y

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

por la poca evidencia de registros que capturan manifestaciones de discriminación o violencia. Aun así, se señala la mujer como la más vulnerable ante los hechos de violencia, y se concentra en labores como trabajadoras de servicios sociales (Newman, H de Vries, Kanakuze et al., 2011).

Desde la formación y el entrenamiento médico se ritualiza las diferencias que promueven la discriminación en los recursos humanos de la salud. Una observación de los hospitales públicos en México mostró como en la interacción de relaciones jerárquicas se evidencia la violencia de género. Las desigualdades provienen desde el simple hecho que es poco el personal médico contratado directamente por la entidad, teniendo el privilegio de pertenecer a asociaciones como el sindicato, que da ciertos beneficios como el ausentismo frecuente, lo cual los hace sentirse en una posición superior donde la mayoría de los turnos son cubiertos por el personal residente e interno. Desde su categoría superior, rechazan observaciones o recomendaciones, incluso cuando saltan normas básicas como la asepsia e higiene de protocolos, las jefes enfermeras suelen expresar de los médicos que son “imposibles, con un carácter durísimo y cuando no dejan llorando a una paciente, deja llorando al personal”. siendo habitual que se caractericen por ser distantes, impersonales y antipáticos, asemejando esto como el ser buen clínico, generando una relación laboral segregada dentro del gremio (Moreno, 2007).

En la India, también se distingue la discriminación entre las diferentes castas de ASHAS, donde existen patrones de jerarquía que deben ser respetadas, prohibiendo la interacción entre superiores e inferiores ya que son menospreciadas, además de serlo por su rango de edad y el estado civil. Sin embargo, se han realizado esfuerzos por alcanzar la igualdad mediante acciones como construir en los centros de salud baños nocturnos seguros, al igual que proporcionar alojamiento de descanso promoviendo la seguridad y comodidad para las mujeres debido a que

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

enfrentan constantemente acoso sexual por parte de otros trabajadores y miembros de la comunidad (Ved et al., 2019).

Las normas y costumbres culturales de discreción, secreto, modestia y fatalismo frente a la violencia (especialmente en relación con la violencia sexual) impiden que estos hechos sean divulgados y corregidos, siendo consagrados en dichos tradicionales y respaldados en todas las esferas de la vida. Un estudio en Ruanda logro percibir que el 39 % de los trabajadores de la salud han experimentado al menos una forma de violencia en el lugar de trabajo, expresaron que el 27 % había sufrido abuso verbal, el 16 % intimidación, el 7 % acoso sexual y el 4 % agresión física, mostrando que el abuso verbal es la más común y la menos frecuente es la violencia física. El personal gerente y supervisor fueron los que más perpetraron el acoso, intimidando más a las mujeres, quienes tienen una mayor probabilidad de ser afectadas con un 68% frente al 32% de los hombres. También se concluyó que ellas son desproporcionalmente víctimas de acoso sexual, representando el 75% de la muestra que informo ser víctima. Aunque los hombres fueron mencionados como perpetradores en la mayoría de los casos, también tuvieron una significativa probabilidad de sufrir los diferentes modos de violencia de género en especial la agresión física (Newman, H de Vries, Kanakuze, & Ngendahimana, 2011).

Por otra parte, un estudio realizado en China arrojó que la prevalencia de violencia en el lugar de trabajo contra el personal de la salud es de 47,8%, trayendo consigo consecuencias como problemas de salud física y mental, mala calidad de vida, mala calidad del sueño y resultados negativos en el trabajo; la modalidad de violencia más usual que reflejo el análisis estadístico fue la verbal con una proporción del 37,9% de todo el personal participe, seguida de la violencia tanto física como verbal con un 13% y de la violencia física con un 1,3%. Para este trabajo, los hombres resultaron con mayor probabilidad de violencia en el lugar de trabajo con 61,4% frente al valor de

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

las mujeres de 48,8%, donde la modalidad más empleada fue la violencia verbal. Sin embargo, este resultado fue disconforme en contraste a otros estudios realizados en los demás países occidentales ya que la mayor probabilidad de ser víctima de violencia en el lugar de trabajo es representada por las mujeres, por lo que el trabajo se argumenta en la cultura tradicional china sobre la posición débil de las mujeres, puesto que las hace relativamente menos tratadas como objetivos de violencia (Sun et al., 2022).

Respecto al acoso sexual, las relaciones médico-enfermera y médico-estudiante son las más referenciadas, incluso cuando el personal femenino hace denuncias de acoso sexual y chantaje, tienen la sorpresa de que el médico agresor ya ha puesto quejas con anterioridad perdiendo la credibilidad de su gestión y pasando por alto sus acusaciones. Evidenciándose así, que las relaciones de poder, aplicación de autoridad y el maltrato entre jerarquías son parte de la formación y disciplina médica. Esto se incrementa en el estudiantado que no tiene respaldo, tornándose en una relación de favores mutuos frente a un personal masculino que percibe en menor medida ciertos comportamientos como negativos, otorgándoles un valor convencional de costumbre o tradición en comentarios como: “Por el tiempo que llevamos hay mucho compañerismo y camaradería entre nosotros, entonces por cariño le decimos a las compañeras mi vida, corazón o en tono paternal mija” y también llegan a hacer justificaciones de tipo: “habría que ver qué hizo mi compañera con ese médico que dijo que se había propasado” (Moreno, 2007).

En este aspecto se resalta la habitual “Culpabilización de la víctima”, puesto que socialmente es más oportuno dar enfoque a estudiar el comportamiento de los perjudicados que cuestionar el trasfondo de las causas estructurales y las desigualdades del mundo que nos rodea, terminando por omitir la responsabilidad de la conducta del agresor y convenciendo que de evitar

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

riesgos y comportamientos como no aventurarse en ciertas áreas, se va a anular los problemas de violencia (ONU Mujeres, 2016).

6.2.5 Estructura normativa, administrativa y financiera con enfoque de género

La investigación sobre intervenciones para abordar las desigualdades en la contratación y la promoción puede proporcionar medidas de resultados útiles para guiar el desarrollo de políticas. A fin de observar el impacto que estas tienen, es fundamental implementar un análisis de género, iniciando con la recopilación de datos desagregados por sexo y la observación de los diversos hechos en los cuales ambos sexos, como actores sociales, se involucran en estrategias de transformación de roles ya sea por motivación de intereses individuales o colectivos.

Además, la recopilación y el informe de datos deben ir más allá de evitar el androcentrismo y la visión binaria de género, incluyendo la anulación de implementar heteronormas, la cual identifica normas estandarizadas del comportamiento heterosexual dejando en desventaja a quienes no encajan en estas posturas. Como también, es necesario, incluir información sobre raza, país de origen, estrato y discapacidad para comprender cómo las múltiples formas de discriminación se entrecruzan y contribuyen a la desigualdad salarial (ONU Mujeres, 2016). Bajo este contexto, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford se implementaron políticas que abordaban el sesgo de género, lo cual tuvo como resultado el aumento en la representación, el rango y la satisfacción laboral de las mujeres en la facultad.

Respecto a Colombia, la medición de las desigualdades en el sector de la salud se ha priorizado, reconociendo que para actuar frente a estas, es necesario identificarlas, conocerlas y explicarlas, al igual que disponer de evidencia relevante y confiable para aportar documentación en el diseño de políticas de salud equitativas. Para esto, El Observatorio de Medición de

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud (ODES) expone que se debe partir de la diferencia entre igualdad y equidad, ya que el concepto normativo equidad-inequidad no permite ser monitoreado y se reconoce como las diferencias injustas que causan desventajas entre grupos de personas, como la pobreza. Mientras que, las desigualdades en el sector salud si son medidas y monitoreadas, llegando a ser el medio indirecto de evaluar las inequidades, y se define como “aquellas diferencias observables entre grupos dentro de una sociedad o contexto”. Además, recalca que no existe el método ideal, sino que debe abordarse según los diferentes intereses, e interpretarse entendiendo las múltiples definiciones, ámbitos, ventajas y limitaciones. (Ministerio de salud y protección social de Colombia, 2015).

El género tiene una relación fundamental con la forma en que se distribuyen y mantienen privilegios a la vez que las normas relacionadas tienen la capacidad de determinar las oportunidades de vida. El compromiso de las organizaciones inicia con hacer público la incorporación de la igualdad de género en su visión, misión y documentos. En el estudio realizado por Global Health (2020), observó que el 75% de 200 organizaciones influyentes en el área de la salud manifiestan la incorporación de la igualdad de género, sin embargo, el 17% aún guarda silencio sobre el tema, no obstante, cabe resaltar que esta proporción ha ido disminuyendo, en el 2018 el porcentaje de organizaciones que guardaban silencio frente a los temas de género era del 32%.

Definir el género de manera consistente con las normas globales es un acto político en medio de un entorno cuestionado, no obstante, entenderlo como una construcción social y no un rasgo biológico es premisa para transformar las agendas políticas. Si bien, hay un compromiso creciente por parte de las instituciones de salud, conforme con Global Health (2020) solo el 35% de las organizaciones más importantes definen el concepto género de manera coherente a las

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

normas globales y el 18% incluye en su definición explícitamente las identidades no binarias; en cuanto a las políticas orientadas en el lugar de trabajo solo el 60% cuenta con ellas, el 44% se compromete con la diversidad e inclusión contando con medidas específicas; y solo el 14% tienen políticas de dominio público que buscan promover la diversidad en la representación en sus órganos de gobierno (Global Health 50/50, 2020).

Del estudio de 200 organizaciones, no se encontró en gran medida políticas transparentes para promover la diversidad en sus directorios, en 111 hay política de guía para la composición de la junta, y solo en 23 se tiene objetivos de la junta sobre paridad de género, aún hay menos medidas para promover la diversidad regional, la representación de la sociedad civil, las comunidades afectadas, o la diversidad en otras características de los miembros incluida la edad y el origen étnico (Global Health 50/50, 2022).

Según un extracto del curso “I Know Gender” del centro de capacitación de ONU Mujeres que se centra en la necesidad de una sociedad más igualitaria para sus habitantes, los proyectos, políticas y programas a implementar deben incluir el objetivo de la transversalización de género con el fin de corregir las desigualdades existentes y redefinir los roles de las personas. Para esto, las distintas acciones que se empleen toman una calificación según el grado de la integración dada, siendo negativa si refuerza las desigualdades, neutra si no se toma el género como aspecto relevante en los resultados de desarrollo, sensible si es un medio para alcanzar las metas fijadas, positivo si hace parte fundamental en los resultados positivos y transformador de género si intenta modificar las relaciones entre hombres y mujeres que promueven el poder, control de recursos y toma de decisiones. (ONU Mujeres, 2016).

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Por lo tanto, se sugiere que los formuladores de políticas, los activistas y los programadores deben reparar las desventajas que enfrentan frecuentemente la fuerza laboral de cuidado, en su mayoría femenina, y los impactos económicos, psicológicos y sociales de género (Newman, Fogarty, Makoae et al., 2011). Por ejemplo, en el área de cardiología, la directiva europea indica que la especialización puede volverse más amigable para la familia con iniciativas que traigan horas de trabajo más razonables y se impulse la capacitación flexible para atraer solicitantes potenciales (Timmis, et al., 2005).

Así mismo, el parlamento europeo aprobó un “New Deal”, la acción en materia de cuidados en la cual se insta una subida salarial para hacer atractivas las profesiones, horario de trabajo adecuado, condiciones de trabajo dignas, la reducción de burocracia para enfrentar el déficit de médicos, el deterioro de las condiciones de trabajo, la salud mental del personal y las desigualdades de género del sector. Pues defiende la adopción de iniciativas concretas e incentivos que hagan que el trabajo de cuidado sea una opción más solicitada por los jóvenes, fomentando una distribución equilibrada de género, ya que existe una creciente preocupación por la cantidad de personal que reciben el salario mínimo, en su mayoría mujeres, por lo que también, han acogido la comisión de una directiva sobre salarios mínimos adecuados con el fin de cerrar la persistente brecha salarial de género (Batres, 2022).

En cuanto a esto, de las organizaciones que participaron del informe Global Health en el 2019, solo el 25% proporcionaron datos de la diferencia salarial entre hombres y mujeres, la mayoría pertenecientes al Reino Unido por ser un imperativo legal (Global Health, 2019). En el 2017 el país implanto una regulación en materia de igualdad, obligando a las empresas con más de 250 empleados a hacer pública la remuneración de hombres y mujeres, señalando la media, mediana, la proporción de los cuartiles y los bonus que reciben los empleados, tanto en la página

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

web destinada por el gobierno británico como en sus sitios corporativos oficiales, con el fin de que la presión pública permita eliminar la brecha salarial para el 2025, la cual en el 2016 fue del 18,1%. (Rubio, 2017). Islandia fue el primer país en presentar un proyecto de ley para que las empresas públicas y privadas demuestren que pagan a hombres y mujeres por igual, haciendo que todas las empresas con más de 25 empleados realicen la certificación de sus programas de igualdad, al igual que otros países como Dinamarca, Suecia, Francia y Australia (Apolitical, 2017).

Por otra parte, se ha identificado que es más probable que en el lugar de trabajo, las organizaciones de salud promuevan la igualdad de género entre mujeres y hombres, que la diversidad/inclusión de integrantes de comunidades excluidas como la población LGBTI, donde el sector privado es quien lidera estas políticas de inclusión, aun así, son muy pocas las que mencionan la población transgénero. Además, no hay suficiente reglamentación en el dominio público, lo que podría afectar la transparencia y disminuir el poder de las personas para saber, exigir, beneficiarse y que las organizaciones rindan cuentas (Global Health, 2020).

Este hecho sistémico, debe tomar prioridad política y de investigación, explorando las múltiples discriminaciones que enfrenta la falta de voluntad para reconocerla y denunciarla. La buena gobernanza de los recursos humanos para la salud requiere un enfoque integral donde la mujer este en el centro de los esfuerzos, haciendo que los gobiernos y empleadores rindan cuentas por la implementación de las normas internacionales y nacionales que garantizan los derechos civiles, sociales, políticos y laborales de las mujeres. No debe seguir considerándose una solución puramente técnica, sino que en la medida en que se identifiquen los problemas con mayor precisión, se aplique una perspectiva de derechos humanos, se extraiga lecciones de la legislación laboral en otros sectores y se amplíe la gama de soluciones en los recursos humanos para la salud. Además, se sugiere que los métodos cualitativos y cuantitativos que aborde la discriminación como

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

discusiones de grupos focales o encuestas de las distintas organizaciones debe incluir miembros homogéneos en cuanto a sexo y jerarquía (Newman C., 2014).

7. Conclusiones

Este informe evidencia el esfuerzo internacional gubernamental por construir una sociedad más justa, que incorpore la igualdad de género por medio de políticas, leyes, modificaciones, guías y diferentes documentos normativos expedidos desde la declaración de los derechos humanos. Sin embargo, a nivel nacional, aunque el país se acoge en pro de la igualdad de género en diferentes contextos, las políticas de salud enfocadas en la equidad de género en la gestión de recursos humanos son casi nulos, pues suele considerarse los derechos sexuales y reproductivos más no acciones específicas en las condiciones y patrones laborales que acojan la igualdad de oportunidades, pese a representar una cifra significativa del mercado laboral.

Aunque se visualiza un área altamente feminizada y se podría reconocer como un logro para el feminismo considerando que décadas atrás ellas estaban destinadas a ser matronas, en la actualidad, se siguen perpetuando diversas practicas sistemáticas y culturales por medio de la rutina, lenguaje, manejo normativo y estereotipos que enraízan la desigualdad de género. Pues pese a existir una alta participación de la mujer en el sector, no hay igualdad de oportunidades, principalmente por la falta de representación femenina en los cargos mejor remunerados y con poder de decisión.

Las mujeres sin importar su cultura o país de origen, en su cotidianidad, deben enfrentarse a ciertos entornos y desafíos profesionales como la brecha salarial de género que es más amplia en este que en los demás sectores económicos, la desigualdad de oportunidades en los niveles de decisión, la segregación ocupacional horizontal y vertical, la violencia de género que ha resultado

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

una práctica del quehacer diario de las instituciones, el síndrome del impostor que las cree no merecedoras de su éxito, al igual que las labores domésticas y de cuidado que caen desproporcionalmente en ellas, haciendo que estos obstáculos para el éxito profesional y académico, resulte en tasas desproporcionadas de agotamiento y efectos en sus trayectorias profesionales. No obstante, los hombres también se ven afectados al escoger profesiones socialmente reconocidas como no habituales para ellos, y son señalados al igual que las mujeres con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas.

Esta asignación de roles ha creado el prejuicio de que los hombres deben encaminarse a la dirección económica de los hogares y las mujeres en las tareas domésticas y de cuidado. En Colombia si existiera una compensación monetaria por estas actividades, sería el sector más importante de la economía, correspondiendo al 20% del PIB, donde las mujeres son quienes principalmente desarrollan estas actividades, destinando el 49% de sus horas diarias frente al 27% de los hombres (DANE, 2020). El poco valor y reconocimiento que se da a estas actividades repercuten en el tiempo que están dispuestas a trabajar, terminando por escoger especialidades con horarios flexibles, percibiendo menor salario por hora trabajada o llegando a abandonar la carrera.

Asimismo, la brecha salarial de género es un aspecto presente en el sector de la salud. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud y la Organización Internacional del Trabajo (2022), después de controlar las variables que explican el salario, la brecha salarial sigue existiendo en contra de las mujeres, al igual que otras desventajas del área como la vinculación, violencia, y estructura normativa.

Por lo que tanto, se propone acciones específicas, desde mejorar la recopilación y análisis de datos segregados, promover carreras de ciencia y tecnología para mujeres jóvenes, atraer a más

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

hombres a categorías de ocupación media y más mujeres a la cima, políticas para corregir la brecha salarial por maternidad, como facilitar la formalización del trabajo y la implementación de instrumentos jurídicos contra la discriminación salarial, tal como viene implementado la unión europea por medio de acciones como el “New Deal”. Además, es clave resaltar el fortalecimiento de la educación como herramienta fundamental en el empoderamiento económico femenino (UNESCO, 2020) y aspecto esencial en el cierre de brechas del sector. A la vez que dar prioridad política a este problema sistémico siendo necesario centrarse en la mujer para la implementación de acciones concretas que erradiquen las desigualdades que han sido perpetuadas a lo largo del tiempo. En este punto, el papel de empresas y organizaciones también es esencial en la reformulación de los enlaces de la vida privada y laboral, el empleo y la igualdad por medio de programas que promuevan la equidad de género.

Con toda la evidencia recolectada, se concluye también que debe incentivarse y tomar más acciones específicas en el área, como la investigación presente, la cual busca identificar y cerrar las brechas de género en relación con los desafíos mencionados anteriormente, con el fin de garantizar la igualdad de oportunidades en las instituciones de salud.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, M., Castro, D. y Bravo, D. (2022). Carga laboral en personal de salud asistencial y administrativo en una institución de II nivel en Colombia. *Investigación en Enfermería*, 24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.clps>
- Apolitical. (21 de junio de 2017). El Reino Unido obliga a 9.000 empresas a publicar datos salariales en un intento por cerrar la brecha salarial. <https://apolitical.co/solution-articles/es/el-reino-unido-obliga-a-9000-empresas-a-publicar-datos-salariales-oferta-cerrar-brecha-salarial>
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11-35. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712017000100002
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2019). *Colombia lanza su primera iniciativa de paridad de género con apoyo del BID*. <https://www.iadb.org/es/noticias/colombia-lanza-su-primera-iniciativa-de-paridad-de-genero-con-apoyo-del-bid>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2022). *Iniciativas Paridad de Género*. <https://www.iadb.org/es/gender-and-diversity/iniciativa-de-paridad-de-genero>
- Batres, O. (agosto de 2022). Europa dibuja un 'New Deal' sanitario con más sueldo y menos burocracia. *Redacción Médica*. <https://amp.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/europa-dibuja-un-new-deal-sanitario-con-mas-sueldo-y-menos-burocracia-7593>
- Beauvoir, S. (2013). El segundo sexo (fragmento). *Asparkía. Investigación Feminista*, (11), 139-146. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/el-segundo-sexo-fragmento/docview/2610486557/se-2>
- Bill & Melinda Gates Foundation. (2017). A conceptual model of women and girls' empowerment. https://docs.gatesfoundation.org/Documents/BMGF_EmpowermentModel.pdf
- Bloguer, T., Lazare, K., y Rambihar, V. (2019). Female family physicians and the first 5 years: In pursuit of gender equity, work-life integration, and wellness. *Canadian Family Physician*, 65(8), 585-588.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble*. Routledge. https://www.lauragonzalez.com/TC/El_genero_en_disputa_Butler.pdf

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- Caballero, I., Contreras, F., Vega, E., y Gómez, J. (2017). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes psicológicos*, 17(1), 87-105. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a05>
- Cáceres, F., Amaya, C., y Rivero, C. (2019). Inequidades de género en el ámbito de la salud: el caso de medicina. *Aquichan*, 19(2). doi:10.5294/aqui.2019.19.2.7
- Cervera, M. (2016). *Manual para el uso de un lenguaje incluyente y con perspectiva de género*. Comisión nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. https://mailuis-my.sharepoint.com/personal/ccote_uis_edu_co/Documents/G%20C3%A9nero%20UISALUD/Documentos%20para%20comunicaci%C3%B3n%20incluyente/Manual_Lenguaje_Incluyente_con_perspectiva_de_g_nero-octubre-2016.pdf?CT=1669690836729&OR=ItemsView
- Cho, M., y Levin, R. (2022). Implementación del plan de acción de recursos humanos en salud y la respuesta a la pandemia por la COVID-19. *Panamerican Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.52>
- Cobo Bedia, R. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 249-258. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110249A>
- Cohen, M., y Kiran, T. (2020). Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *Canadian Medical Association Journal*, 192(35). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32868274/>
- Comisión Económica para América latina y el Caribe. (CEPAL). 2004. Entender la pobreza desde la perspectiva de género. Unidad Mujer y Desarrollo. Santiago, Chile. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5918/S0400008_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (2007). *Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Quito. <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/consensodequito.pdf>
- (2018). Brechas de género. *Tercera reunión de la conferencia regional sobre población y desarrollo de América Latina y el Caribe*. Lima. https://crpd.cepal.org/3/sites/crpd3/files/presentations/panel2_marcelaeternod.pdf

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1992). *La violencia contra la mujer. Recomendación General número 19*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/cedaw-19-violencia-contra-la-mujer.pdf>
- (2010). Recomendación General N° 28 relativa a las obligaciones básicas de los Estados Parte de conformidad con el artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- Congreso de Colombia. (2000). Ley 585. *Por la cual se reglamenta la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios*. Diario oficial 44026. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1689136>
- (2002). Ley 731. *Por la cual se dictan normas para favorecer a las mujeres rurales*. Diario Oficial 44678. <https://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Leyes/Ley%20731%202002.pdf>
- (2003). Ley 823 de 2003. *Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres*. Diario Oficial 45245.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8787>
- (2021). Ley 2117. *Por medio del cual se adiciona la ley 1429 de 2010, la ley 823 de 2003, se establecen medidas para fortalecer y promover la igualdad de la mujer en el acceso laboral y en educación*. Diario Oficial 51750.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=115600#5>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2013). Documento CONPES 161. *Equidad de género para las mujeres*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/161.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020). Participación de las mujeres colombianas en el mercado laboral. Comisión legal para la equidad de la mujer. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/informes/Informe-participacion-mujer-mercado-laboral.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística y ONU Mujeres. (2020). *Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe.pdf>

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- Declaración de Atenas. (1992). *Adoptada en la primera Cumbre Europea "Mujeres en el poder"*. https://www.urv.cat/media/upload/arxiu/igualtat/JeanMonnet/2013/Lectura_recomendada_Declaracion_Atenas_1992.pdf
- Departamento de derecho laboral y Organización Estados Americanos. (1994). *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "convención de Belem do Para"*. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Florian, I., Lara, M. y De la Hoz, M. (2022) *Mujeres trabajadoras en el sector de la salud Colombia*. (Documento de trabajo). Programa De Las Naciones Unidas para el Desarrollo y Mpodera. ISSN 2806-0687
- Galeano, M. (2018). *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro en la mirada*. Universidad de Antioquia. <https://www-digitaliapublishing-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/a/59761>
- García, E., y Tapias, L. (2010). *Equidad de género en el empleo del sector salud Colombia, 2008-2010*. [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/871/pol151.pdf?sequence=1>
- Global Health. (2019). *La igualdad funciona*. <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2019/03/Equality-Works.pdf>
- (2018). *¿Quiénes somos?* <https://globalhealth5050.org/mission-vision-values/>
- (2020). *Power, privilege, and priorities*. <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>
- (2022). *¿Tablones para todos?* https://globalhealth5050.org/wp-content/themes/global-health/reports/2022/media/Boards%20for%20All_Global%20Health%205050_50%20Report_OnlineMarch2022.pdf
- Golla, A., Malhotra, A., Nanda, P., y Mehra, R. (2011). *Understanding and Measuring Women's Economic Empowerment Definition, Framework and Indicators*. International Center for Research on Women (ICRW). <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Understanding-measuring-womens-economic-empowerment.pdf>

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- Gómez, T. (2007). La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? *Del pasado al Presente*, (23). <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/14970/EIDON23-TeresaOrtiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Graue, E., Alarcon, G., Guevara, R., y Ostrosky, P. (2014). La feminización de la medicina en la educación médica y áreas biomédicas. *La mujer y la salud en México*, 127-145. <https://anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L4-La-mujer-salud-Mexico.pdf#page=150>
- Harding, T. (2009). Swimming against the malestream: men choosing nursing as a career. *Nursing praxis in New Zealand inc*, 25(3). <https://web-p-ebsohost-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=20c4ee66-5649-4ef2-995e-09e27d5c22a5%40redis>
- Hernández, F. (2001). Investigación documental y comunicación científica. Universidad Abierta para Adultos.
- Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades. (2019). *Guía practica de comunicación incluyente. Servicios de asesoramiento para planes y medidas en la igualdad de las empresas. Kit para la implantación de medidas N° 3*. https://www.igualdadenaempresa.es/recursos/herramientas/docs/Kit_03_Comunicacion_Incluyente.pdf
- Mead, M. (1935). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. William Morrow & Company, Inc.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables Perú. (2012). Plan nacional de igualdad de género 2012-2017. https://siteal.iep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_peru_0172.pdf
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2015). *Observatorio para medición de desigualdades y análisis de equidad en salud ODES*. Bogotá. http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1452159783-OC_guia_ross_odes_colombia.pdf
- (2021). *Proyecto de resolución para la transversalización del enfoque de género en el sector salud*. https://www.redjurista.com/appfolders/images/news/PR_MSPS_0088AJ_2021.pdf
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender, and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bull Johns Hopkins Hosp.* (6):253-64. PMID: 14378807.

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- Moreno, M., (2001). La discrepancia a través de los contenidos de la enseñanza: la historia y la matemática. *Educere*, 5 (14), 191-197.
- Moreno, S. (2007). La violencia de género en las practicas institucionales de la salud: Afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12), 52-76. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2699>
- Morgan, R., Ayiasi, R., y Barman, D. (2018). Gendered health systems: evidence from low- and middle-income countries. *Health research policy and systems*, 16(58). doi:10.1186/s12961-018-0338-5
- Newman, C. (2014). Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce. *Hum Resour Health*, 12. doi:10.1186/1478-4491-12-25
- Newman, C., Fogarty, L., Makoae, L., y Reavely, E. (2011). Occupational segregation, gender essentialism and male primacy as major barriers to equity in HIV/AIDS caregiving: Findings from Lesotho. *International Journal for Equity in Health*, 10(24).
- Newman, C., H de Vries, D., Kanakuze, J., y Ngendahimana, G. (2011). Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: Increasing safety and gender equality. *Hum Resour Health*, 19(9). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21767411/>
- Nieves, A., De la Rosa, J., y Torres, M. (2022). Estudio bibliométrico sobre la planeación prospectiva estratégica de los recursos humanos. *Latinoamericana en Competitividad Organizacional*, 14, 7-16.
- Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación. (2020). Igualdad de género. *Manual Metodológico*. 104-115. <https://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/digital-library/cdis/Iguldad%20de%20genero.pdf>
- Organización Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). *Declaración Universal de los derechos humanos*. Paris. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

(1995). *IV conferencia mundial sobre la mujer*. Beijing. <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N96/273/04/PDF/N9627304.pdf?OpenElement>

(2008). *Informe sobre salud en el mundo. La atención primaria de salud más necesaria que nunca*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf

(2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

(2018). *UN System Model Policy on Sexual Harassment*. https://unsceb.org/sites/default/files/imported_files/UN%20System%20Model%20Policy%20on%20Sexual%20Harassment_FINAL_0.pdf

Organización Naciones Unidas Mujeres. (2001). *IMPORTANT CONCEPTS UNDERLYING GENDER MAINSTREAMING*. <https://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet2.pdf>

(2010). *Acerca de ONU Mujeres*. <https://www.unwomen.org/es/about-un-women>

(2012). *CEDAW en 10 minutos*. Guatemala. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/25166.pdf>

(2013). *Comisión de la condición jurídica y social de la mujer*. <https://www.unwomen.org/es/csw>

(2016). *Profundicemos en términos de género. Guía de terminología y uso del lenguaje no sexista*. [https://mailuis-](https://mailuis-my.sharepoint.com/personal/ccote_uis_edu_co/Documents/G%3%A9nero%20UISALUD/Documentos%20para%20comunicaci%C3%B3n%20incluyente/Guia-lenguaje-no-sexista_onumujeres.pdf?CT=1669392677752&OR=ItemsView)

[my.sharepoint.com/personal/ccote_uis_edu_co/Documents/G%3%A9nero%20UISALUD/Documentos%20para%20comunicaci%C3%B3n%20incluyente/Guia-lenguaje-no-sexista_onumujeres.pdf?CT=1669392677752&OR=ItemsView](https://mailuis-my.sharepoint.com/personal/ccote_uis_edu_co/Documents/G%3%A9nero%20UISALUD/Documentos%20para%20comunicaci%C3%B3n%20incluyente/Guia-lenguaje-no-sexista_onumujeres.pdf?CT=1669392677752&OR=ItemsView)

(2020). *Guía para el poder judicial sobre estereotipos de género y estándares internacionales sobre derechos de las mujeres*. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/03/poder%20judicialpdf%202%201.pdf?la=es&vs=4549>

Organización Naciones Unidas & Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010). *¿Qué estado para qué igualdad? XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/16656/S1000327_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- Organización Internacional Trabajo. (2013). *El hostigamiento o acoso sexual. Género, salud y seguridad en el trabajo*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227404.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (noviembre de 2006). *Proyecto de plan estratégico a plazo medio 2008-2013*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP-PPB/MTSP08-13_PPB08-09-sp.pdf
(marzo de 2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62ª asamblea mundial de la salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_9-sp.pdf
(2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. (Julio de 2022). *La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial. Un análisis mundial en tiempos de Covid-19*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052895>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Política de igualdad de género*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/r-politica-de-igualdad-de-genero.pdf>
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>
- Rubin, G. (1975). *The traffic in women: Notes on the political economy of sex*. Reiter Rayana. *Toward and anthropology of women*. Monthly Review Press. New York. Traducción Stella Mastrangelo. <https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/EL%20TR%20C3%81FICO%20DE%20MUJERES%20-%20Gayle%20Rubin%20C%201975.pdf>
- Rubio, D. (abril de 2017). *Reino Unido Obliga a las empresas a revelar lo que pagan a mujeres y hombres. El español*. https://www.elespanol.com/invertia/empresas/20170407/206729629_0.html
- Save the Children. (2014). *Generando el cambio transformacional. Guía y kit de herramientas del Programa de Igualdad de Género*. Save the Children. https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/recursos_-
- Scott, J. (1940) *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. Fowler, *Dictionary of Modern English Usage*. Oxford. https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Genero-Mujer-Desarrollo/El_Genero_Una_Categoria_Util_para_el_Analisis_Historico.pdf

BRECHA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Revista estudios Feministas*. 12(2): 264.
<https://www.scielo.br/j/ref/a/Y34wfFVpkt3B64sjBwYGYNS/?format=pdf&lang=es>
- Stoller, R. (1968). Sex and Gender. <https://doi.org/10.4324/9780429479915>
- Sun, L., Zhang, W., Qi, F., & Wang, Y. (2022). Gender Differences for the Prevalence and Risk Factors of Workplace Violence Among Healthcare Professionals in Shandong, China. *Front Public Health*, 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9108195/>
- Timmis, A., Banerjee, S., Calver, A., & Pedernal, J. (2005). Women in UK cardiology: report of a Working Group of the british Cardiac Society. *Hearth*, 91(3), 283-289. doi:10.1136/hrt.2004.047340
- Ved, R., Scott, K., Gupta, G., y Ummer, O. (2019). How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? Policy origins and adaptations for the world's largest all-female community health worker programme. *Hum Resour Health*, 17(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6323796/>
- Women'S Empowerment Principles. (2010). *Women's empowerment principles*. <https://www.weps.org/about>
- Zeinali, Z., Muraya, K., Govender, V., y Molyneux, S. (2019). Intersectionality and global health leadership: parity is not enough. *Human Resources for Health*, 17, 29-32. doi:10.1186/s12960-019-0367-3.

