

DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Diferencias salariales entre hombres y mujeres trabajadores del sector salud en Colombia

Camilo Andrés Hernández Orduz

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Economía y Desarrollo

Directora

Alexandra Cortés Aguilar

PhD en Economía

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía y Administración

Maestría en Economía y Desarrollo

Bucaramanga

2025

**Tabla de Contenido**

Introducción .....	9
1. Objetivos de la investigación.....	12
1.1. Objetivo General.....	12
1.2. Objetivos específicos .....	12
2. El cuidado de la salud humana .....	13
3. Marco referencial.....	17
3.1. Aspectos teóricos .....	17
3.1.1. Teoría del Capital Humano.....	17
3.1.2. Determinantes del capital humano.....	19
3.1.3. La segregación ocupacional.....	20
3.1.3.1. El techo de cristal.....	21
3.1.4. Género y desigualdad.....	22
3.1.5. Igualdad de oportunidades y enfoque de capacidades .....	23
3.1.6. Factores no observados y discriminación .....	25
3.1.7. El trabajo de cuidado .....	27
3.2. Marco legal y normativo.....	28
3.2.1. Igualdad de oportunidades .....	28
3.2.2. Talento humano en salud .....	28
3.3. Antecedentes .....	29
4. Metodología .....	35
4.1. Datos .....	35
4.2. Actividades de cuidado de la salud humana en el CIIU Rev. 4 del 2022.....	36
4.3. Informalidad laboral.....	36
4.4. Construcción de variables .....	38
4.5. Métodos econométricos .....	40
4.5.1. Modelo de Mincer.....	40
4.5.2. Corrección de Sesgo de selección.....	40
4.5.3. Descomposición Blinder – Oaxaca.....	42
4.5.4. Descomposición no paramétrica de Ñopo .....	43
4.5.5. Triangulación de la información.....	44

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

5. Resultados.....	46
5.1. Composición de la fuerza laboral del sector salud en Colombia: .....	46
5.1.1. Niveles educativos .....	49
5.1.2. Ubicación geográfica .....	51
5.1.3. Horas de trabajo semanal .....	54
5.2. Pruebas estadísticas.....	55
5.2.1. Test no paramétrico de U de Mann Whitney .....	55
5.2.2. Análisis de multicolinealidad.....	56
5.3. Análisis econométrico.....	57
5.3.1. Estimación de la ecuación de Mincer por sexos .....	57
5.3.2. Estimación de la ecuación de Mincer para los tres escenarios .....	60
5.3.3. Corrección del sesgo de selección por el método de Heckman .....	62
5.3.4. Modelo Mincer por percentiles de ingreso .....	66
5.3.5. Cálculo de la brecha salarial .....	67
5.4. Descomposición Oaxaca-Blinder.....	68
5.4.1. Descomposición Oaxaca con corrección de sesgo.....	70
5.5. Descomposición Ñopo .....	73
5.6. Triangulación de información.....	77
5.6.1. Evidencia cuantitativa.....	77
5.6.2. Evidencia cualitativa.....	78
5.6.3. Hallazgos propios.....	81
5.6.4. Conclusión de la triangulación.....	82
6. Discusión .....	84
7. Conclusiones.....	87
Referencias bibliográficas.....	89

**Lista de tablas**

Tabla 1 Ramas y actividades del cuidado de la salud humana según el CIIU Rev. 4.....	36
Tabla 2 Criterios de informalidad laboral definidos por la OIT y el DANE .....	37
Tabla 3 Variables de los modelos econométricos.....	39
Tabla 4. Distribución del personal en las actividades del cuidado de la salud humana.....	46
Tabla 5 Fuerza de trabajo y ocupados en las actividades del cuidado de la salud humana .....	47
Tabla 6. Informalidad laboral del sector salud y mercado laboral .....	47
Tabla 7 Edad promedio de hombres y mujeres del sector .....	48
Tabla 8 Segmentación etaria de los trabajadores del sector salud .....	48
Tabla 9 Niveles educativos en el mercado laboral.....	49
Tabla 10 Niveles educativos del sector salud de hombres y mujeres .....	50
Tabla 11 Horas de trabajo semanal de hombres y mujeres .....	54
Tabla 12 Test no paramétrico de medias de U de Mann Whitney .....	55
Tabla 13 Factor de inflación de varianza VIF para detección de multicolinealidad.....	56
Tabla 14 Resultados de modelo Mincer para hombres y mujeres del sector .....	58
Tabla 15 Edad de máximos ingresos salariales para hombres y mujeres del sector salud.....	59
Tabla 17 Modelo probabilístico de participación en el mercado laboral .....	62
Tabla 18 Efecto de truncamiento o selección promedio .....	63
Tabla 19 Modelo Mincer con corrección de sesgo de selección por Heckman .....	64
Tabla 20 Edad de ingreso máximo en los tres escenarios .....	66
Tabla 21 Modelo Mincer por cuantiles para los percentiles de ingresos 25, 50, 75 y 90 .....	66

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Tabla 22 Valor porcentual de la brecha salarial de los modelos Mincer.....	67
Tabla 23 Valor porcentual de la brecha salarial por percentiles de ingreso .....	68
Tabla 24 Resultados de la descomposición Oaxaca - Blinder .....	69
Tabla 25 Resultados de Oaxaca - Blinder con corrección de sesgo de selección.....	70
Tabla 26 Componentes explicado y no explicado de la brecha salarial por Oaxaca - Blinder .....	71
Tabla 27 Valores porcentuales de la brecha salarial calculada por Oaxaca - Blinder.....	72
Tabla 28 Emparejamiento de grupos por el método de Ñopo.....	73
Tabla 29 Brecha salarial y componentes obtenidos por la descomposición Ñopo. ....	74
Tabla 30 Valores porcentuales que componen la brecha por el método de Ñopo.....	76

**Lista de figuras**

Figura 1 Niveles educativos del talento humano en salud colombiano.....	15
Figura 2 Participación de hombres y mujeres del THS en los niveles educativos.....	16
Figura 3 Estructura del trabajo remunerado.....	27
Figura 4 Concentración de personal del cuidado de la salud en los departamentos de Col. ....	51
Figura 5 Concentración departamental de trabajadores del sector salud, año 2023 .....	52
Figura 6 Concentración departamental de trabajadores del sector salud, año 2024 .....	52
Figura 7 Distribución territorial de prestadores de servicios de salud.....	53
Figura 8 Distribución de la fuerza laboral del cuidado de la salud por entorno urbano y rural ...	54

## Resumen

**Título:** Diferencias salariales entre hombres y mujeres trabajadores del sector salud colombiano\*

**Autor:** Camilo Andrés Hernández Orduz\*\*

**Palabras Clave:** Capital humano, brecha salarial, sector salud.

**Descripción:** El presente estudio analiza la brecha salarial por género en el sector salud colombiano durante los años 2023 y 2024. El objetivo principal fue identificar en qué medida las diferencias en características individuales, familiares y laborales, así como factores no observados, contribuyen a la disparidad salarial entre hombres y mujeres en este sector estratégico para el desarrollo social.

Se usaron microdatos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE, acotados a actividades del cuidado de la salud humana. Se aplicaron modelos de ecuaciones de salarios tipo Mincer junto con el modelo de corrección por sesgo de selección de Heckman para controlar por la participación laboral. Posteriormente, se implementó la descomposición de Oaxaca-Blinder y Ñopo para separar la brecha salarial en componentes explicados por diferencias observables y componentes no explicados.

Los resultados muestran que el salario promedio de los hombres supera significativamente al de las mujeres. El método de Oaxaca-Blinder muestra que, en gran medida, la brecha se explica por diferencias en capital humano, especialmente por el mayor retorno salarial a los niveles educativos superiores en los hombres. La fracción no explicada permanece relevante, lo que indica la existencia de otros determinantes, posiblemente relacionados con segmentación ocupacional o sesgos de género en la remuneración. El método de Ñopo revela que los hombres se concentran principalmente en las labores de mayor remuneración y valor social, mientras que las mujeres se sitúan principalmente en las labores de cuidado y menor remuneración.

En conclusión, aunque parte de la brecha responde a diferencias en las características observadas, subsiste un componente no explicado que requiere políticas focalizadas de equidad salarial para la retención del talento humano en salud de Colombia.

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Directora: Alexandra Cortés Aguilar. PhD. en Economía.

**Abstract**

**Title:** Wage gap between men and women in the Colombian health sector\*

**Author:** Camilo Andrés Hernández Orduz<sup>1</sup>

**Key Words:** Human capital, wage gap, health sector.

**Description:** This study analyzes the gender wage gap in the Colombian health sector during the years 2023 and 2024. The main objective was to identify the extent to which differences in individual, family, and occupational characteristics, as well as unobserved factors, contribute to the wage disparity between men and women in this strategic sector for social development.

Microdata from DANE's Large Integrated Household Survey (GEIH), limited to human health care activities, were used. Mincer-type wage equation models were applied along with the Heckman selection bias correction model to control for labor force participation. Subsequently, the Oaxaca-Blinder and Ñopo decomposition methods were implemented to separate the wage gap into components explained by observable differences and unexplained components.

The results show that the average salary of men significantly exceeds that of women. The Oaxaca-Blinder method shows that the gap is largely explained by differences in human capital, especially the higher wage returns to higher educational levels among men. The unexplained fraction remains significant, indicating the existence of other determinants, possibly related to occupational segmentation or gender bias in remuneration. The Ñopo method reveals that men are primarily concentrated in higher-paying and socially valuable jobs, while women are primarily employed in lower-paying caregiving jobs.

In conclusion, although part of the gap is due to differences in observed characteristics, an unexplained component remains that requires targeted wage equity policies to retain Colombia's healthcare workforce.

---

\* Degree Work

<sup>1</sup> Faculty of Human Sciences. School of Economics and Administration. Manager Alexandra Cortés Aguilar. Ph.D. in Economics.

## Introducción

La remuneración salarial es un componente laboral que impacta directamente en el bienestar de las personas y suele estar determinado por características del trabajador y del mercado laboral, no obstante, puede resultar heterogéneo para individuos comparables. De este modo, se presentan brechas debido a que el salario no siempre refleja las habilidades o competencias del trabajador, sino que se pueden relacionar con factores no observables o de contexto del individuo.

En Colombia, la participación laboral de las mujeres ha pasado de ser del 36% en el año 1982 a más del 50% en los últimos años (DANE, 2022), reflejando un cambio en la tradicional asignación de roles en el hogar que le atribuía el papel del cuidado doméstico y de los hijos exclusivamente a las mujeres. De este modo, mujeres y hombres suelen concentrar su actividad laboral en sectores económicos diferentes, y cuando coinciden en el mismo tienden a ocupar distintas posiciones jerárquicas, con una sobrerrepresentación de los hombres en los cargos directivos y de poder de decisión y una concentración de mujeres en los cargos menormente remunerados y reconocidos. Adicionalmente, persisten las brechas salariales aún entre hombres y mujeres que realizan la misma actividad con el mismo rol, lo que indica una valoración desigual a hombres y mujeres en el mercado laboral (OIT & WSO, 2022).

El sector salud es crucial para el bienestar de las naciones y es una fuente de empleo predominantemente femenino (Herrera-Idárraga et al., 2020a) y, así mismo, es un reflejo de la división sexual del trabajo en el que las labores de cuidado recaen principalmente en las mujeres, así como los salarios inferiores (E. García & Tapias, 2013). El aumento de mujeres en la medicina ha promovido un liderazgo democrático y participativo en salud pública, mejorando la cohesión de los equipos, así como el enfoque en derechos humanos y equidad en la comprensión de los problemas sanitarios (Quintero, 2024; Dubois & Fusulier, 2015), en contraste al dominante

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Modelo Médico Hegemónico de atención en salud históricamente liderado por hombres, el cual prioriza las enfermedades masculinas y descuida asuntos como la violencia de género y el enfoque diferencial de atención a la salud femenina, limitando así la comprensión integral de los problemas sanitarios (Amoroso & Fernández, 2014; Naciones Unidas, 2015).

Las brechas salariales por género son un fenómeno presente en este sector, donde se observa que las características productivas se valoran de forma diferente dependiendo de si las posee un hombre o una mujer, lo que conduce a que perciban remuneraciones diferentes por trabajo de igual valor (Gauci et al., 2022). Estas diferencias son explicadas por factores como la cantidad de horas trabajadas, la segregación ocupacional, menores oportunidades de avance profesional y discriminación para acceder a la categoría de ingresos más altos (Boniol et al., 2019). A pesar de los avances en los niveles educativos alcanzados por las mujeres que en las últimas décadas les ha permitido incursionar en todos los niveles del sector salud, ellas continúan altamente representadas en los niveles básicos y de menores ingresos, llegando a formar hasta el 90% del personal de enfermería y cuidados, mientras que esta tendencia se revierte para los estudios de especialización, donde los hombres componen el 56,2% del personal, y en cargos de liderazgo, donde las mujeres sólo ocupan el 25% de estos (WHO, 2021).

En Colombia, los aspectos culturales y tradicionales hacen que las mujeres experimenten mayores interrupciones del empleo a causa de responsabilidades familiares que les conducen a seleccionar trabajos compatibles con la tenencia de hijos y el cuidado del hogar, dando origen a penalidades por maternidad y brechas salariales (K. García et al., 2020). Por lo tanto, aunque a nivel nacional e internacional se han adelantado esfuerzos para abordar la desigualdad de género, el área de la salud presenta retos importantes para reducir las inequidades, dado que es un sector

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

que emplea aproximadamente a más un millón de personas en el país de los que tres cuartas partes son mujeres (Registro Único de Talento Humano en Salud RETHUS, 2021).

Este estudio se propone analizar la diferencia salarial por género del sector salud en Colombia. Para esto, se comenzará con el planteamiento el problema, posteriormente se revisará el marco referencial de las principales teorías y trabajos que le anteceden, la metodología con enfoque econométrico y finalmente los resultados de este análisis junto con sus conclusiones y discusión con la literatura.

## **1. Objetivos de la investigación**

### **1.1. Objetivo General**

Analizar la brecha salarial por género explicada por características generales y familiares, capital humano y situación laboral, y a factores no explicados en los trabajadores del sector salud en Colombia y sus ciudades principales en el periodo 2023 a 2024.

### **1.2. Objetivos específicos**

- Estudiar la composición de la fuerza laboral del sector salud colombiano y caracterizarlo por género, tipo de ocupación y ubicación geográfica.

- Estimar las diferencias salariales por género del personal de salud y compararlas con las brechas del mercado laboral en general.

- Determinar la brecha salarial debida a factores de capital humano y a discriminación por género en el sector salud.

### **2. El cuidado de la salud humana**

La salud es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de las sociedades a través de un amplio portafolio de servicios que busca garantizar el bienestar y la calidad de vida de la población, mediante un conjunto de actores públicos y privados que incluyen hospitales, clínicas, centros de investigación, aseguradoras, organismos reguladores, entre otros. Este sector se destaca por su constante crecimiento que responde a la permanente demanda de sus servicios, aportando a la empleabilidad de la fuerza laboral de los países y principalmente de las mujeres. Aunque a nivel mundial la pandemia COVID-19 representó menores pérdidas de puestos de trabajo en el sector de la salud que en los sectores no sanitarios, este episodio afectó en mayor medida a los trabajadores de la parte baja de la escala salarial del sector, donde se concentran la mayoría de las mujeres (OIT & WSO, 2022).

El derecho fundamental a la salud se materializa por el accionar del personal del cuidado de la salud y su formación y la creación de empleos en este sector son elementos clave para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Existe una relación causal entre la disponibilidad y calidad del talento humano en salud sobre los resultados, eficiencia del desempeño y sostenibilidad de los sistemas de salud. Así mismo, los cambios demográficos y epidemiológicos, las dificultades financieras y desequilibrios en las capacidades institucionales del sistema de salud plantean enormes desafíos en la gestión y retención de los trabajadores del cuidado de la salud humana del país, por lo cual es importante el reconocimiento y mejoramiento de las condiciones laborales en este sector (Minsalud, 2018).

La Organización Mundial de la Salud en su Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de la Salud menciona la perspectiva de género como un tema transversal para la gestión del Talento Humano en Salud, con el propósito de promover la

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

dotación equitativa y retener el personal con incentivos de desarrollo profesional y económico. Así mismo, la participación laboral del talento femenino en la salud fortalece los esfuerzos generales, dadas sus capacidades para ampliar las agendas de investigación y acción en temas de salud sexual y reproductiva que afectan principalmente a mujeres y niñas, fortaleciendo el bienestar de toda la sociedad (WHO, 2021). Por su parte, la Agenda 2030 plantea dentro de sus metas la igualdad de género, dando especial importancia a la participación de las mujeres en el liderazgo y el cierre de las brechas salariales de género, como parte fundamental del desarrollo (Naciones Unidas, 2015).

El Talento Humano en Salud es la base del Sistema de Salud colombiano y también el protagonista de este servicio público de alta importancia para el desarrollo humano; mejorar sus condiciones laborales impacta no sólo en el bienestar de los trabajadores, sino también en el acceso de toda la población a servicios sanitarios de calidad (Minsalud, 2018). De este modo, un diagnóstico con fundamento científico de las diferencias salariales por género en el sector salud constituye un insumo valioso para las políticas de gestión del Talento Humano en Salud del país, con el fin de fomentar adecuadas condiciones laborales y de remuneración y así incentivar y retener a sus trabajadores.

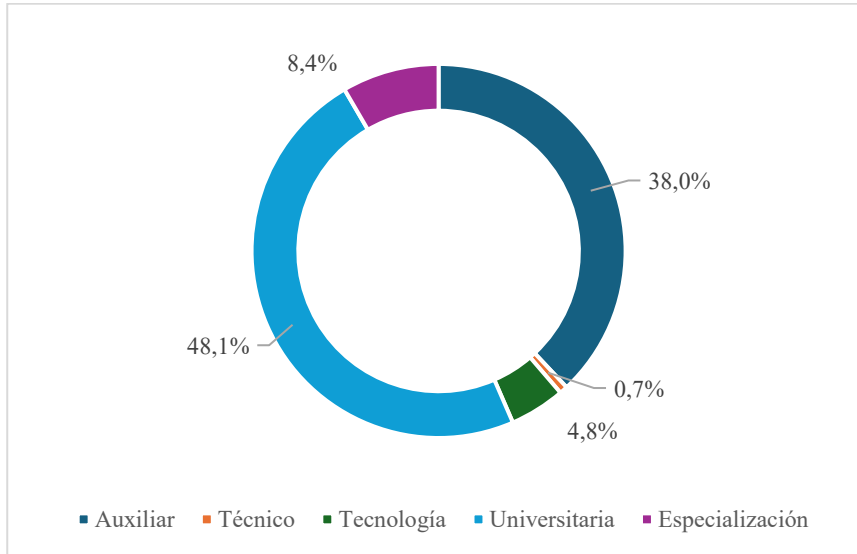
Entre los años 2011 y 2020, el talento humano en salud disponible de Colombia se duplicó, mientras que, en este mismo lapso, la población del país creció un 13%. Este personal está conformado en más de un 70% por mujeres y más de la mitad tienen menos de 45 años, lo que sugiere que están comenzando y desarrollando su carrera profesional. En cuanto al nivel de formación, a comienzos del decenio anterior el 48% del personal contaba con educación universitaria, sin embargo, cuando se afrontó la pandemia COVID-19 este porcentaje disminuyó a 43,7%, cediendo espacio al nivel auxiliar que pasó de 38% a 44,5%. En todos los niveles se mantiene la cifra predominante de mujeres, excepto en el nivel especialización donde cerca del

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

55% son hombres. Las mujeres se concentran en mayor medida en la base de la pirámide del nivel educativo del sector, participando en el 80% del personal auxiliar, mientras que en el nivel de especialización su participación es del 46% (Min Salud, 2023).

### Figura 1

*Niveles educativos del talento humano en salud colombiano*



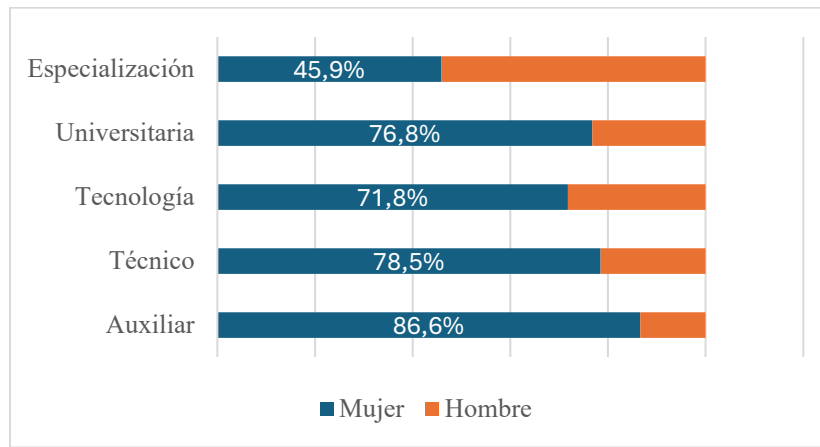
*Nota:* Adaptado de Observatorio del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2023)

El fenómeno de segregación ocupacional presente en Colombia prevalece a nivel global, donde se observa alta concentración de mujeres en la atención primaria, enfermería y cuidados de obstetricia, mientras que los hombres son mayoría en especialidades médicas quirúrgicas. De manera vertical, la segregación muestra que los hombres son mayoría en roles de directivos, donde las mujeres ocupan menos del 25% de los puestos a nivel mundial (Florián et al., 2022).

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

**Figura 2**

*Participación de hombres y mujeres del THS en los niveles educativos.*



*Nota:* Adaptado de Observatorio del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2023)

En cuanto a la distribución territorial del THS, el Observatorio del Ministerio de Salud y Protección Social muestra que más del 60% de este se aglomera en 5 departamentos que son: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Santander, y sólo el primero de estos cuenta con el 27% del total nacional, mientras que otros departamentos como Chocó, Vichada, Caquetá, Putumayo, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guaviare, Guainía y Vaupés cuentan cada uno con menos del 1%, llegando entre todos a sumar menos del 3%.

### **3. Marco referencial**

Para orientar esta investigación se requiere un marco de fundamentos que permitan abordar el problema y sustentar los hallazgos. Esta sección se divide en tres partes, así: la primera enuncia los aspectos teóricos con relación al capital humano, la desigualdad y el cuidado de la salud humana. La segunda presenta los aspectos legales en torno a la igualdad de oportunidades en Colombia y la norma de gestión del talento humano en salud. Finalmente, se introduce el contexto de este fenómeno expuesto en la literatura internacional y nacional, así como sus métodos y principales hallazgos.

#### **3.1. Aspectos teóricos**

##### **3.1.1. *Teoría del Capital Humano***

Históricamente, se entiende por capital las inversiones realizadas en activos físicos como maquinaria y equipos. Los factores de producción considerados en el análisis económico clásico eran la tierra, el capital y la fuerza de trabajo. Sin embargo, este concepto se ha ampliado para involucrar otros activos inmateriales incorporados en el conocimiento y habilidades de las personas, que hoy conocemos como capital humano. Este fue inicialmente acuñado por Theodore W. Schultz en su conferencia pronunciada en 1960 en la *American Economic Association* como una inversión de los seres humanos en sí mismos, para aumentar su campo de posibilidades y, así mismo, trazar un camino para mejorar su bienestar. De este modo, un trabajador que se inserta en el sistema productivo aporta más que su fuerza y su habilidad natural; también aporta un conjunto de conocimientos adquiridos principalmente por la educación, mostrando así la importancia de la educación sobre la productividad.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

El capital humano es el activo intangible más importante de una organización y se define como el conjunto de capacidades que reside en las personas para afrontar las situaciones de las empresas, en otras palabras, generar valor. Adicionalmente, el capital humano es de alta relevancia dado su papel crucial para la innovación, lo cual, a su vez, es un factor clave para las instituciones de salud. De este modo, el reto es captar el capital humano y retenerlo para contribuir a la mejora y la operación del servicio de salud (Álvarez et al., 2021).

La Teoría de Capital humano es el instrumento de referencia para el análisis de los determinantes de las rentas salariales basadas en el conocimiento y las habilidades de las personas, dado que son activos económicos valiosos (Schultz, 1961). Becker (1993) argumenta que las personas invierten en sí mismos a través de la educación para mejorar sus conocimientos y habilidades productivas, esperando un retorno a modo de mayores ingresos en el futuro. Estas inversiones están basadas en una decisión racional de incurrir en costos esperando generar beneficios. Sin embargo, el mercado laboral puede otorgar distintos valores por características como el género, la nacionalidad, la raza, entre otros, desaprovechando así el potencial de ciertos trabajadores. Becker también indica que los salarios se relacionan con la productividad individual, pero los roles tradicionales de género pueden afectar tanto las decisiones educativas como el monto salarial, lo que resulta en una brecha salarial entre hombres y mujeres. Esta dinámica social configura las expectativas de rendimiento de la inversión educativa, causando un impacto en las trayectorias profesionales de mujeres y hombres.

El acceso a protección social y bienestar se encuentra relacionado al nivel de ingresos, el cual depende de las habilidades adquiridas por los individuos a través de la educación y la experiencia. Este vínculo resalta la importancia estratégica de la inversión en capital humano como motor para el crecimiento económico y el bienestar social. La evidencia sugiere que, en las

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

sociedades con niveles bajos de desarrollo, los trabajadores perciben remuneraciones bajas, destinando gran parte de este recurso a satisfacer necesidades básicas. Esto limita el acceso a servicios esenciales que pueden mejorar la calidad de vida, dejando en claro la necesidad de las naciones de construir capital humano como herramienta para superar desafíos y desigualdades sociales (Cardona et al., 2007).

### **3.1.2. *Determinantes del capital humano***

La educación y la formación son fundamentales para el desarrollo de los individuos y proporcionan un marco para entender la evolución de la productividad y los ingresos en el tiempo (Mincer, 1958). Las decisiones de los individuos por invertir en educación inciden positivamente en el salario dado que generan una mayor productividad laboral. Por lo tanto, se espera un mayor nivel de ingresos a mayor nivel de escolaridad. De otra parte, la edad también es una característica importante a la hora de determinar los salarios y la evidencia muestra que sus efectos no son lineales, es decir, el salario aumenta con la edad, pero cada vez en menor medida (Hernández, 1995). La experiencia laboral propicia seguridad en la realización de un trabajo, aportando así a una mayor productividad y presenta un efecto análogo a la edad sobre el salario (Varela Llamas et al., 2016).

El tipo de ocupación es un elemento clave del nivel de ingresos, usualmente asignado a hombres y mujeres de acuerdo con las características observables del individuo (Amarante & Espino, 2004). El tamaño de la empresa tiene relación con su poder en el mercado, la educación y formación de los trabajadores y el uso de tecnologías. De este modo, el capital físico de la empresa presenta una fuerte relación con su capital humano y, por lo tanto, su productividad (Álvarez et al., 2021).

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Para Becker (1993), las características familiares juegan un papel importante e influyente en la acumulación y rendimiento del capital humano, lo cual permite entender mejor las trayectorias educativas y profesionales de las personas al igual que los resultados económicos en sus vidas. El mismo autor menciona la tenencia de hijos como una carga de responsabilidad mayor en las mujeres que puede condicionar su participación en el mercado laboral (Fernández, 2006). La responsabilidad por tenencia de hijos menores contribuye al origen de brechas de género, como la prevalencia de las mujeres en ocupaciones con menores niveles de liderazgo. Esto debido a que el cuidado de los hijos está asociado tradicionalmente con el rol femenino, mientras que el liderazgo masculino percibe mejor recompensa y se entiende como un mayor compromiso con la actividad laboral (Adsera & Querin, 2023).

Para los trabajadores colombianos, (Pérez et al., 2021) encuentra que tener un nivel de formación técnica o tecnológica puede representar un incremento de salario de 31% y 41% respectivamente sobre quienes sólo cuentan con nivel de escolaridad primaria y, de igual forma, quienes cuentan con formación universitaria y posgrados obtienen salarios 84% y 130% superiores. De otra parte, los incrementos de edad y experiencia también están relacionados con incrementos en el salario, pero en menor medida que la formación.

### **3.1.3. *La segregación ocupacional***

Existe una variedad de teorías sobre las causas de la segregación ocupacional entre sexos, pero ninguna ofrece una explicación completa al respecto. La teoría del capital humano sostiene que las mujeres asumen menores riesgos al participar en el mercado laboral debido a que su salario ocupa un segundo lugar dentro de la renta familiar y dado esto invierten menos en capital humano. Adicionalmente, los roles sobre las responsabilidades domésticas y del hogar como el embarazo y el cuidado de los hijos influyen en la decisión de optar por ocupaciones que no demandan una

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

inversión constante en habilidades específicas o aquellas cuya interrupción no comprometa significativamente su productividad. Como resultado, la tendencia es concentrarse en sectores y ocupaciones que ofrecen remuneraciones más bajas en promedio que aquellas donde se concentran los hombres, intensificando así las brechas salariales (Erosa et al., 2016).

Las explicaciones no económicas o feministas recurren a premisas basadas en las desventajas que sufren las mujeres como reflejo de la subordinación que les asigna la sociedad (Anker, 1997). Así, la concentración de mujeres en ocupaciones secundarias se explica como una extensión de las tareas que realizan en el hogar como reflejo de su posición subordinada.

Se conocen dos tipos de segregación ocupacional que son la horizontal y la vertical. La segregación horizontal se entiende como el hecho de que hombres y mujeres se concentren en distintas ocupaciones o sectores, que al ser de predominancia femenina presentan remuneraciones inferiores. Este tipo de segregación contribuye a explicar las brechas salariales, sin embargo, las brechas salariales dentro de las ocupaciones se mantienen relevantes. Lo anterior se complementa con la segregación vertical que se observa en la escala jerárquica del ámbito laboral cuando, pese a aumento del nivel educativo y experiencia de las mujeres, se encuentran subrepresentadas en puestos de mayor jerarquía y remuneración. Esta barrera se conoce como techo de cristal y explica en buena parte la brecha de ingresos, principalmente en los mayores niveles educativos (Sophie Ponthieux, 2015).

### **3.1.3.1. El techo de cristal**

El techo de cristal es una expresión a manera de metáfora que representa los mecanismos sutiles de discriminación a través de obstáculos contra el desarrollo profesional de las mujeres, dando origen a límites y topes difíciles de sobrepasar. De este modo, a pesar de que las mujeres han presentado un incremento vertiginoso de nivel formativo y de participación en el mercado

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

laboral, el resultado no ha sido el mismo en cuanto al acceso a posiciones de poder y toma de decisiones, debido a barreras invisibles y efectivas que impiden el escalamiento profesional de las mujeres y así surgen explicaciones que se vuelven contra ellas por el lado de los intereses y motivaciones personales (Ramos et al., 2002).

La feminización profesionalizada ha transformado el mercado laboral hacia un incremento de la participación de las mujeres en ocupaciones que requieren estudios universitarios completos (Catterberg et al., 2018). Gracias a este fenómeno, los trabajadores jóvenes colombianos se observa una mayor proporción de mujeres con educación universitaria y de posgrados que la de hombres que cuentan con estos niveles académicos. Sin embargo, ellas obtienen salarios de 28% menos que los hombres con el mismo nivel, lo que sugiere la existencia de un techo de cristal para las mujeres entre los trabajadores altamente calificados (G. García et al., 2020).

### **3.1.4. Género y desigualdad**

El género, según UNICEF (2017), comprende las características sociales, culturales y económicas asignadas por la sociedad a los individuos basadas en su sexo. Estas construcciones sociales determinan roles y posiciones, relegando a las mujeres a actividades de cuidado y reproducción, mientras que los hombres se involucran en tareas de liderazgo, fuerza y asertividad. Estos estereotipos han influido en la feminización de actividades económicas relacionadas con el cuidado y los servicios, mientras que los hombres se han sobre representado en ocupaciones de liderazgo y prestigio que obtienen mayor remuneración (Lamas, 2007).

La igualdad de género significa que niños, niñas, hombres y mujeres gocen de los mismos derechos, oportunidades y protecciones, lo cual es esencial para la paz, el desarrollo y la sostenibilidad de las sociedades. Las mujeres y niñas se ven expuestas a discriminación y violencia en diversos ámbitos, lo que limita sus oportunidades y aspiraciones. La desigualdad de género es

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

un fenómeno que da origen a discriminación de las personas debido a su género, causando desigualdades eventualmente innecesarias y evitables, dado esto se acude a la equidad para reconocer equivalencia en derechos para todos (OPS, 2022).

La desigualdad también se presenta en el ámbito profesional, donde las mujeres suelen enfrentar mayores obstáculos para acceder a mejores puestos de empleo que los hombres. Incluso en países con altos niveles igualitarios en oportunidades básicas, el ascenso profesional resulta problemático para las mujeres. En cuanto a la atención en salud, la desigualdad de género se manifiesta en los cuidados de salud que se otorgan a hombres y mujeres, lo que da origen a tasas de mortalidad diferentes en distintos momentos de la vida para unos y otros. Sin embargo, existen factores que contribuyen a mejorar la posición de las mujeres y elevar su voz en las decisiones, como la independencia económica, el nivel de escolaridad y la disminución de la fertilidad (Sen, 2002). Para el caso de los jefes de hogar colombianos, Pérez et al., (2021) muestra que un jefe de hogar hombre obtiene salarios de 15% mayores que sus pares mujeres y, adicionalmente, para grupos de igual nivel educativo los ingresos obtenidos por los hombres son superiores a los de las mujeres.

### ***3.1.5. Igualdad de oportunidades y enfoque de capacidades***

El economista y filósofo Amartya Sen (1992) plantea que, aunque la premisa utilitarista de otorgar igual peso a los intereses de todas las partes refleja un intento de equidad, no responde plenamente a qué aspectos de la igualdad deben ser exigidos o valorados. La diversidad en cuanto a características personales y circunstancias externas de los individuos hace que una igualdad basada sólo en ingresos pueda ser inadecuada para medir el bienestar real o las capacidades de las personas. La desigualdad de ingresos no necesariamente muestra la desigualdad de oportunidades,

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

ya que esta última está condicionada por diferencias personales y sociales que afectan las capacidades de cada persona para convertir los recursos en bienestar.

La relevancia de una persona en la sociedad no sólo se evalúa en función de los logros obtenidos, sino también la libertad real para alcanzarlos. En este contexto, el logro se refiere a la materialización de los objetivos, mientras que la libertad representa la oportunidad efectiva para alcanzar lo que se valora. Sen describe la forma en que los logros pueden ser evaluados, ya sea por la utilidad, la opulencia o la calidad de vida, y que gracias a la “perspectiva de la selección” se explora la amplitud de realizaciones y la capacidad de elección. De este modo, aunque la igualdad en posesión de recursos sugiere un avance hacia mayor libertad, las diferencias en las características personales y contextuales de los individuos afectan la capacidad de transformar estos recursos en libertades efectivas y logros, dando paso a problemas de conversión que introducen complejidades sociales.

Por su parte, las capacidades son las distintas combinaciones de funcionamientos que puede alcanzar una persona y que reflejan así la libertad de elegir un tipo de vida. Según este enfoque, mientras los funcionamientos constituyen el bienestar, la capacidad representa la libertad del individuo para elegir entre alternativas de vida. De este modo, vivir una vida en la que se pueden hacer elecciones genuinas enriquece la experiencia humana. Sin embargo, la posesión de medios no garantiza que una persona pueda convertirlos en su bienestar deseado, debido a factores personales o sociales.

La autora Martha Nussbaum (2012) presenta las capacidades como un enfoque de desarrollo humano, que considera múltiples aspectos fundamentales para la calidad de vida humana. Nussbaum define las capacidades como un conjunto de oportunidades para elegir y actuar, así permiten a los individuos diversidad de posibilidades de elección en un entorno y espacio

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

propicio para el despliegue de estas libertades, que no son meras habilidades internas, sino que están complementadas con oportunidades dadas por el entorno político, social y económico. Define las capacidades combinadas como aquellas que ponen en relación las capacidades de las personas con su entorno, y las capacidades internas como los rasgos, aptitudes y demás que interactúan con el entorno, siendo estas últimas un elemento esencial que potencializa las primeras. La autora enfatiza en que los objetivos políticos apropiados deben ser las capacidades ya que son éstas las que garantizan la existencia de un espacio para el ejercicio de la libertad humana.

Es así como el análisis de la diferencia salarial entre hombres y mujeres del sector salud colombiano es una cuestión económica que revela las desigualdades estructurales que, a su vez, limitan las oportunidades y elecciones disponibles para las mujeres, a pesar de su creciente participación y profesionalización. Al identificar los componentes de la brecha salarial atribuibles a capital humano y factores no explicados, se hace visible las restricciones de agencia femenina y, por ende, a sus capacidades y su libertad efectiva para realizar su potencial.

### **3.1.6. Factores no observados y discriminación**

Desde el origen de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se promulgaba el principio de “igual salario por trabajo de igual valor”. Sin embargo, la misma OIT reconoce que el progreso para lograr esta meta ha sido lento. A partir de esto, la brecha salarial de género es un asunto que ha ganado relevancia en la investigación económica desde la segunda mitad del siglo XX. Desde esta época, en América Latina y en todo el mundo, las mujeres se han incorporado de manera creciente al mercado laboral, pero se han encontrado con desventajas en sus condiciones laborales frente a los hombres, a lo que se suma que sufren mayores índices de desempleo,

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

informalidad y relegación a ocupaciones de baja jerarquía, valor social y de menor retribución económica (Lexarta et al., 2019).

De acuerdo con la teoría del capital humano, el salario que recibe un trabajador está determinado por sus dotaciones de características productivas (nivel educativo, experiencia laboral, entre otras). En este marco, las diferencias salariales entre trabajadores deberían explicarse sólo por diferencias en dichas dotaciones. De este modo, cuando se tienen brechas salariales entre grupos que poseen características productivas semejantes, estas diferencias se atribuyen a factores no observados, no medidos o distintos al capital humano, lo que sugiere una posible existencia de discriminación o valoración diferenciada de las dotaciones en el mercado laboral (Blau & Kahn, 2000).

La discriminación surge como apéndice del estudio de las diferencias salariales que se presenta cuando individuos con las mismas características productivas obtienen un pago salarial diferente, sistemáticamente relacionado con otras características no económicas como la raza, el sexo, la religión, etc. Sin embargo, no todas las diferencias salariales son debidas a la discriminación. En algunos casos se tienen personas de diferentes grupos que presentan productividades diferentes, en otros casos, existen diferencias salariales asociadas a las preferencias conocidas como diferencias compensatorias (Tenjo et al., 2009).

Los roles femeninos establecidos socialmente configuran prejuicios que se institucionalizan en la cultura organizacional a modo de preferencias que posteriormente segregan, obstaculizan y subestiman salarialmente la labor de las mujeres. De este modo, en la ecuación (1) se tiene: el salario del grupo no discriminado ( $w_i$ ) es igual a la suma del salario del grupo discriminado ( $w_j$ ) y un coeficiente de discriminación ( $d$ ), que los empleadores están dispuestos a pagar al grupo de preferencia, entendido como la brecha salarial (Becker, 1957).

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

$$W_i = W_j + d \quad (1)$$

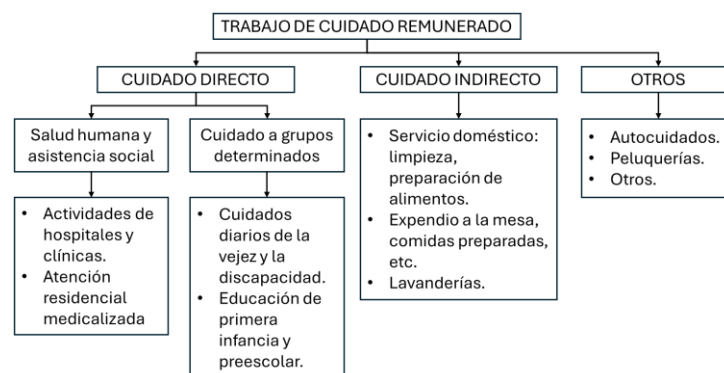
Es así como la diferencia entre los salarios de los trabajadores se debe a que el mercado no sólo asigna valor a las características productivas, sino también a características personales. En síntesis, la teoría permite ver las disparidades salariales desde distintas causas, como son: diferencias en dotaciones de capital humano, segregación hacia puestos de trabajo de menor valor social y reconocimiento económico y discriminación hacia un grupo de trabajadores.

### 3.1.7. *El trabajo de cuidado*

El trabajo de cuidado comprende aquellas actividades destinadas a garantizar el mantenimiento cotidiano, físico y emocional de las personas, incluyendo el trabajo doméstico y reproductivo. Estas labores se realizan de manera directa o indirecta y pueden ser proveídas por cuatro actores: el Estado, el mercado, las organizaciones no gubernamentales y los hogares. En la siguiente figura se ilustra la estructura del trabajo del cuidado remunerado (Herrera-Idárraga et al., 2020).

**Figura 3**

*Estructura del trabajo remunerado en el cuidado de la salud humana*



*Nota:* Esta figura muestra las ramas del trabajo de cuidado remunerado y el desglose para el cuidado directo e indirecto y otros. Elaboración propia

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Este estudio se enfocará en el trabajo de cuidado remunerado directo de la salud humana que es contratado y proveído por el Estado, el mercado y las organizaciones no gubernamentales en los que labora el talento humano en salud del país.

### **3.2. Marco legal y normativo**

#### **3.2.1. *Igualdad de oportunidades***

En Colombia la Ley 823 de 2003 dicta igualdad de oportunidades como asunto inalienable, imprescriptible e indivisible de los derechos humanos y libertades fundamentales, para lo cual se deberán garantizar el principio de igual trabajo igual remuneración, asegurando la no discriminación salarial de las mujeres. El Decreto 4798 de 2011 establece una serie de acciones que buscan promover en las instituciones mecanismos que contribuyan a la sensibilización, prevención y sanción de las formas de discriminación y violencia contra las mujeres.

La Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres: Hacia el desarrollo sostenible del país, establecida por el CONPES 4080, busca generar condiciones para avanzar hacia la equidad de género y garantizar los derechos económicos, sociales, culturales, de participación y de salud de las mujeres. En este contexto, el análisis de la brecha salarial que afecta a las mujeres del sector salud colombiano contribuye a abordar las disparidades y proporcionar evidencia para fortalecer las estrategias esta política pública, orientadas a eliminar las barreras que limitan la participación equitativa de las mujeres en el desarrollo económico y social del país.

#### **3.2.2. *Talento humano en salud***

La Ley 1164 de 2007 dicta las disposiciones en materia de talento humano en salud y lo define como aquel personal que labora en organizaciones dedicadas a actividades de promoción, educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

enfermedad para los habitantes del territorio colombiano. Este personal debe estar inscrito en el Registro Único de Talento Humano en Salud (ReTHUS), según la misma Ley, por lo cual se entiende que dichas personas se encuentran autorizadas para ejercer en el área de la salud. De este modo, se reconocen dos tipos de instituciones educativas: Para el trabajo y el desarrollo humano (auxiliar) y de educación superior (técnico, tecnológico y universitario). Dentro de estas, se pueden impartir cinco tipos de programas: auxiliar (5 programas), técnico profesional (2 programas), tecnológico (7 programas) y universitario (13 programas) (Minsalud, 2016). A continuación, se enuncian las ocupaciones reconocidas en cada nivel:

- Auxiliar: Auxiliar administrativo en salud, auxiliar en enfermería, auxiliar en salud oral, auxiliar en salud pública, auxiliar en servicios farmacéuticos.
- Técnico profesional: Técnico profesional en atención prehospitalaria, técnico profesional en citohistología.
- Tecnología: en atención prehospitalaria, en citohistología, en regencia de farmacia, en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, en radiodiagnóstico y radioterapia, en radiología e imágenes diagnósticas, en radioterapia.
- Universitario: Bacteriología, enfermería, fisioterapia, fonoaudiología, gerontología, instrumentación quirúrgica, medicina, odontología, optometría, psicología, terapia ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica.

### **3.3. Antecedentes**

Tras el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, las brechas salariales entre hombres y mujeres se han hecho visibles hasta tomar importancia en las investigaciones económicas de las últimas décadas. Si bien las cifras en los países con alto nivel

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

de ingresos muestran mayor paridad en los salarios, para el contexto nacional de Colombia el panorama requiere atención. Algunos estudios relevantes que abordan este fenómeno se enuncian a continuación junto con sus principales hallazgos, comenzando por el contexto internacional para luego abordar el ámbito local.

Un análisis sobre la feminización del personal sanitario y sus condiciones salariales realizado por Shannon et al., (2019) en 25 países entre los años 2006 y 2014 mostró una tendencia a la feminización de la fuerza laboral de este sector. Dentro de sus resultados se aprecia una creciente diferencia salarial entre hombres y mujeres, donde los ingresos del personal masculino han llegado a ser hasta un 36% superiores que los de las mujeres del mismo sector.

El personal médico de Irán no es ajeno a este fenómeno y fue analizado por Homaie et al., (2019) mediante la descomposición de Oaxaca – Blinder. Se encontró una brecha salarial del 30% donde un 7,14% se debía a factores sistemáticos y culturales que no fueron detectados por los predictores del estudio. Las mayores brechas se presentaron en las especialidades de ortopedia quirúrgica, medicina de emergencias y cardiología.

En Estados Unidos, una investigación realizada por Barry (2021) utilizando la Encuesta de la Comunidad Estadounidense se llevó a cabo para estimar los salarios promedio de hombres y mujeres del sector salud. Se aplicó una regresión por cuantiles ajustando por características demográficas, ocupacionales y de total de horas trabajadas. Sus resultados revelaron que los trabajadores de cuidados directos del paciente, como la enfermería, obtienen los salarios más bajos del sector. Así mismo, se observó que las mujeres con las mismas características productivas que los hombres obtienen menores salarios que estos. En este mismo país, (Chen et al., (2021) estudió este mismo fenómeno en el periodo 2010 – 2018, aplicando una regresión para estimar los salarios. Se observó que la ubicación es un factor altamente influyente en los salarios debido al diferencial

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

de ingreso que causa el costo de vida. La brecha en el periodo estudiado disminuyó desde un 13% hasta el 9,2% a favor de los hombres, y de ésta la parte no explicada se ubicó entre el 1% y el 3,5%.

También en Estados Unidos, Frogner & Schwartz, (2021) investigaron los determinantes de las diferencias salariales en el personal de salud dadas por raza, etnia y sexo entre los años 2011 y 2018. Los autores aplicaron la descomposición Oaxaca – Blinder para la estimación y se encontraron diferencias significativas en los salarios. Se evidenció que el personal médico tiene mayor representación masculina y percibe los mayores ingresos, mientras que el personal auxiliar y asistente es altamente feminizado y reportan los ingresos más bajos. También se observó que la raza y la etnia pueden incrementar la brecha salarial si además se identifican como mujeres.

En Canadá, un estudio realizado por Gupta et al., (2022) analizó las diferencias salariales del personal de la salud que participan en labores no clínicas como investigación para políticas de salud en el año 2016 con edades entre 25 y 54 años. Mediante la descomposición de Oaxaca – Blinder se encontró una brecha de 4,8% a favor de los hombres, así como también se obtuvieron menores ingresos para las personas que inmigraron en la adultez comparado con sus pares que inmigraron en la niñez. Estos mismos autores aplican nuevamente la metodología Oaxaca – Blinder para determinar los factores que explican la brecha salarial en las posiciones de mando en el sector salud canadiense (Gupta et al., 2023). De este modo encontraron que las mujeres en altas posiciones devengan entre 0,83 y 0,89% de cada dólar que recibe un hombre en su misma posición y que sólo entre el 2 y el 11% de la brecha se mantiene explicada por características observables.

Los autores Montañez-Hernández et al., (2020) exploraron los problemas de desempleo, subempleo y desperdicio de mano de obra para el personal médico y de enfermería en México mediante la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Sus hallazgos mostraron que la tasa anual

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

promedio de empleabilidad es menor para las mujeres que para los hombres y que el subempleo y la ineficiencia de utilización de mano de obra de mujeres médicos y enfermeras es mayor que para los hombres. Se destacó que una mayor parte de las mujeres dedica más tiempo a las actividades domésticas que sus pares masculinos. Se encontró un déficit de profesionales de salud para alcanzar la meta de 4,45 profesionales de este sector por cada mil habitantes que propone la Organización Mundial de la Salud.

En Colombia, las brechas salariales entre hombres y mujeres se han analizado usando datos de la Gran Encuesta de Hogares del DANE, mediante la aplicación de ecuaciones de Mincer y el método de descomposición de Oaxaca – Blinder. Algunos ejemplos de estos trabajos son el de Cerquera et al., (2019) que encontró una brecha neta del 13,46% a favor de los hombres, aun cuando las mujeres mostraron mejores características productivas. Por su parte, (Cortés Aguilar & Flórez Vera, 2016) hallaron una brecha entre el 25% y el 30% principalmente asociada a discriminación y factores no observados. Sus resultados dieron cuenta de que variables como la experiencia y el tamaño de la empresa favorecen en mayor medida a las mujeres por entrenamientos y capacitaciones, mientras que los años de educación y la edad favorecen a los hombres. En cuanto a aspectos desfavorecedores para las mujeres, se encuentra la informalidad y la tenencia de hijos menores de seis años.

Un estudio pionero sobre la discriminación y exclusión de las mujeres trabajadoras del sector salud colombiano se llevó a cabo por E. García & Tapias, (2013) utilizando la Gran Encuesta de Hogares del año 2008 y posteriormente con un enfoque microsocioeconómico para involucrar información cualitativa de actores involucrados en el sector. Sus hallazgos mostraron una alta segmentación vertical del sector al mismo tiempo que las empresas dan cuenta de no contar con vacantes afirmativas o políticas de equidad de género, además de que se aplican métodos discrecionales

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

para la selección de cargos directivos contribuyendo así a la discriminación. También encontraron que el trabajo realizado por mujeres y hombres no fue igualmente remunerado, evidenciando una brecha explicada principalmente por años de educación (27,7%) y la variable sexo en relación inversa (3,8%).

Las autoras Florián et al., (2022) realizaron una caracterización y análisis de la composición del talento humano en salud, así como sus brechas salariales entre hombres y mujeres, basándose en la Gran Encuesta de Hogares del DANE y el Registro Único de Talento Humano en Salud para los años 2019 y 2020. Se encontró que el sector salud colombiano está compuesto en su mayoría por mujeres, con un 80,3% de participación en general con gran concentración femenina en los niveles básicos, tendencia que se revierte en los niveles profesional y posgrado. La brecha se ubicó en 12,8% en promedio con relevancia en los extremos: auxiliar y especialista. Una mayor parte de las mujeres del sector (88,7%) reportaron realizar trabajo doméstico frente al 60% de los hombres.

Los estudios revisados frente al fenómeno de las diferencias salariales por género en el sector salud dejan ver la importancia de agrupar las ocupaciones y realizar un análisis descriptivo e inferencial de cada grupo para determinar la existencia de las brechas. Así mismo, las características sociodemográficas y laborales como el nivel de educación, la situación marital, los años de experiencia y de edad, entre otros, permiten mayor entendimiento de la situación. El método de descomposición de Oaxaca – Blinder fue de gran utilidad para conocer las razones que explican las brechas, así como ese componente no explicado que puede estar relacionado a aspectos culturales, sistemáticos o de discriminación, no sólo en cuanto al género, sino también por características interseccionales como la raza, la etnia o incluso la nacionalidad.

Esta revisión de antecedentes muestra que, a pesar del creciente número de investigaciones sobre brechas salariales por género, pocos trabajos estudian esta problemática en el sector salud

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

colombiano. Por lo tanto, esta investigación busca abordar las cuestiones al respecto para contribuir a un entendimiento más profundo y preciso del fenómeno en el país. En la siguiente sección se presenta la metodología a implementar para llevar a cabo este trabajo.

#### **4. Metodología**

Para realiza esta investigación se utilizó como fuente de información una operación estadística del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y una estrategia metodológica desplegada en varias etapas. En esta sección se presenta la fuente de datos, las variables empleadas para el análisis estadístico y econométrico y las etapas metodológicas aplicadas.

##### **4.1. Datos**

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron los datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE, que está conformada por muestras mensuales independientes que se agrupan trimestralmente. Esta operación estadística se aplica a personas y hogares en todo el territorio nacional para medir aspectos relacionados con las características sociales y demográficas, del mercado laboral y la pobreza del país, proporcionando información sobre la fuerza laboral, la tasa de ocupación y desocupación, rama de actividad de los trabajadores y su remuneración, entre otras.

En los años 2023 y 2024, esta operación estadística contó con 885.373 y 884.960 observaciones respectivamente. De estos se utilizaron los módulos: Características generales, seguridad social en salud y educación, Ocupados, Fuerza de trabajo y No ocupados.

Luego de organizar las bases por años se dio paso a la construcción de las variables utilizadas en este trabajo. Para ello, resulta necesario detallar la rama de actividad objeto de análisis y realizar algunas precisiones conceptuales. La agrupación de las bases de datos, la construcción de variables y el análisis estadístico fue realizado en el software Stata 15.1.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

### 4.2. Actividades de cuidado de la salud humana en el CIU Rev. 4 del 2022.

Las actividades del talento humano en salud se encuentran clasificadas en la sección Q del Código Internacional Industrial Uniforme revisión 4 del 2022. Esta sección la conforman la prestación de servicios del cuidado de la salud humana (rama 86) y de asistencia social (rama 87), las cuales abarcan un amplio espectro de actividades desde servicios de salud prestados por profesionales en instituciones como hospitales y otros de asistencia social sin la participación de profesionales de la salud, pero con un componente importante de atención a la salud. En la tabla siguiente se listan estas actividades.

**Tabla 1**

*Ramas y actividades del cuidado de la salud humana según el CIU Rev. 4.*

<b>División</b>	<b>Actividad</b>
División 86: Actividades de atención con internación	8610 actividades de hospitales y clínicas, con internación
	8621 actividades de la práctica médica, sin internación
	8622 actividades de la práctica odontológica
	8691 actividades de apoyo diagnóstico
	8692 actividades de apoyo terapéutico
	8699 otras actividades de atención de la salud humana
División 87: Actividades de atención residencial medicalizada	8710 actividades de atención residencial medicalizada de tipo general
	8720 actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas
	8730 actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas
	8790 actividades de atención en instituciones con alojamiento

### 4.3. Informalidad laboral

Cuando una relación laboral no está sujeta a la legislación nacional se dice que existe informalidad laboral. Este tipo de empleo no cumple con el pago de impuestos, no cuenta con cobertura de protección social de salud y carece de otras prestaciones relacionadas con el empleo. Los contratistas dependientes son trabajadores que cuentan con acuerdos contractuales para proveer bienes o servicios a alguna unidad económica, sin ser empleados de esta. Dentro de sus

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

características se encuentra que son dependientes de esa unidad económica en términos operativos (organización del trabajo) y económicos (acceso al mercado y fijación de precios), por lo tanto, son ocupados por beneficios y su pago se realiza por una transacción comercial. Así mismo, están a cargo de organizar su seguro social de salud y demás cotizaciones asociadas (OIT, 2019). En la tabla siguiente se enlista los criterios de informalidad laboral enunciados por el DANE y la OIT.

**Tabla 2**

*Criterios de informalidad laboral definidos por la OIT y el DANE*

Entidad	Criterios
<b>DANE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los empleados particulares y los obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta cinco personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono y/o socio.</li><li>• Los trabajadores familiares sin remuneración.</li><li>• Los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares; • Los empleados domésticos.</li><li>• Los jornaleros o peones.</li><li>• Los trabajadores por cuenta propia que laboran en establecimientos hasta cinco personas, excepto los independientes profesionales.</li><li>• Los patronos o empleadores en empresas de cinco trabajadores o menos.</li></ul>
<b>OIT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajadores por cuenta propia y empleadores que trabajan en sus propias empresas del sector informal, es decir, (empresas de hogares que no están constituidas en sociedad, con al menos una parte de la producción destinada al mercado, que no están registradas o en que el número de asalariados es reducido (p. ej., menos de cinco asalariados),</li><li>• Todos los trabajadores familiares auxiliares.</li><li>• Los asalariados que ocupan empleos informales, es decir, los asalariados que no están protegidos por el derecho del trabajo o cubiertos por la seguridad social como asalariados o que no tienen derecho a otros beneficios del empleo como vacaciones anuales pagadas o licencia por enfermedad.</li><li>• Los miembros de cooperativas de productores informales (no constituidas como entidades legales).</li><li>• Los trabajadores por cuenta propia que producen bienes exclusivamente para el uso final propio de su hogar (si están ocupados).</li></ul>

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los criterios de informalidad de la OIT y el DANE

Según estas pautas, el empleo informal está definido en términos de las características de las unidades productivas (enfoque empresarial), en lugar de las características de las personas ocupadas o empleados (enfoque laboral), con el fin de incluir el empleo informal en el sistema de cuentas nacionales y medir su contribución al PIB del país (DANE, 2009). Entonces, el empleo informal se define como “un conjunto de unidades dedicadas a la producción de bienes o prestación de servicios con la finalidad primordial de generar ingresos para las personas que participan en esa actividad. Por lo general, estas unidades funcionan a pequeña escala, con una organización

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

rudimentaria en la que hay muy poco o ninguna distinción entre el trabajo y el capital como factores de producción”. En otras palabras, el empleo informal son las actividades económicas que operan a través de los recursos de los hogares, sin constituirse como persona jurídica o empresa independiente del hogar.

### **4.4. Construcción de variables**

Tras descargar los módulos de interés de la base GEIH de todos los meses, se agruparon de forma separada para cada año del estudio. Para identificar las personas cuya rama de actividad económica pertenece al sector del cuidado de la salud humana se creó una variable dicotómica a partir de la variable que así lo indica en la base de datos. Las actividades de este sector se identifican con las ramas 86 y 87 del CIIU actual, tal como se detalló en la sección 4.2.

Se utilizó la variable de ingreso laboral para calcular el logaritmo natural del nivel de ingresos de cada trabajador que se usará como variable dependiente en los modelos. Dentro de las variables que determinan las características observables de los individuos se calculó el máximo nivel educativo de los trabajadores y sus años de educación.

La informalidad se calculó haciendo uso de los parámetros de informalidad usados por el DANE que se mencionaron el apartado anterior, para lo cual fue necesario involucrar variables que determinan si la persona es asalariada, independiente sin negocio, independiente con negocio formal o informal y otros característicos de la unidad productiva. De aquí se generó una variable dicotómica que determina si el trabajador es informal.

En cuanto a los aspectos laborales se procedió así: para determinar el tamaño de la empresa se hizo uso de la variable que indica la cantidad de personas que laboran allí. De este modo, se

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

clasificaron en microempresa, pequeña, mediana y grande. A esto se suma la variable tiempo en el empleo, para evaluar la permanencia del empleado en el cargo actual.

En los aspectos familiares se identificó la tenencia de hijos menores de 6 años y en otra variable la tenencia de hijos con edades entre 7 y 18 años. Adicionalmente, mediante variables dicotómicas se determinó aquellos que conviven con pareja, así como quienes son jefes del hogar.

Otras variables importantes que se tuvieron en cuenta fue el contexto urbano o rural y el sexo masculino o femenino para determinar la existencia de brecha salarial. El listado de variables involucradas en los modelos se muestra a continuación:

**Tabla 3**

*Variables de los modelos econométricos*

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición</b>
Logaritmo Natural del ingreso laboral	Dependiente – continua	Nivel de ingresos laborales del trabajador
Nivel educativo	Explicativa - categórica	Máximo nivel educativo alcanzado
Años de educación	Explicativa – continua	Años de educación del trabajador
Edad	Explicativa – continua	Edad del trabajador
Tamaño de la empresa	Explicativa – categórica	Tamaño de la empresa según el número de trabajadores
Informalidad	Explicativa – dicotómica	Informalidad del trabajador
Horas de trabajo semanal	Explicativa – continua	Horas semanales de trabajo que labora el individuo
Tenure	Explicativa – continua	Tiempo de tenencia del empleo
Convive	Explicativa – dicotómica	El trabajador convive en pareja
Jefe de hogar	Explicativa – dicotómica	El trabajador es jefe de hogar
Hijos menores	Explicativa – dicotómica	El trabajador tiene hijos menores de seis años
Hijos grandes	Explicativa – dicotómica	El trabajador tiene hijos mayores de 6 años y menores de 18.
Rural	Explicativa – dicotómica	El trabajador pertenece al contexto rural
Sexo femenino	Explicativa – dicotómica	El trabajador es de sexo femenino
Sector salud	Descriptiva – dicotómica	El trabajador pertenece al sector del cuidado de la salud humana

*Fuente:* Elaboración propia a partir del diccionario de datos de la GEIH del DANE

Se considerará la población a un intervalo entre 18 y 70 años de edad. Adicionalmente, se tomarán en cuenta tres escenarios con propósito comparativo así: Sector Salud (SS), Ciudad

Capital y Principales departamentos (CCPD: estas locaciones se definen al revisar las principales concentraciones geográficas en la sección de resultados) y Mercado Laboral (ML).

### **4.5. Métodos econométricos**

#### **4.5.1. Modelo de Mincer**

Se establecerán dos ecuaciones tipo Mincer J, (1974) para analizar el salario en notación logarítmica como variable dependiente de las dimensiones de capital humano, base familiar y variables de empleo, una para la población de cada sexo. La expresión se muestra a continuación:

$$\ln(Y_i) = X_i\beta_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

Donde  $Y_i$  es el ingreso por hora del trabajador  $i$ ,  $X_i$  es el vector de características observables que miden el capital humano del trabajador  $i$ ,  $\beta$  es un vector de parámetros asociados que representa los retornos de los distintos tipos de capital humano, y  $\varepsilon_i$  es el término de perturbación aleatoria.

La estimación de las ecuaciones de Mincer se realiza por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) para medir los rendimientos sobre los ingresos que se obtienen por características de capital humano. Esta se aplica bajo el supuesto neoclásico del funcionamiento del mercado de trabajo, donde las empresas conocen la productividad marginal de cada trabajador y la competencia hace que los salarios sean acordes al nivel de productividad. Sin embargo, esta estimación presenta algunos problemas o estimadores sesgados e inconsistentes, por lo tanto, se sugiere realizar la operación por Mínimos cuadrados en dos etapas (MC2E).

#### **4.5.2. Corrección de Sesgo de selección**

Para corregir el posible sesgo de selección, se recurrirá a la técnica propuesta por Heckman (1979) que tiene la ventaja de corregir factores no observables que pueden influir en los

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

rendimientos de los individuos. Este método se desarrolla en dos etapas, de las cuales en la primera se estima la probabilidad de que una persona sea parte de la muestra analizada para identificar factores que afectan esta probabilidad de selección, de la cual se obtiene el término de corrección de selección. Posteriormente, este término se incorpora al modelo principal para ayudar a ajustar los resultados, lo que permite estimaciones más precisas y representativas del efecto de las variables explicativas sobre la variable dependiente (Rodríguez Pérez & Limas Hernández, 2015).

En el modelo de Mincer la muestra utilizada sólo permite observar los ingresos de los individuos que participan en el mercado de trabajo, pero no de aquellos que se encuentran inactivos o desempleados. Para corregir esto, Heckman propone introducir una variable que aproxime la probabilidad de participar en el mercado laboral para medir el efecto de selección muestral en la ecuación del salario.

*Etapas 1:* El primer paso es aplicar una regresión para la probabilidad de encontrarse ocupado mediante un modelo probit expresada así:

$$S_i = Z_i\gamma + u_i \quad (3)$$

$S_i$ : variable que indica la probabilidad de estar empleado en el sector de interés

$Z_i$ : variables explicativas

$\gamma$ : vector de coeficientes

$u_i$ : término de error

Si  $S_i = 1$ , el individuo se encuentra empleado, de lo contrario no  $S_i = 0$ .

Seguidamente se calcula el Ratio Inverso de Mills (IMR), así:

$$\lambda_i = \frac{\phi(Z_i\gamma)}{\Phi(Z_i\gamma)} \quad (4)$$

$\phi$ : es la función de densidad normal estándar,

$\Phi$ : es la función de distribución acumulada de la normal estándar,

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

$\lambda_i$ : representa la corrección por sesgo de selección

*Etapa 2:* En la segunda etapa se corrige la autoselección incorporando una transformación de esta probabilidad predicha del individuo como una variable explicativa adicional en el modelo de Mincer, como se muestra a continuación:

$$\ln(Y_i) = X_i\beta_i + \sigma_\lambda\lambda_i + \varepsilon_i \quad (5)$$

donde  $\lambda$  es el término de corrección del sesgo,  $\sigma$  la covarianza entre factores inobservables que afectan a la participación laboral y que influyen en el salario.

### 4.5.3. *Descomposición Blinder – Oaxaca*

La metodología de Oaxaca - Blinder parte del supuesto de que los efectos de las dotaciones de capital humano deberían ser similares en el salario de todos, independientemente del grupo al que pertenezcan (si dos grupos tienen el mismo nivel de capacidades productivas deberían recibir el mismo salario) (Vasconez, 2015). Por lo tanto, esta metodología es útil para comparar el ingreso de individuos de dos grupos, en este caso hombres y mujeres, mediante el análisis de la descomposición del diferencial salarial entre dos componentes: El efecto características que indica las diferencias en dotaciones de capital humano entre los sexos y el Efecto remuneración que indica las diferencias en los retornos de dichas dotaciones, este componente evalúa la posible discriminación por género ya que realiza una comparación entre el salario de hombres y mujeres con las mismas características productivas (Blinder, 1973).

$$\ln(Y_h) = X_h\beta_h + \sigma_\lambda\lambda_h + \varepsilon_h \quad (6)$$

$$\ln(Y_m) = X_m\beta_m + \sigma_\lambda\lambda_m + \varepsilon_m \quad (7)$$

Las ecuaciones (6) y (7) son las expresiones mincerianas para hombres y mujeres respectivamente. De este modo, el diferencial a estimar se expresa en la siguiente ecuación (8):

$$\ln(Y_h) - \ln(Y_m) = (X_h - X_m)\beta_h + X_m(\beta_h - \beta_m) + (\sigma_\lambda\lambda_h - \sigma_\lambda\lambda_m) \quad (8)$$

Donde  $\ln(Y_h) - \ln(Y_m)$  enuncia la diferencia salarial,  $(X_h - X_m)\beta_h$  estima la diferencia entre características observables que comprometen la productividad y  $X_m(\beta_h - \beta_m)$  las diferencias en remuneraciones por cada sexo con iguales características productivas. No obstante, este método no toma en cuenta si los individuos son comparables entre sí, lo cual ocasionaría una sobreestimación del componente no observado de la brecha.

Se deben realizar iteraciones de la estimación controlando por variables del capital humano y del empleo para evaluar las diferencias entre grupos similares y disminuir el sesgo y las limitaciones propias del modelo OB que pueden exagerar la brecha salarial. Posteriormente, al examinar los determinantes del ingreso por género se compararán la equivalencia de los signos de los coeficientes con los propuestos por la teoría del capital humano (Rodríguez Pérez & Limas Hernández, 2015).

Tras aplicar la descomposición se obtienen tres partes: la primera es atribuida a las características productivas, también conocida como “efecto dotación”. La segunda parte mide la contribución de los coeficientes a la diferencia en los valores esperados de la variable dependiente. Por último, se encuentra el término de dotación simultánea entre las dotaciones y los coeficientes de ambos grupos.

#### **4.5.4. Descomposición no paramétrica de Ñopo**

Los autores Atal et al., (2009) señalan tres aspectos a corregir de la metodología OB con respecto a la distribución de la diferencia salarial, la relación no necesariamente lineal entre características y salarios y el análisis de individuos comparables. Característica especialmente relevante cuando se analiza el mercado laboral del sector salud. Para corregir esto, mediante una

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

aproximación basada en el emparejamiento, se propone expresar la brecha salarial entre hombres y mujeres en cuatro elementos:

$$D = (D_x + D_M + D_F) + D_0 \quad (9)$$

En la ecuación (9) el elemento  $(D_x + D_M + D_F)$  corresponde a diferencias en las características observables divididas en tres grupos así:

$D_x$ : hombres y mujeres con soporte común de observables (pareados),

$D_M$ : hombres para los que no existe contrapartes femeninas (CEO effect) y

$D_F$ : mujeres para las que no existe contrapartes masculinas (maid effect)

$D_0$ : es la parte de la brecha que no puede explicarse por las características observables,

Esta última se puede atribuir a características no observables, incluyendo la discriminación.

Dentro de las ventajas que tiene esta técnica no paramétrica es que no asume suposiciones sobre la forma funcional de los datos. Los componentes  $D_x$  y  $D_0$  se aplican sólo entre unidades emparejadas sin extrapolación basada en modelos. En sus desventajas se encuentra que no permite desentrañar el componente explicado entre los predictores.

### **4.5.5. Triangulación de la información**

La metodología mencionada anteriormente integra tres formas cuantitativas de evaluar la brecha salarial entre los dos grupos de estudio. Sin embargo, para realizar un análisis más profundo e interpretar los resultados numéricos se procederá con una triangulación de hallazgos como se describe a continuación.

- i) Identificación de estudios cuantitativos relevantes: Se seleccionaron estudios de metodología cuantitativa pertinentes, para ser utilizados como puntos de comparación.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

- ii) Identificación de estudios cualitativos relevantes: Se seleccionaron estudios de metodología cualitativa cuyos hallazgos brindan una explicación a las brechas determinadas por los métodos cuantitativos.
- iii) Triangulación: la información obtenida de los estudios mencionados anteriormente se llevó a triangulación con los resultados que se obtuvieron mediante la implementación de los modelos econométricos descritos anteriormente. Esto proporcionó una visión más amplia con enfoque de convergencias y divergencias fundamentada en ambas aproximaciones metodológicas provistas por la literatura.

## 5. Resultados

Esta sección contiene los resultados de los análisis estadísticos y econométricos realizados. La primera parte presenta la composición de la fuerza laboral del talento humano del cuidado de la salud en Colombia. La segunda parte presenta los resultados de los modelos econométricos y la comparación de brechas entre escenarios y finalmente la triangulación de la información.

### 5.1. Composición de la fuerza laboral del sector salud en Colombia:

La fuerza laboral del sector está constituida por diez actividades agrupadas en dos ramas según la clasificación CIIU Rev. 4. Cada una tiene asignado un código de cuatro dígitos que se agrupan en las dos ramas correspondientes al sector. Rama 86: actividades de atención a la salud humana y rama 87: actividades de atención residencial medicalizada.

**Tabla 4.**

*Distribución del personal en las actividades del cuidado de la salud humana*

Actividad	Año 2023		Año 204	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
8610	415.270	45,1%	458.379	47,7%
8621	280.612	30,4%	276.344	28,7%
8622	65.017	7,1%	66.160	6,9%
8691	33.514	3,6%	29.205	3,1%
8692	51.778	5,6%	47.491	4,9%
8699	44.691	4,8%	45.394	4,7%
8710	6.744	0,7%	8.271	0,8%
8720	3.302	0,3%	2.630	0,3%
8730	17.359	1,9%	23.685	2,4%
8790	2.655	0,3%	3.876	0,4%
Total	920.942	100%	961.435	100%

*Nota:* 8610: Actividades de hospitales y clínicas, con internación; 8621: Actividades de práctica médica, sin internación; 8622: Actividades de la práctica odontológica; 8691: Actividades de apoyo diagnóstico; 8692: Actividades de apoyo terapéutico; 8699: Otras actividades de atención a la salud humana; 8710: Actividades de atención residencial medicalizada de tipo general; 8720: Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas; 8730: Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas. 8790. Otras actividades de atención en instituciones con alojamiento.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

El talento humano en salud disponible en Colombia en los años 2023 y 2024 correspondió a 920.942 y 961.435 personas respectivamente, que representaron el 1,88% y 1,91% de la población nacional. En este lapso, el incremento de este talento humano fue de 4,4%, mostrando leve un aumento de la participación masculina. Cerca de tres cuartas partes del cuidado de la salud humana nacional está integrado por mujeres, mientras que los hombres componen poco más de una cuarta parte. Las cifras que describen el talento humano del sector se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 5**

*Fuerza de trabajo y ocupados en las actividades del cuidado de la salud humana*

	Año 2023		Año 2024	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	244.995	26,6%	265.504	27,6%
Mujer	675.947	73,4%	695.931	72,4%
Total	920.942	100%	961.435	100%

*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

En cuanto al trabajo informal, el sector salud maneja niveles de informalidad notablemente menores que el mercado laboral en ambos años. Aunque en el periodo de estudio el mercado laboral mostró una tendencia a reducir la informalidad, para el sector salud creció casi una unidad porcentual, con especial incremento para los hombres en este índice. En la siguiente tabla se pueden apreciar este indicador tanto para el sector salud como para el mercado laboral en ambos años de estudio.

**Tabla 6**

*Informalidad laboral del sector salud y mercado laboral*

	Año 2023		Año 2024	
	Sector salud	Mercado laboral	Sector salud	Mercado laboral
Informalidad	9,96%	56,2%	10,62%	55,7%
Informalidad H	8,46%	58,0%	11,16%	57,3%
Informalidad M	10,50%	53,8%	10,41%	53,6%

*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

El promedio de edad de los trabajadores difiere entre hombres y mujeres, así como entre ocupados y fuerza laboral. En las siguientes dos tablas se presenta esta cifra para cada grupo y la concentración por cuartiles, esta clasificación permite observar la distribución de individuos jóvenes, en edad media y mayores en el sector.

**Tabla 7**

*Edad promedio de hombres y mujeres del sector*

	Año 2023		Año 2024	
	Sector salud	Mercado Laboral	Sector Salud	Mercado Laboral
Hombres	39,5	40,5	39,7	40,8
Mujeres	37,1	39,3	37,0	39,5

*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

Los trabajadores del cuidado de la salud humana presentan edades promedio menores a las del mercado laboral tanto para hombres como para mujeres. En ambos escenarios el promedio de edad de los hombres es superior en c de dos años al de las mujeres. Con el fin de identificar patrones se clasificó por grupos etarios y sexo como se muestra a continuación.

**Tabla 8**

*Segmentación etaria de los trabajadores del sector salud*

	Año 2023		Año 204	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
de 18 a 30	29,9%	30,9%	29,0%	32,0%
de 31 a 40	28,0%	34,9%	28,1%	33,8%
de 41 a 50	21,8%	21,6%	21,5%	21,5%
de 51 a 60	12,9%	10,2%	13,6%	10,3%
de 61 a 70	6,3%	2,3%	6,9%	2,4%
Mayor a 70	1,3%	0,1%	1,0%	0,1%

*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

La estructura etaria muestra una concentración importante de individuos en los grupos de edad entre 18 y 40 años para ambos sexos, pero ligeramente superior en el grupo femenino entre 31 a 40 años. En el año 2023, el 65,8% de las mujeres se concentraba en los dos primeros grupos (18 a 30 y 31 a 40), frente al 57,9% en el caso de los hombres. Esta tendencia se mantiene en el

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

2024, con un leve aumento en el grupo femenino más joven, lo que podría indicar una feminización del mercado laboral del sector salud.

En el grupo intermedio (41 a 50 años), las concentraciones se igualan entre hombres y mujeres, rondando el 21%, mientras que en los grupos superiores (51 años en adelante), la proporción masculina es más alta. En particular, la proporción de hombres es más del doble que la de mujeres en el grupo de 61 a 70 años, lo que sugiere una mayor permanencia masculina en el sector en edades mayores o diferencias en cuanto a trayectorias profesionales y de retiro.

### 5.1.1. Niveles educativos

El nivel educativo fue segmentado en ocho categorías desde ninguno hasta doctorado para los escenarios del mercado laboral nacional y el sector salud los dos años de estudio. La tabla siguiente muestra la concentración por niveles educativos tanto para el total como para cada sexo en ambos años.

**Tabla 9**

*Niveles educativos en el mercado laboral*

	Año 2023			Año 2024		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Ninguno	13,8%	8,3%	11,4%	13,2%	7,7%	10,9%
Básica primaria	21,2%	14,6%	18,4%	20,5%	14,5%	17,9%
Básica Secundaria	5,0%	4,3%	4,7%	5,0%	4,1%	4,6%
Media	35,8%	36,0%	35,9%	36,8%	36,6%	36,7%
Técnica o tecnológica	10,1%	15,7%	12,5%	10,3%	15,8%	12,6%
Pregrado	9,8%	15,0%	12,0%	9,9%	15,0%	12,1%
Posgrado	4,0%	6,1%	4,9%	4,1%	6,0%	4,9%
Doctorado	0,18%	0,14%	0,16%	0,19%	0,15%	0,17%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

En cuanto al mercado laboral nacional se observa la mayor concentración de la fuerza de trabajo en el nivel de educación media en ambos años. Es de resaltar que las categorías más bajas

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

muestran leves disminuciones. Se resalta que poco más de una tercera parte presenta educación básica o ninguna. Las mujeres muestran mayores niveles de concentración en el nivel pregrado y posgrado que los hombres, no así en el nivel doctorado donde el grupo masculino supera levemente al femenino.

Para explorar los niveles educativos del sector del cuidado de la salud, se procedió con este mismo cálculo. Los hallazgos revelan que las dinámicas del sector de estudio difieren del mercado laboral nacional. A continuación, se presentan los datos correspondientes a los niveles educativos del sector salud.

**Tabla 10**

*Niveles educativos del sector salud de hombres y mujeres*

	Año 2023			Año 2024		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Ninguno	0,4%	0,3%	0,4%	0,6%	0,4%	0,4%
Básica primaria	1,7%	1,9%	1,8%	1,7%	1,7%	1,7%
Básica Secundaria	1,1%	0,8%	0,9%	0,9%	0,5%	0,6%
Media	22,0%	18,1%	19,2%	22,4%	18,8%	19,8%
Técnica o tecnológica	23,4%	37,9%	34,1%	23,5%	38,6%	34,4%
Pregrado	30,9%	29,4%	29,8%	30,9%	27,9%	28,7%
Posgrado	19,5%	11,5%	13,7%	19,5%	12,0%	14,1%
Doctorado	0,9%	0,03%	0,3%	0,4%	0,1%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

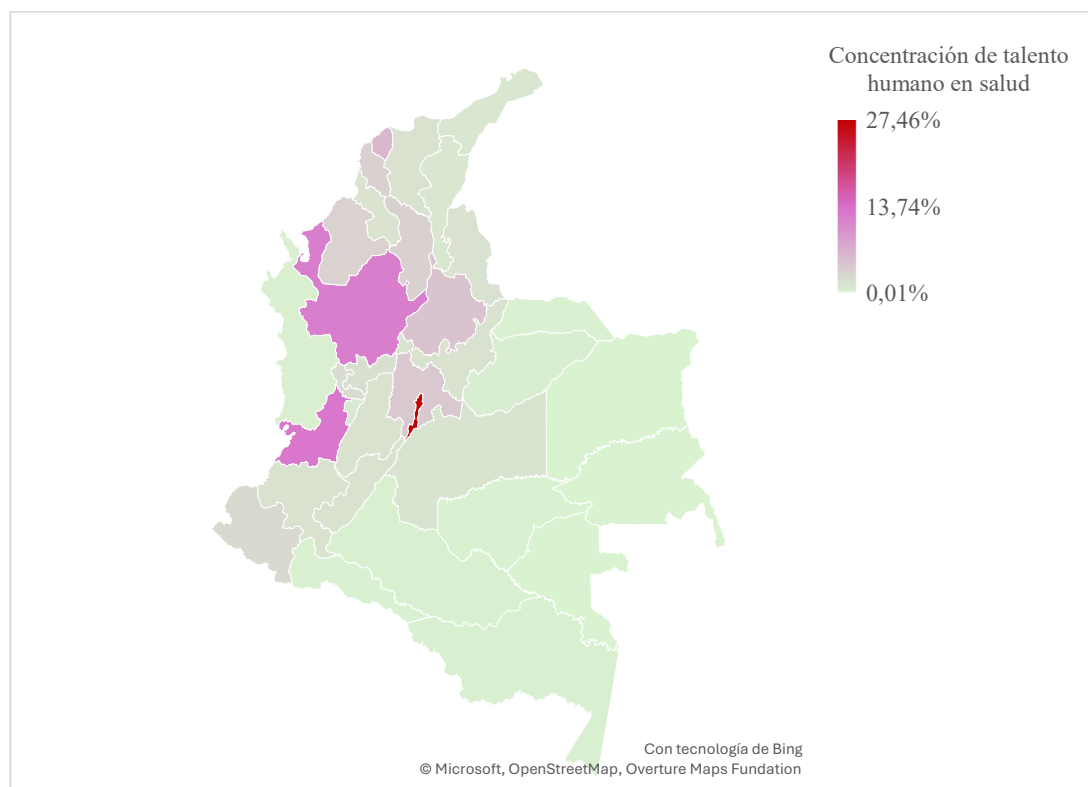
Al clasificar los niveles educativos por sexo se obtiene un indicio de la segregación vertical del sector. Se destaca cómo las mujeres se concentran altamente en el nivel técnico y tecnológico del sector, mientras que los hombres superan al grupo femenino en los niveles pregrado, posgrado y doctorado. Así mismo, se destaca que el transcurrir de un año a otro reveló una tendencia a la paridad en este último nivel.

### 5.1.2. Ubicación geográfica

La concentración de la fuerza de trabajo de la salud en Colombia se ubica principalmente en Bogotá, la ciudad capital del país, y los departamentos Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Santander. De otra parte, departamentos como La Guajira, Chocó y otros de las regiones Amazonía y Orinoquía cuentan cada uno con menos del 1% del personal nacional. En la siguiente imagen se puede apreciar la concentración de estos trabajadores y posteriormente se listan sus principales ubicaciones:

**Figura 4**

*Concentración de personal del cuidado de la salud en los departamentos de Colombia.*

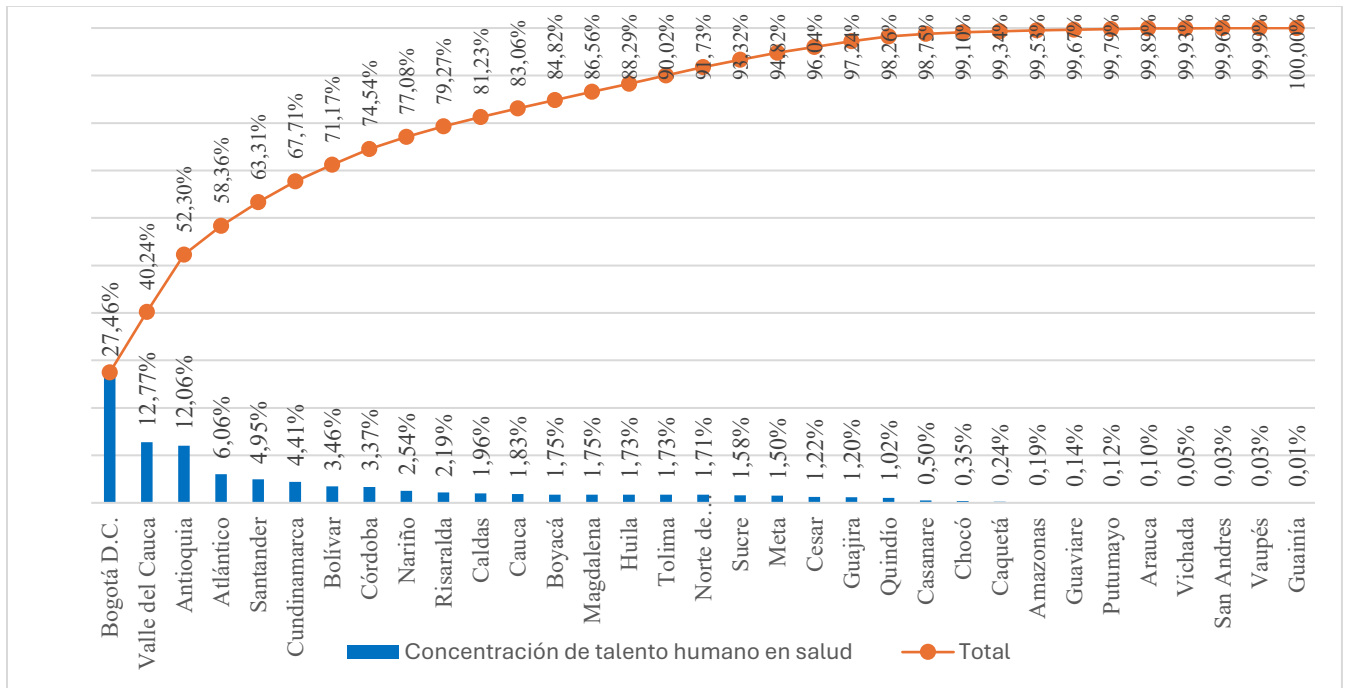


*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

**Figura 5**

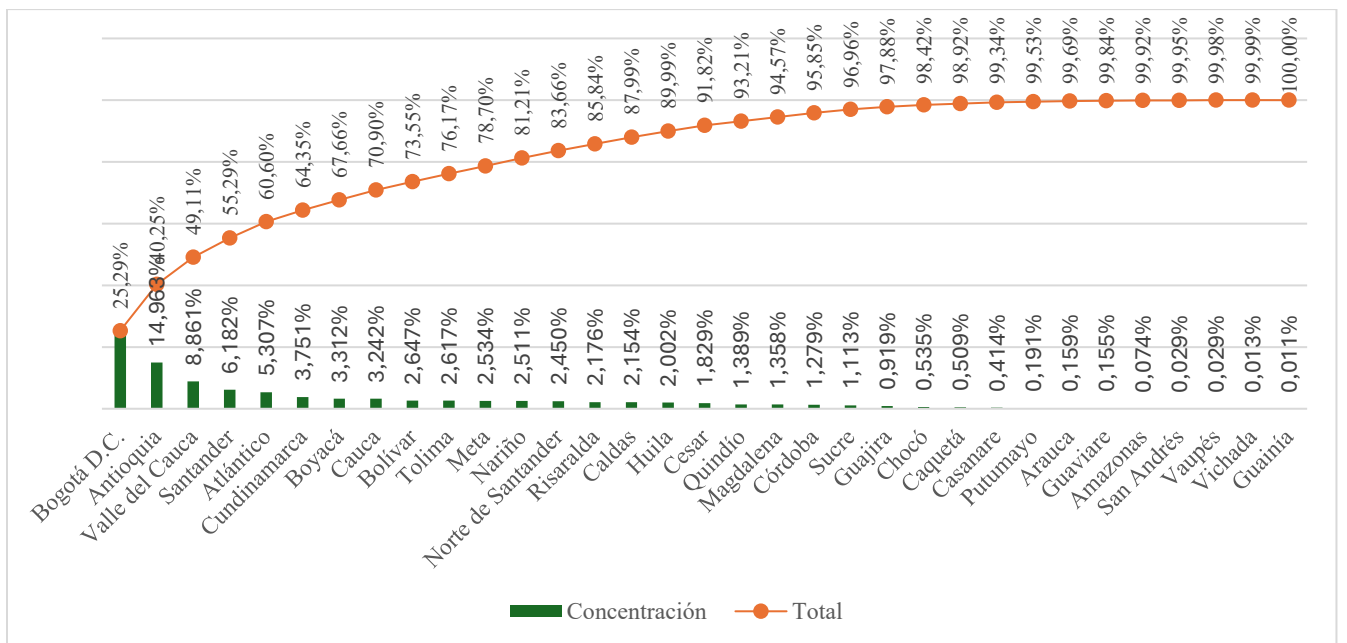
*Concentración departamental de trabajadores del sector salud, año 2023*



*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

**Figura 6**

*Concentración departamental de trabajadores del sector salud, año 2024*



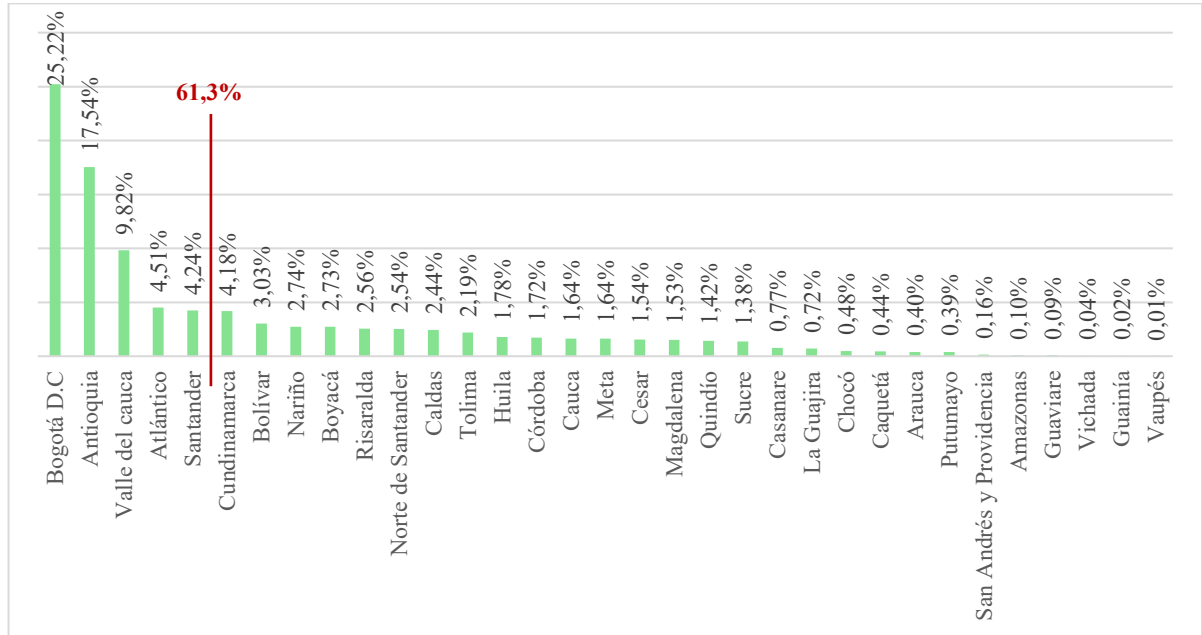
*Nota:* Elaboración propia a partir de datos de la GEIH

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

En Colombia, según el Registro único de prestadores de servicios de salud REPS, el 61,33% de las instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran concentradas en el Distrito Capital Bogotá, seguido por cuatro departamentos que son: Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Santander. Estas locaciones son las mismas que concentran más del 60% del personal del cuidado de la salud del país, por tanto, se tomarán como tercer escenario de estudio para esta investigación. En el siguiente gráfico se muestra la concentración territorial de prestadores.

**Figura 7**

*Distribución territorial de prestadores de servicios de salud*

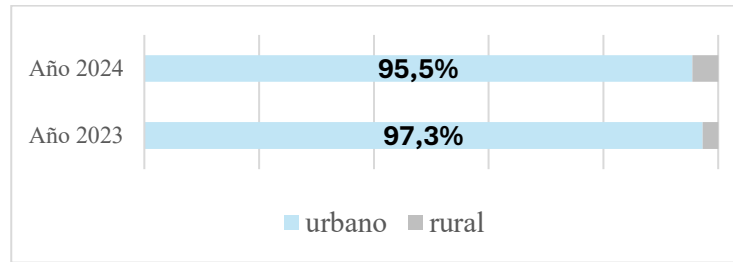


*Nota:* Elaboración propia a partir de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Es de resaltar que la gran mayoría de la fuerza laboral del cuidado de la salud humana se concentra en las zonas urbanas del país, dejando una pequeña porción para la atención de las zonas rurales, aun cuando en este contexto habita más del 20% de la población nacional. En la siguiente figura se ilustran las proporciones de concentración del personal en los contextos urbano y rural.

**Figura 8**

*Distribución de la fuerza laboral del cuidado de la salud por entorno urbano y rural*



*Nota: Elaboración propia a partir de la GEIH*

### 5.1.3. Horas de trabajo semanal

Las horas de trabajo semanal son un factor importante para el salario. En este segmento se explora el promedio de horas laboradas tanto en el mercado laboral, como en el sector salud para ambos años de estudio. La siguiente tabla muestra estas cifras.

**Tabla 11**

*Horas de trabajo semanal de hombres y mujeres*

		Año 2023	Año 2024
Mercado laboral	Total	44,4	43,9
	Hombres	46,8	46,2
	Mujeres	41,0	40,6
Sector salud	Total	46,8	46,0
	Hombres	47,9	46,8
	Mujeres	46,4	45,7

*Nota: Elaboración propia a partir de la GEIH*

Esta comparación permite ver el impacto de la reducción de la jornada laboral impuesto por la Ley 2101 de 2021, dado que esta tendencia se observa en cada escenario. También se destaca que los hombres dedican más horas semanales a su ocupación tanto en el mercado laboral como en el sector de la salud. En ambos escenarios y ambos años el grupo masculino dedica en promedio más tiempo semanal al trabajo que las mujeres.

**5.2. Pruebas estadísticas**

En esta sección se mostrarán los resultados de algunas pruebas estadísticas inferenciales que se aplicaron para explorar los datos de esta investigación. Estas pruebas aportan evidencia preliminar sobre la existencia de brechas salariales entre hombres y mujeres del sector salud y sirven como base para los modelos econométricos de la sección posterior.

**5.2.1. Test no paramétrico de U de Mann Whitney**

La prueba de U de Mann Whitney es útil cuando los datos no siguen una distribución normal, para esto se basa en rangos y no en medias. Su hipótesis nula plantea que la mediana de la variable de ambos grupos es igual, mientras que la hipótesis alternativa indica que la distribución de ingresos es diferente entre los grupos. El resultado se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 12**

*Test no paramétrico de medias de U de Mann Whitney*

	Grupo	Observaciones	Suma de rangos	Valor Esperado
Año 2023	Hombres	3790	30.918.728	27.005.645
	Mujeres	10460	70.619.647	74.532.730
Año 2024	Hombres	3946	32.954.416	29.089.912
	Mujeres	10797	75.730.980	79.595.484

$$H_0: me.INGLABO(hombres) = me.INGLABO(mujeres)$$

En la tabla se puede ver que la suma de rangos de los hombres es mayor que su valor esperado y la suma de rangos de las mujeres es menor que su valor esperado. Esto sugiere que los hombres tienden a ocupar rangos más altos en la distribución de ingresos. Se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la mediana entre los dos grupos es diferente. El estadístico z (6,311) indica una diferencia significativa y el P valor (0,000) indica que la probabilidad de que esta diferencia ocurra por azar es muy baja. Como el P valor es menor que 0,05 se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa en los ingresos entre hombres y

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

mujeres del sector salud. Por lo tanto, los hombres tienden a tener mejores ingresos y probablemente a ocupar rangos más altos en la distribución de ingresos.

### 5.2.2. *Análisis de multicolinealidad*

El factor de inflación de la varianza (VIF) indica qué proporción de la varianza de cada predictor se explica por los demás predictores y cuánto aumenta el error estándar de un coeficiente debido a la multicolinealidad. Del análisis se concluye que se debe incluir sólo la experiencia sin la edad, o viceversa, dado que puede causar problemas de multicolinealidad y, por ende, inflación de errores estándar de los coeficientes, pérdida en la precisión de la estimación o cambios de signo de los coeficientes (Gujarati Damodar & Porter Dawn, 2003).

**Tabla 13**

*Factor de inflación de varianza VIF para detección de multicolinealidad*

<b>Variable</b>	<b>VIF</b>	<b>1/VIF</b>
Informal	2,17	0,460621
Tamaño de empresa	2,01	0,498159
Nivel educativo	1,77	0,563504
Edad	1,7	0,589913
Tenure	1,34	0,745587
Horas trab/semanal	1,08	0,924342
Sexo femenino	1,08	0,924914
Mean VIF	1,59	

En este caso se obtiene un *mean VIF* cercano a 1, indicando que no hay problemas de multicolinealidad. Se observa que todas las variables presentan valores muy por debajo del valor crítico de 10, con un valor VIF máximo de 2,17 para la informalidad y un promedio general de 1,59. De este modo, se determina que no existe un grado preocupante de colinealidad entre los regresores. Se concluye que los estimadores del modelo no están inflados por multicolinealidad.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Como variable complementaria incluirá el cuadrado de la experiencia para evaluar el comportamiento no lineal de los retornos, tomando en cuenta que aumentan con el paso del tiempo, pero de forma decreciente. Se decide trabajar sólo con la experiencia y el cuadrado de la experiencia para evitar así la multicolinealidad, lo cual garantiza estimaciones más estables y una interpretación más clara de los retornos al capital humano.

En general, los resultados de las pruebas estadísticas de esta sección revelan diferencias significativas en los ingresos laborales de hombres y mujeres del sector salud colombiano, así como relación entre el sexo femenino y menores ingresos. Por lo tanto, se procede con los modelos econométricos que permiten estimar y descomponer esta brecha.

### **5.3. Análisis econométrico**

En esta sección se presentan los resultados de la aplicación de los modelos econométricos para estimar la brecha salarial. En primer lugar, se estima la ecuación de ingresos mediante el modelo Mincer para identificar los principales determinantes del salario. Luego, se muestran los resultados de los métodos de Oaxaca – Blinder y Ñopo, que permiten observar los componentes explicados y no explicados de la brecha para obtener un análisis más detallado de la desigualdad salarial. Todos los modelos se aplicaron para los escenarios: sector salud nacional, ciudad capital y principales departamentos y mercado laboral en general. En adelante, se abreviarán como SSN, CCPD y ML respectivamente para simplificar su lectura en las tablas de resultados.

#### **5.3.1. Estimación de la ecuación de Mincer por sexos**

El modelo de Mincer es un enfoque fundamental para la economía laboral ya que permite identificar la influencia de los determinantes de capital humano en el ingreso salarial. Se implementó este modelo haciendo uso del logaritmo natural del salario, explicado por las variables

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

nivel educativo, experiencia, cuadrado de la experiencia, tamaño de la empresa, tiempo en el empleo, informalidad laboral y horas de trabajo semanal. El modelo se aplicó en primera instancia por separado para hombres y mujeres, para posteriormente examinar la brecha en los tres escenarios a estudiar.

**Tabla 14**

*Resultados de modelo Mincer para hombres y mujeres del sector*

	Año 2023		Año 2024	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Nivel Educativo				
Básica primaria	-0,0433	0,0002	0,2036	0,0942
Básica Secundaria	0,0188	-0,0101	0,2352**	0,1938
Media	0,1160*	0,1127	0,3890***	0,1884**
Técnica o tecnológica	0,2520***	0,2013***	0,4812***	0,2885***
Pregrado	0,8895***	0,7544***	1,1392***	0,8288***
Posgrado	1,6306***	1,2449***	1,8557***	1,3320***
Doctorado	2,3593***	1,6950***	2,3703***	1,4200***
Edad	0,0177***	0,0088***	0,0085*	0,0045*
Edad <sup>2</sup>	-0,0002***	-0,0001***	-0,00007*	-0,00005*
Tamaño de empresa				
Pequeña	0,0298	0,1493***	0,0882**	0,0948***
Mediana	0,1155***	0,1772***	0,1204***	0,1451***
Grande	0,1756***	0,2597***	0,2312***	0,2393***
Tenure	0,0054***	0,0093***	0,0077***	0,0091***
Informal	-0,1024**	-0,2104***	-0,1659***	-0,2223***
Horas trab/semana	0,0116***	0,0122***	0,0122***	0,0132***
Constante	12,8418***	12,9248***	12,7868***	13,0037***

*Nota:* Niveles de Significancia \*  $p < 0.1$ . \*\*  $p < 0.05$ . \*\*\*  $p < 0.01$ . Tamaño de la muestra: Año 2023: 15.559 observaciones; Año 2024: 15.920 observaciones

La estimación del modelo Mincer evidencia una asociación positiva entre mayores niveles de educación y el ingreso laboral donde, en promedio, los retornos son más elevados para los hombres que para las mujeres en ambos años analizados. Esta tendencia se mantiene en todos los niveles educativos, mostrando la mayor brecha en el nivel de doctorado donde se encuentran los coeficientes más altos, con una destacada brecha a favor de los hombres también en los dos años. Esto sugiere que, si bien las mujeres acceden en mayor proporción al sector laboral de la salud y

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

alcanzan niveles educativos elevados, sus retornos salariales por educación son inferiores al del grupo masculino.

La edad presenta un efecto positivo con rendimientos decrecientes para los dos sexos. Sin embargo, los beneficios que perciben las mujeres en este sentido son la mitad de la cifra de los hombres. Con la ayuda de los coeficientes se calcula la edad en que se obtiene el máximo de ingresos para cada sexo como se muestra a continuación.

**Tabla 15**

*Edad de máximos ingresos salariales para hombres y mujeres del sector salud*

	Año 2023		Año 2024	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Edad de ingreso máximo	55,3	39,1	58,2	41,9

Esto permite observar que el mercado laboral compensa por más años el trabajo de los hombres que el de las mujeres, con una diferencia entre 15 y 17 años a favor del grupo masculino. De otro modo, la trayectoria salarial de las mujeres en el sector salud es más corta y tiende a estancarse y declinar alrededor de los 40 años. Esto refleja que las mujeres tienen menor oportunidad de crecimiento salarial sostenido, posiblemente debido a concentración femenina en ocupaciones de menor probabilidad de ascenso o carencia de oportunidades para la promoción profesional de ellas.

De otra parte, la antigüedad en el empleo actual (*Tenure*) tiene un efecto positivo y significativo en ambos casos, aunque para las mujeres aporta cerca del 1% por cada año adicional de antigüedad, mientras que los hombres obtienen un beneficio inferior. En cuanto al tamaño de la empresa, trabajar en empresas medianas y grandes se asocia a salarios crecientes con mayores beneficios para ellas en ambos años. Trabajar en una empresa grande otorga en promedio mayores ingresos para ambos grupos, con mayor beneficio para las mujeres.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

La informalidad muestra un efecto negativo en los salarios de ambos sexos. Sin embargo, en los dos años se observa una mayor penalidad para ellas por esta variable. Para los hombres, la informalidad afecta el salario negativamente entre el 10% y 16%, mientras que para las mujeres entre esta cifra es del 21% y 22%. Las horas de trabajo semanal tienen coeficientes similares para hombres y mujeres en ambos años, con efecto positivo sobre el salario.

Esta primera aproximación permite ver que tanto hombres como mujeres se benefician de la educación superior y los posgrados, aunque en menor medida para ellas. De otra parte, mientras la experiencia y la antigüedad en el puesto aumentan el salario, la informalidad afecta negativamente a ambos grupos, pero con mayor penalidad para ellas. El tamaño de la empresa y las horas de trabajo semanal son factores que favorecen en mayor medida a las mujeres, pero no logran compensar las desventajas en los retornos a educación ni la mayor penalización por informalidad laboral.

### 5.3.2. *Estimación de la ecuación de Mincer para los tres escenarios*

En esta parte se ajustaron los modelos Mincer para evaluar la brecha salarial entre hombres y mujeres en los tres escenarios a saber. Como primera medida, se llevó a cabo el modelo sin corrección de sesgo de selección, posteriormente se aplicó el método de Heckman y para proporcionar una comparación de resultados. En la tabla siguiente se presentan los resultados del modelo Mincer para los tres escenarios y en los dos años de estudio.

**Tabla 16**

*Estimación de modelo Mincer en los tres escenarios de estudio*

	Año 2023			Año 2024		
Nivel educativo	SS	CCPD	ML	SS	CCPD	ML
Básica primaria	0,0059	0,03950	0,1486***	0,1442**	0,22980	0,1682***
Básica Secundaria	0,0058	0,03342	0,2105***	0,1495**	0,44220	0,2194***
Media	0,1319**	0,15369	0,2977***	0,2661***	0,34430	0,3100***

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Técnica o tecnológica	0,2482***	0,3295**	0,4637***	0,3774***	0,4656***	0,4776***
Pregrado	0,8202***	0,9098***	0,9918***	0,9431***	1,0844***	0,9847***
Posgrado	1,4032***	1,5863***	1,5175***	1,5291***	1,7077***	1,5073***
Doctorado	2,1500***	2,3535***	1,9141***	1,9682***	1,9142***	1,9043***
Edad	0,0081***	0,0191***	0,0248***	0,0026***	0,0105***	0,0238***
Edad <sup>2</sup>	-0,00008***	-0,0002***	-0,0002***	-0,00001**	-0,0001**	-0,0002***
Sexo femenino	-0,1829***	-0,1993***	-0,2800***	-0,16254**	-0,1523**	-0,2599***
Tamaño de empresa						
Pequeña	0,1176***	0,0801**	0,1746***	0,0867**	0,0697**	0,1768***
Mediana	0,1576***	0,1081***	0,2213***	0,1347***	0,0957***	0,2119***
Grande	0,2340***	0,2027***	0,2968***	0,2310***	0,2302***	0,3134***
Tenure	0,00839***	0,0115***	0,0077***	0,0084***	0,0123***	0,0077***
Informal	-0,1864***	-0,1322***	-0,4194***	-0,2124***	-0,1528***	-0,4290***
Horas trab/semana	0,0124***	0,0118***	0,0186***	0,01319***	0,0151***	0,0187***
Constante	13,0382***	12,8977***	12,2331***	13,0746***	12,8031***	12,337***

*Nota:* Rangos de significancia \*  $p < 0.1$ . \*\*  $p < 0.05$ . \*\*\*  $p < 0.01$ . Tamaño de muestra: Año 2023: SS: 15.559; CCPD: 4.046; ML: 339.230; Año 2024: SS: 15.920; CCPD: 3.862; ML: 326.150

Nuevamente se observa que un nivel educativo superior proporciona en promedio rendimientos crecientes sobre el ingreso salarial. Estos efectos tienden a ser similares con el mercado laboral nacional, pero el nivel doctorado muestra mayores efectos en el sector salud. Otras variables de efecto positivo para el salario son las que se esperaban: edad, tamaño de la empresa, tiempo en el empleo y horas de trabajo semanal, mientras que la informalidad mantiene un impacto negativo. El sexo femenino es altamente significativo y negativo, lo cual evidencia una brecha salarial entre hombres y mujeres en los tres escenarios, esto se confirma que existe una diferencia salarial estadísticamente significativa que afecta las remuneraciones medias de las mujeres que trabajan en el cuidado de la salud en el país.

Dado que la decisión de trabajar o no es aleatoria y depende de factores no observables, la muestra empleada en el modelo Mincer incurre en sesgo de selección. De este modo, si sólo trabajan las personas con mayores habilidades, la regresión de esta submuestra sobreestimaré el efecto de la educación y la experiencia en los ingresos. Para corregir esto, se aplica el modelo de Mínimos Cuadrados en dos etapas propuesto por Heckman que se describe en la siguiente sección.

**5.3.3. Corrección del sesgo de selección por el método de Heckman**

Las ecuaciones de Mincer se estiman tomando en cuenta solo la población ocupada o que reporta ingresos laborales. Por lo tanto, existe el riesgo de incurrir en un sesgo de selección dado que la decisión de participar en el mercado laboral no es aleatoria y para resolver esto se aplica el método de corrección de sesgo de dos pasos de Heckman. En la primera parte se estima una función probabilística de participación en el mercado laboral que permite calcular el ratio inverso del Mills (IMR). Posteriormente, este IMR calculado se incluye como regresor adicional en el modelo Mincer en los tres escenarios para obtener estimadores insesgados y más confiables.

*Etapa 1: Estimación del modelo probabilístico:*

**Tabla 16**

*Modelo probabilístico de participación en el mercado laboral*

	Año 2023		Año 2024	
	Sector salud	Mercado laboral	Sector salud	Mercado laboral
Nivel educativo	Coficiente	Coficiente	Coficiente	Coficiente
Básica primaria	-0,0657	0,46188***	-0,04960	0,46802***
Básica Secundaria	-0,0045	0,20733***	0,26575**	0,47910***
Media	0,1469*	0,95953***	0,22932**	0,96608***
Técnica o tecnológica	0,29882***	1,32794***	0,37325***	1,29098***
Pregrado	0,45935***	1,26313***	0,50125***	1,24732***
Posgrado	0,89941***	1,43548***	0,91892***	1,39037***
Doctorado	0,93711***	1,35147***	0,54319**	1,13770***
Edad	-0,03773***	0,00253***	-0,03757***	0,00042***
Jefe de hogar	0,28577***	0,66690***	0,26893***	0,66328***
Convive	0,04581**	0,42332***	0,05849***	0,41068***
Hogar con hijos < 6años	-0,24609***	-0,05090***	-0,24396***	-0,01069***
Hogar con hijos grandes	0,12079***	-0,05959***	0,07344***	-0,09833***
Sexo femenino	-0,30961***	-0,48254***	-0,35088***	-0,47449***
Rural	-0,32496***	0,15153***	-0,36192***	0,16401***
Constante	1,90135***	-1,11211***	1,82327***	-1,04579***

*Nota:* Rangos de significancia \* p<0.1. \*\*p<0.05. \*\*\*p<0.01

Al estimar la probabilidad de estar ocupado en función de características individuales y familiares se obtiene que existen diferencias en la determinación de la participación laboral entre

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

el sector salud y el mercado laboral nacional. En el sector salud, los niveles educativos desde técnico o tecnológico hasta doctorado incrementan significativamente la probabilidad de participar en el mercado laboral, mientras que la educación básica resulta no ser relevante en este propósito. La edad tiene un efecto negativo en el sector salud, mientras que su efecto es positivo en el mercado laboral nacional. Por su parte, ser jefe de hogar y convivir en pareja aumentan la probabilidad de participación en ambos escenarios, mientras que la tenencia de hijos menores de seis años y el contexto rural causan el efecto contrario, de mayor impacto en el sector salud. Adicionalmente, los hijos grandes, que en este modelo se tomaron como aquellos entre 7 y 18 años, tienden a favorecer la participación laboral en el sector salud. En este análisis se observa que el sexo femenino reduce la probabilidad de inserción en ambos sectores, con un efecto negativo de mayor magnitud en el mercado laboral nacional que en el de la salud.

Este análisis muestra que los determinantes de la inserción laboral no son homogéneos en los sectores de estudio. Para interpretar el efecto de selección se calcula el efecto selección promedio o de truncamiento promedio, que surge de la multiplicación de lambda por el efecto de Mills promedio. Esto representa cuánto las remuneraciones condicionales se desplazan (hacia arriba o abajo) debido al efecto de selección.

**Tabla 17**

*Efecto de truncamiento o selección promedio*

	<b>Sector salud</b>	<b>Mercado laboral</b>
imr promedio	0,5048768	1,115746
efecto selección	-0,0315329	-0,1508946
efecto promedio	-3,104096	-14,006167

De este modo, un individuo con características muestrales promedio quien es seleccionado en el mercado de ocupados asegura una remuneración 3,1% menor (en el sector salud) y 14,0%

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

menor (en el mercado laboral) que aquel individuo seleccionado aleatoriamente en una población con características similares. El signo negativo indica selección negativa, lo que implica que los individuos que ingresan al empleo tienen salarios inferiores de lo esperado, en caso de ser positivo indicaría selección positiva, es decir, los trabajadores ocupados tendrían salarios mayores a los que obtendría un individuo promedio de la población.

La selección negativa o sesgo de selección adversa está presente tanto en el sector salud como en el mercado laboral general, indicando que hay barreras de entrada al empleo formal y que quienes logran emplearse aceptan salarios más bajos de lo esperado. De otra parte, quienes deciden no trabajar (inactivos) podrían tener oportunidades de empleo con salario más altos, pero eligen no emplearse porque su salario de reserva es mayor que la remuneración ofrecida.

*Etapa 2:* En la segunda etapa se corrige la autoselección incorporando una transformación de esta probabilidad predicha del individuo como una variable explicativa adicional en el modelo de Mincer.

**Tabla 18**

*Modelo Mincer con corrección de sesgo de selección por Heckman*

	Año 2023			Año 2024		
	SS	CCPD	ML	SS	CCPD	ML
Nivel educativo						
Básica primaria	0,0078	0,04976	0,1000***	0,15978**	0,28675	0,1141***
Básica Secundaria	-0,0084	0,02902	0,1966***	0,08031	0,39005	0,1662***
Media	0,0925*	0,11638	0,1987***	0,21394***	0,28337	0,2049***
Técnica o tecnológica	0,1886***	0,26817	0,3277***	0,30128***	0,36768	0,3384***
Pregrado	0,7437***	0,8244***	0,8651***	0,84891***	0,9559***	0,8529***
Posgrado	1,27888***	1,4365***	1,3730***	1,37610***	1,4840***	1,3583***
Doctorado	2,00907***	2,1812***	1,7726***	1,85864***	1,7510***	1,7755***
Edad	0,00861***	0,0204***	0,0203***	0,00398*	0,0132***	0,0201***
Edad^2	-0,00007***	-0,0001***	-0,0002***	-0,00003*	-0,0001***	-0,0002***
Sexo femenino	-0,1436***	-0,1483***	-0,2167***	-0,1087***	-0,0670***	-0,1978***
Tamaño de empresa						
Pequeña	0,1200***	0,08168**	0,1728***	0,0866***	0,0742***	0,1761***
Mediana	0,1610***	0,1107***	0,2184***	0,1349***	0,1014***	0,2117***

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Grande	0,2359***	0,2046***	0,2927***	0,2305***	0,2321***	0,3118***
Tenure	0,0083***	0,0115***	0,0074***	0,0083***	0,0121***	0,0075***
Informal	-0,1851***	-0,1315***	-0,4215***	-0,2124***	-0,1465***	-0,4317***
Horas trab/semana	0,0124***	0,01175***	0,0185***	0,0131***	0,0150***	0,0185***
IMR	-0,2592***	-0,3444***	-0,1840***	-0,3179***	-0,5077***	-0,1824***
Constante	13,0996***	12,9542***	12,5454***	13,1436***	12,8811***	12,6384***

*Nota.* Rangos de significancia \*  $p < 0.1$ . \*\*  $p < 0.05$ . \*\*\*  $p < 0.01$ . Tamaño de muestra: Año 2023: SS: 15.559; CCPD: 4.046; ML: 339.230; Año 2024: SS: 15.920; CCPD: 3.862; ML: 326.150

Una vez corregido el sesgo de selección por el método Heckman (incluyendo el término IMR), se observa que el ratio inverso de Mills es altamente significativo en los tres escenarios, indicando que efectivamente existe un sesgo de selección en la muestra, aunque con mayor impacto en la ciudad capital y principales departamentos que en el mercado laboral nacional. Esto sugiere que la ciudad capital y principales departamentos el mercado laboral se caracteriza por mayor competencia por los empleos y una estructura salarial que favorece el sesgo de selección. Así mismo, en las grandes urbes la mayor competencia laboral y la concentración de ofertas de trabajo ocasionan que los salarios respondan más a la selección de empleo, tomando en cuenta que también concentran las grandes y más complejas instituciones de salud del país.

Los resultados muestran que los niveles educativos superiores mantienen un efecto positivo y altamente significativo sobre los ingresos laborales en general, especialmente en los niveles de posgrado y doctorado donde se aprecian incrementos sustanciales. La experiencia sostiene el patrón esperado que se atenúa siguiendo el cuadrado de este parámetro, lo que refleja rendimientos decrecientes. Se destaca que la informalidad laboral tiene mayor impacto en el mercado laboral nacional que en el sector salud. La corrección del sesgo de selección también tuvo impacto en la brecha salarial entre hombres y mujeres, mostrando una disminución de esta en los tres escenarios.

Haciendo uso de los coeficientes de la edad y el cuadrado de esta, se calcula la edad en que se alcanza el máximo de ingresos para los tres escenarios como se muestra a continuación.

DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

**Tabla 19**

*Edad de ingreso máximo en los tres escenarios*

	SS	CCPD	ML
Año 2023	62,8	57,3	42,6
Año 2024	58,9	55,1	42,8

La trayectoria salarial varía en los tres escenarios, revelando mayor prolongación del ciclo laboral en el sector salud nacional que en el mercado laboral en ambos años de estudio.

**5.3.4. Modelo Mincer por percentiles de ingreso**

Con el propósito de analizar la brecha salarial a lo largo de la distribución de ingresos se aplicó una regresión por cuantiles haciendo uso de las mismas variables tomadas en cuenta en el modelo de Mincer con sesgo corregido. Este método permite una visión más completa sobre las características que afectan el salario. Los resultados se presentan a continuación.

**Tabla 20**

*Modelo Mincer por cuantiles para los percentiles de ingresos 25, 50, 75 y 90*

	Año 2023				Año 2024			
	Q. 0.25	Q. 0.5	Q. 0.75	Q. 0.9	Q. 0.25	Q. 0.5	Q. 0.75	Q. 0.9
Nivel educativo								
Básica primaria	-0,028	-0,010	-0,052	-0,087	0,376	0,045	0,015	-0,037
Básica Secundaria	-0,017	-0,021	-0,021	-0,094	0,393	-0,101	-0,128	-0,121
Media	0,030	0,029	0,029	0,011	0,412	0,061	0,028	0,037
Técnica o tecnológica	0,060	0,109	0,159	0,168	0,434	0,131	0,146	0,179
Pregrado	0,476***	0,695***	0,888***	0,999***	0,824***	0,715***	0,865***	0,990***
Posgrado	0,926***	1,181***	1,526***	1,773***	1,300***	1,171***	1,485***	1,836***
Doctorado	1,649***	2,222***	2,301***	2,481***	1,770***	1,776***	1,930***	2,340***
Edad	0,002*	-0,001**	0,005**	0,012***	0,000*	-0,001**	-0,001**	0,007***
Edad^2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sexo femenino	-0,031***	-0,075***	-0,136***	-0,178***	-0,016***	-0,045***	-0,125***	-0,151***
Tamaño de empresa								
Pequeña	0,195***	0,060***	0,054***	0,026	0,218***	0,047***	0,025***	0,036***
Mediana	0,222***	0,090***	0,073***	0,055	0,248***	0,066***	0,047***	0,071***
Grande	0,240***	0,135***	0,158***	0,150***	0,274***	0,139***	0,161***	0,191***
Tenure	0,005***	0,006***	0,008***	0,009***	0,005***	0,007***	0,009***	0,012***

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Informal	-0,217***	-0,142***	-0,060***	-0,015***	-0,263***	-0,148***	-0,087***	-0,027***
Horas trab/semanal	0,010***	0,009***	0,008***	0,008***	0,009***	0,009***	0,009***	0,008***
IMR	-0,111***	-0,154***	-0,162***	-0,261***	-0,121***	-0,210***	-0,193***	-0,267***
Constante	13,194***	13,503***	13,608***	13,738***	12,965***	13,557***	13,802***	13,861***

*Nota.* Niveles de Significancia \* p<0.1. \*\*p<0.05. \*\*\*p<0.01. Tamaño de la muestra: Año 2023: 15.559; Año 2024: 15.920

Los resultados de este modelo permiten ver que los efectos de las variables explicativas sobre el salario son heterogéneos a lo largo de la distribución salarial. Los niveles educativos superiores son altamente significativos y de impacto positivo para el ingreso salarial en toda la distribución, con efectos crecientes a medida que se avanza de nivel. En todos los percentiles el sexo femenino tiene un efecto negativo sobre los ingresos que se amplifica a medida que se asciende en la distribución, evidenciando una brecha salarial mayor en los niveles de ingreso más altos. El IMR es negativo y significativo en todos los casos confirmando la existencia de sesgo.

### 5.3.5. Cálculo de la brecha salarial

El coeficiente negativo y significativo de la variable sexo femenino indica una diferencia que penaliza el salario de las mujeres respecto a los hombres después de controlar las demás variables asociadas a la remuneración salarial. Para expresarla en términos porcentuales se aplica el antilogaritmo de los coeficientes estimados:

$$Brecha Ajustada = (e^{\beta} - 1) \times 100 \quad (10)$$

**Tabla 21**

*Valor porcentual de la brecha salarial de los modelos Mincer*

	Modelo	SS	CCPD	MLAB
<b>Año 2023</b>	Mincer	-16,71%	-18,07%	-24,43%
	Mincer corregido	-13,38%	-13,79%	-19,48%
<b>Año 2024</b>	Mincer	-15,00%	-14,13%	-22,89%
	Mincer corregido	-10,30%	-6,49%	-17,95%

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Estos resultados destacan la importancia de involucrar la corrección ya que se encuentra que el sesgo de selección estaba influyendo en la estimación inicial de la brecha salarial, que parecía más pronunciada. Se resalta la disminución de la brecha en el sector salud de la ciudad capital y principales departamentos del año 2024, donde se presenta una reducción desde 14,3% a 6,5%. Aun así, el mercado laboral mantiene el nivel de brecha más alto de los tres escenarios mediante la aplicación del modelo Mincer. Estos resultados se complementan con la brecha calculada entre percentiles que se muestra a continuación.

**Tabla 22**

*Valor porcentual de la brecha salarial por percentiles de ingreso*

	<b>Percentil 25</b>	<b>Percentil 50</b>	<b>Percentil 75</b>	<b>Percentil 90</b>
Brecha 2023	-3,05%	-7,22%	-12,74%	-16,27%
Brecha 2024	-1,62%	-4,44%	-11,72%	-13,99%

El análisis por percentiles en el sector salud muestra los niveles de desigualdad salarial entre grupos a lo largo de la distribución de ingresos. En ambos años la brecha fue menor en el percentil más bajo, pero se amplía conforme se avanza hacia el más alto. En general, se observa una reducción de la brecha en el año 2024 respecto al 2023 tanto para el análisis por percentiles como para el análisis de los tres escenarios.

### **5.4. Descomposición Oaxaca-Blinder**

La metodología de Oaxaca-Blinder permite descomponer la brecha de salario en dos partes: una parte explicada, que se debe a diferencias por características productivas (dotaciones), otra parte por diferencias en los retornos a estas características (coeficientes) y a efectos de interacción de ambas. En esta sección se presentan los resultados de la aplicación de esta metodología con y sin corrección de sesgo de selección. Estas estimaciones incluyen las mismas variables que se

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

emplearon para el modelo Mincer sin tomar en cuenta la variable *sexo femenino*, dado que servirá para la estimación por separado las ecuaciones de hombres y mujeres.

A continuación, se presentan los resultados de la descomposición aplicada a los tres escenarios de estudio. Los salarios se encuentran en escala logarítmica, por lo que su interpretación más directa implica transformar las cifras a su escala original.

**Tabla 23**

*Resultados de la descomposición Oaxaca - Blinder*

	Año 2023			Año 2024		
	SS	CCPD	ML	SS	CCPD	ML
Hombres	14,6292	14,76169	13,93198	14,70399	14,81909	14,03486
Mujeres	14,3392	14,42598	13,71138	14,43916	14,53248	13,83428
Diferencia	0,2900012	0,3357039	0,2206026	0,2648334	0,2866055	0,2005788
Dotaciones	0,0595431	0,0898132	-0,0622105	0,0502494	0,0902663	-0,0611229
Coefficientes	0,2118399	0,2197589	0,2884555	0,1974275	0,1777403	0,2699269
Interacción	0,0186182	0,0261317	-0,0056425	0,0171566	0,0185989	-0,0082253

*Nota:* Tamaño de muestra: Año 2023: SS: 15.559; CCPD: 4.046; ML: 339.230; Año 2024: Sector salud: 15.920. CCPD: 3.862. Mercado Laboral: 326.150

En los tres escenarios existe una diferencia salarial entre los grupos analizados que demuestra mayores ingresos para el grupo de hombres que para las mujeres. La descomposición muestra que la mayor parte de la brecha no se explica por dotaciones (es decir, por diferencias en educación, experiencia, tamaño de la empresa y demás características observables) sino principalmente por el factor coeficientes (diferencias en los retornos a las características). Este patrón se mantiene transversal en los tres escenarios. El término interacción es positivo para ambos escenarios del sector salud, indicando que el efecto combinado de dotaciones y coeficientes contribuye a la ampliación de la brecha. Este mismo término para el mercado laboral es negativo, lo que implica una pequeña tendencia a reducir la brecha.

El término dotaciones con signo positivo significa que, en promedio, el grupo de hombres cuenta con mejores características observables que el grupo de mujeres, aunque en una porción

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

muy pequeña esta explica la brecha. Sin embargo, para el total del mercado laboral este valor es negativo y pequeño, lo que revela que las mujeres en este escenario, en promedio, cuentan con dotaciones de capital humano ligeramente superiores a los hombres y deberían ganar más si los retornos dependieran sólo de este componente. De este modo, la evidencia muestra que mientras que en el sector salud las diferencias en dotaciones refuerzan la brecha a favor de los hombres, en el mercado laboral las características de las mujeres son similares y superiores, pero aun así perciben menores salarios debido a la forma en que el mercado valora sus características.

### 5.4.1. *Descomposición Oaxaca con corrección de sesgo*

Los resultados de incorporar la corrección de sesgo en la descomposición Oaxaca – Blinder revelan algunos cambios en la composición de la brecha salarial. Para los tres escenarios de estudio se llevó a cabo el modelo incluyendo el ratio inverso de Mills, con el mismo método que se realizó para el modelo Mincer. Sus resultados se muestran a continuación.

**Tabla 24**

*Resultados de Oaxaca - Blinder con corrección de sesgo de selección*

	Año 2023			Año 2024		
	SS	CCPD	ML	SS	CCPD	ML
Hombres	14,6292	14,76169	13,93198	14,70399	14,81909	14,03486
Mujeres	14,3392	14,42598	13,71139	14,43916	14,53248	13,83428
Diferencia	0,2900012	0,3357039	0,2205942	0,2648334	0,2866055	0,2005788
Dotaciones	0,110878	0,179246	-0,1086428	0,1002352	0,1686459	-0,1122348
Coefficientes	0,085613	0,0265648	0,2347427	0,0581014	-0,0353107	0,2186832
Interacción	0,0935102	0,1298931	0,0944943	0,1064969	0,1532702	0,0941303

*Nota:* Tamaño de muestra: Año 2023: SS: 15.559; CCPD: 4.046; ML: 339.230; Año 2024: Sector salud: 15.920. CCPD: 3.862. Mercado Laboral: 326.150

Al aplicar la descomposición de la brecha por el método de Oaxaca – Blinder con corrección de sesgo de selección la diferencia salarial de los tres escenarios se mantiene, pero su composición cambia. Esto indica que la selección al empleo es relevante pero no distorsiona el tamaño de la brecha, sino su composición interna. Se destaca que el aporte de las dotaciones

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

incrementa para el sector salud en ambos años tanto a nivel nacional como para la ciudad capital y principales departamentos. En tanto que el mercado laboral presenta un término que se mantiene negativo, pero de mayor magnitud tras la corrección, lo cual refuerza la idea de que las mujeres tienen mejores características observables en este escenario.

Lo anterior se complementa con que el efecto coeficientes disminuye para los tres escenarios y en ambos años tras aplicar la corrección del sesgo. Esto muestra que la diferencia en retornos a las dotaciones de ambos grupos se reduce al mismo tiempo que aumenta el componente de interacción. El aumento de este componente sugiere que una parte relevante de la brecha obedece no sólo a diferencias en las dotaciones y los coeficientes por aparte, sino también a la interacción de ambos términos.

**Tabla 25**

*Componentes explicado y no explicado de la brecha salarial por Oaxaca - Blinder*

	Año 2023			Año 2024		
	SS	CCPD	ML	SS	CCPD	ML
Hombres	14,6292	14,76169	13,93198	14,70399	14,81909	14,03486
Mujeres	14,3392	14,42598	13,71139	14,43916	14,53248	13,83428
Diferencia	0,2900012	0,3357039	0,2205942	0,2648334	0,2866055	0,2005788
Explicado	0,2043882	0,1267588	-0,0141485	0,206732	0,1863103	-0,0181044
No explicado	0,085613	0,2089451	0,2347427	0,0581014	0,1002952	0,2186832

*Nota:* Tamaño de muestra: Año 2023: SS: 15.559; CCPD: 4.046; ML: 339.230; Año 2024: Sector salud: 15.920. CCPD: 3.862. Mercado Laboral: 326.150

Este método permite observar un patrón de reducción de la brecha salarial entre los años de estudio para los tres escenarios. Con el cambio de año, el componente explicado de la brecha salarial del sector salud nacional se mantiene estable, mientras que en el segundo escenario de la salud este componente incrementa su participación. El componente no explicado disminuye en el año 2024 tanto para el sector salud nacional como para la ciudad capital y principales departamentos. De otra parte, el mercado laboral presenta una composición principalmente dada por el factor no explicado y mantiene el signo negativo de su componente explicada.

DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

**Tabla 26**

*Valores porcentuales de la brecha salarial calculada por Oaxaca - Blinder*

		SS	CCPD	ML
<b>Año 2023</b>	Brecha	33,85%	39,68%	24,25%
	Explicada	70,48%	37,76%	-6,41%
	No explicada	29,52%	62,24%	106,41%
<b>Año 2024</b>	Brecha	31,67%	35,73%	21,51%
	Explicada	78,06%	65,01%	-9,03%
	No explicada	21,94%	34,99%	109,03%

Al llevar la brecha y sus componentes a términos porcentuales se evidencia que la diferencia salarial entre los grupos hombres y mujeres es mayor en el sector salud de la capital y los principales departamentos, seguido por el sector salud nacional y finalmente, la menor brecha se encuentra en el mercado laboral. Aunque la brecha disminuyó con el cambio de año, su composición es también diferente en los escenarios. El sector salud nacional presenta composiciones más estables entre los años de estudio, con leves cambios en cada componte. Por su parte, en el sector salud de la ciudad capital se invierte la composición de la brecha, con una tendencia a fortalecer la parte explicada. En el mercado laboral se reitera la parte explicada de la brecha negativa en ambos años, dejando en evidencia que las mujeres contaban con mejores características observables que podían ser mejor remuneradas.

La descomposición de Oaxaca – Blinder, tanto en su forma simple como con corrección de sesgo, revela que la brecha es explicada en su mayoría por el efecto coeficientes en los tres escenarios. En particular, para el mercado laboral el término de dotaciones fue negativo en ambos años de estudio, indicando que, si hombres y mujeres fueran remunerados de igual manera según sus características, ellas percibirían un ingreso incluso mayor. Al aplicar la corrección de sesgo de selección se aclararon los resultados, redistribuyendo los componentes de la brecha y dando una mayor participación a la interacción. Estos resultados muestran que, aunque persisten desafíos en

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

la equidad salarial entre hombres y mujeres, existe una tendencia al cierre de brechas. Sin embargo, una parte importante de la brecha sigue siendo no explicada, lo que se asocia a posibles efectos de discriminación.

### 5.5. Descomposición Ñopo

Esta descomposición es una propuesta que extiende la descomposición de Oaxaca – Blinder para analizar la brecha salarial entre dos grupos, en este caso, hombres y mujeres (Atal et al., 2009). Este modelo utiliza un algoritmo de emparejamiento de subgrupos con características observables idénticas, lo cual permite estimar cuánto de la brecha salarial es explicada por diferencias en estas características y cuánto queda sin explicar por factores no observados.

El modelo de Ñopo es una metodología no paramétrica basada en el emparejamiento, que se centra en comparar individuos con características similares sin asumir una forma funcional específica para la relación entre las variables explicativas y el salario. Esta metodología resulta especialmente útil dadas las características de la remuneración laboral en el sector salud y sus diferencias entre hombres y mujeres.

**Tabla 27**

*Emparejamiento de grupos por el método de Ñopo*

	Escenario	Grupo	Emparejados	No emparejados	Total	Salario promedio
Año 2023	Sector salud	Hombre	26%	74,20%	4089	14,6
		Mujer	14,60%	85,40%	11470	14,3
	CPPD	Hombre	12%	88,40%	1083	14,8
		Mujer	5,80%	94,20%	2963	14,4
	ML	Hombre	43,00%	57,00%	189156	13,9
		Mujer	44,80%	55,20%	150074	13,7
Año 2024	Sector salud	Hombre	21,1%	78,90%	4230	14,7
		Mujer	10,70%	89,30%	11690	14,4
	CPPD	Hombre	8,20%	91,80%	1012	14,8
		Mujer	3,60%	96,40%	2850	14,5

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

ML	Hombre	40,30%	59,70%	181182	14
	Mujer	42,10%	57,90%	144968	13,8

El análisis de emparejamiento de Ñopo muestra que el porcentaje de trabajadores del sector salud emparejados es inferior al del mercado laboral en ambos años. Esto demuestra que existen importantes diferencias en las características observables de hombres y mujeres en el sector de estudio. De otra parte, en el mercado laboral general el emparejamiento supera el 40%, mostrando mayor homogeneidad en las características de hombres y mujeres. La mayor diferencia de salarios se presenta en los dos escenarios relacionados con el sector salud, mientras que es menor para el mercado laboral. Lo anterior sugiere que las brechas salariales no pueden ser explicadas únicamente por características observables de los trabajadores, sino que se debe a otras dinámicas posiblemente relacionadas con segmentación laboral o discriminación.

En la siguiente tabla se muestra la brecha obtenida por la metodología de Ñopo y sus componentes para los tres escenarios de análisis.

**Tabla 28**

*Brecha salarial y componentes obtenidos por la descomposición Ñopo.*

	Escenario	D	D <sub>O</sub>	D <sub>X</sub>	D <sub>H</sub>	D <sub>M</sub>
Año 2023	SS	-0,2900	-0,0942	-0,0126	-0,1433	-0,0398
	CCPD	-0,3357	-0,1202	0,0478	-0,2042	-0,0591
	ML	-0,2206	-0,2060	0,0968	0,0144	-0,1259
Año 2024	SS	-0,2648	-0,1105	-0,0297	-0,1077	-0,0169
	CCPD	-0,2866	-0,1522	-0,0602	-0,0567	-0,0176
	ML	-0,2006	-0,1932	0,0819	0,0067	-0,0960

Mediante los resultados de la descomposición de la brecha por el método de Ñopo se evidencian varios patrones. Por una parte, se confirma la existencia de una brecha salarial entre hombres y mujeres en los tres escenarios, siendo esta más alta para el sector salud en sus dos

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

escenarios de análisis que para el mercado laboral. De otra parte, se mantiene la tendencia de reducción de la brecha con el cambio de año en los tres escenarios.

Al revisar por componentes, se puede apreciar que el mercado laboral en ambos años cuenta con mayor coeficiente del componente explicado por características observables ( $D_X$ ), frente a los escenarios del sector salud. Esto va de la mano con la idea de que en el escenario nacional se encuentra la mayor cantidad de hombres y mujeres pareados (con soporte común de características observables). El signo positivo de este factor indica que las mujeres presentan ventajas en dotaciones frente a los hombres en este aspecto. Este cambia de positivo a negativo de un año a otro en la ciudad capital y principales departamentos revelando un perjuicio salarial para el grupo femenino o excedente salarial de los hombres en este escenario. Sin embargo, el componente de posible discriminación ( $D_O$ ) revela que aún entre profesionales comparables (dentro del soporte común), las mujeres reciben menores ingresos que los hombres, especialmente en el sector salud de la ciudad capital y principales departamentos. La tendencia general permite ver que en los tres escenarios las contribuciones a la brecha por posible discriminación ( $D_O$ ) son mayores en el mercado laboral que en el sector salud.

El término ( $D_H$ ) refleja una fuerte contribución de los hombres en roles de alta paga sin contrapartida femenina, el cual contribuye a ampliar la brecha tanto en el sector salud nacional como en el de la ciudad capital y principales departamentos. De otra parte, el término ( $D_M$ ) exhibe una alta concentración femenina en ocupaciones básicas o de menor valor social sin par masculino que obtienen ingresos especialmente bajos. La tendencia de estos dos últimos términos se encuentra a la baja, aunque persisten y aumentan la brecha.

En el mercado laboral nacional también se puede apreciar una especial participación de mujeres en empleos de bajos ingresos *Maid effect* ( $D_X$ ) pero, contrario al sector salud, un *CEO*

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

*Effect* ( $D_H$ ) que contribuye a reducir la brecha. Este factor de no comparabilidad de hombres en el mercado laboral ( $D_H$ ) muestra la existencia de un grupo masculino con ingresos salariales equiparables al grupo femenino sin soporte común, contrario al que se observa en el sector salud, donde la concentración masculina está en altas posiciones de dirección y especialidad médica.

En general, el método de Ñopo permite ver una mayor homogeneidad entre los trabajadores del mercado laboral que en el sector salud, aunque con mayor componente de discriminación. Para completar este análisis, en la siguiente tabla se presenta la relación porcentual de la composición de la brecha por el método de Ñopo.

**Tabla 29**

*Valores porcentuales que componen la brecha por el método de Ñopo*

	<b>Escenario</b>	<b>Do</b>	<b>Dx</b>	<b>Sin soporte común</b>	<b>Brecha</b>
Año 2023	SS	32,50%	4,35%	63,15%	-25,17%
	CCPD	35,81%	-14,25%	78,45%	-28,52%
	ML	93,36%	-43,89%	50,53%	-19,80%
Año 2024	SS	41,72%	11,23%	47,05%	-23,27%
	CCPD	53,09%	21,01%	25,90%	-24,92%
	ML	96,34%	-40,84%	44,50%	-18,17%

Este análisis permite explorar la composición de la brecha y da cuenta de comportamientos particulares en cada escenario. Para el sector salud nacional, la brecha se explica principalmente por falta de soporte común en ambos años, aunque para 2024 la discriminación toma mayor partida. De otra parte, para la ciudad capital y principales departamentos se observa una disminución de la falta de soporte común, lo que sugiere mayor paridad ocupacional en el sector, sin embargo, el término de discriminación se fortalece en el 2024. Esta composición en el mercado laboral está dada mayoritariamente por el componente de discriminación, el cual se refuerza con un término de pareamiento ( $D_X$ ) negativo, que refleja mejores dotaciones del grupo femenino, aunque con menores ingresos.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

De este modo, el método de Ñopo descompone la brecha ofreciendo una visión complementaria a los métodos aplicados anteriormente al descomponer la brecha no sólo en componentes explicados y no explicados, sino también en diferencias debidas a perfiles sin par, revelando así la segregación ocupacional del sector.

### **5.6. Triangulación de información**

Con el propósito de consolidar la solidez de los resultados y explorar los factores que subyacen en la explicación de la brecha salarial entre hombres y mujeres del sector salud, se aplica una triangulación metodológica en la que se combinan enfoques cuantitativos y cualitativos para contrastar los hallazgos propios con hallazgos econométricos de estudios previos tanto de carácter estadístico como de análisis narrativo y experiencial. Este proceso permite evaluar la coherencia de los resultados y profundizar en las dinámicas estructurales que contribuyen a la persistencia de la desigualdad salarial del sector de estudio.

#### **5.6.1. Evidencia cuantitativa**

En general, la fuerza laboral del sector salud presenta una alta feminización a nivel mundial, donde las mujeres perciben menores ingresos por sus características productivas. Shanon (2019) encuentra que los hombres perciben mayores salarios con brechas que van desde el 26% hasta el 36%, más altas que en el mercado laboral general, con mayor profundidad de la brecha de ocupaciones clínicas en países de ingresos medios altos y en las ocupaciones aliadas y de apoyo (dietistas, terapeutas, etc) en países de ingresos medios bajos. Homaie et al., (2019) muestra que las mayores brechas se presentan en las especialidades médicas de ortopedia quirúrgica, medicina de emergencias y cardiología. Mediante la descomposición Oaxaca encuentra una brecha del 30% entre los médicos, del que el 7,14% se debió a factores sistemáticos y culturales que no pudieron

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

ser detectados por los predictores de estudio. Barry (2021) halla que las mujeres percibieron menores ingresos que los hombres con las mismas características productivas, con una diferencia que penaliza a las mujeres del 16% en apoyo sanitario, 4% en enfermería y un 13% en atención directa al paciente, 15% para profesionales sanitarios y 23% para la categoría médico cirujano.

Por su parte, Chen (2021) obtuvo una diferencia de 13% menos en el salario de las mujeres respecto de los hombres que se redujo entre los años 2010 a 2018 hasta 9,2%, con partes inexplicadas de la brecha entre 1,0% y 3,5%. En cuanto a profesionales clínicos investigadores de políticas sanitarias, las mujeres perciben ingresos 4,8% menores que sus pares hombres, que al descomponer esta brecha el 27% se explica por factores de capital humano, mientras que el 15% de atribuyó a diferencias en ocupación. El 40% de la brecha permanece sin explicar, según Gupta et al. (2022).

Florián et al. (2022) encuentran que en el sector salud colombiano del año 2022 existe una alta participación femenina, llegando a ser más del 80% de los niveles más básicos, mientras que esta tendencia se revierte en los niveles superiores y especializados. Sus resultados muestran que la brecha salarial es en promedio del 12,8%. Dentro de sus hallazgos se encuentra que las mujeres enfrentan mayores cargas por trabajo doméstico y actividades de cuidado no remuneradas, que caen desproporcionadamente sobre ellas.

### **5.6.2. Evidencia cualitativa**

Si bien mediante el análisis cuantitativo se obtiene evidencia robusta sobre la magnitud y la composición de las brechas salariales, para completar su interpretación se requiere tomar en cuenta algunas perspectivas cualitativas de la literatura. De esta forma, la validación entre resultados numéricos y métodos cualitativos permite corroborar tendencias y comprender otros factores no observados, en cuanto a aspectos sociales, culturales y estructurales que podrían

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

explicar la brecha. Esta visión más amplia del fenómeno supera la mera cuantificación de las diferencias y se introduce en las dinámicas que las origina y las sostienen.

Por su parte, Gonzáles Baltazar et al. (2015), mediante encuestas semiestructuradas, encuentran que las mujeres trabajadoras del sector salud se encuentran más satisfechas que los hombres con el desarrollo personal que han logrado a través de su trabajo y la administración de su tiempo libre. Sin embargo, ponen en manifiesto su insatisfacción por la desigualdad de oportunidades, a pesar de su creciente participación en la profesión médica y en puestos de responsabilidad. Así mismo, perciben segregación de género, lo cual las ubica principalmente en roles de cuidadoras y las aleja de tanto de la autoridad y responsabilidad como del área científica.

Pereyra & Micha (2016) aplican entrevistas con referentes de la ocupación entre directoras de departamentos de enfermería, supervisoras de piso, coordinadoras de área, referentes sindicales y estudiantes de enfermería. Su estudio evidencia que esta carrera está compuesta en un 90% por mujeres dado que se asocia al género femenino con la capacidad de brindar cuidado. Es común encontrar referencias de que las mujeres poseen habilidades intuitivas para brindar cuidado y una tendencia innata a proteger, gracias a su predisposición para la maternidad. Sin embargo, la enfermería no se enmarca en una “carrera hospitalaria”, lo cual le supone un dote salarial menor. Mientras el trabajo del médico es diagnosticar, el del personal de enfermería es cuidar, esto les ubica en un nivel institucional inferior que da origen a diferencias salariales y de desarrollo profesional en la “carrera hospitalaria”. Adicionalmente, casi la mitad del personal de cuidados sólo posee un título de auxiliar, el cual sólo requiere un año de instrucción, mientras que el personal médico, mayoritariamente masculino, forma parte de asociaciones homogéneas con mayor poder de negociación. Es por esto que el personal de enfermería se siente tratado como “asistentes” y se les compara con mucamas asociando estereotipos tradicionales de género.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

De otra parte, también aplicando entrevistas, Aspiazu (2016) indagó sobre condiciones laborales y las problemáticas del sector. Aunque se negaron las desigualdades, el discurso permitió ver la sobrecarga doméstica que soportan las mujeres, así como su segregación y concentración en labores de cuidado y menor prestigio que los hombres, quienes se concentran en especialidades médico quirúrgicas. Gran parte de las mujeres son el sostén del hogar y por esto un solo salario no alcanza, lo que se compensa con un trabajo adicional y sobrecarga laboral. Esto se complementa con diferencias en que mujeres y hombres abordan el trabajo del hogar, suponiendo una mayor carga para ellas y más aún en hogares monoparentales. Es así como persiste la idea de pensar el cuidado como asunto exclusivo de las mujeres, que se aplica en el hogar y se replica en el sector salud.

Smith & Sinkford (2022) encontraron que tras la pandemia COVID-19, las mujeres se encargan de forma desproporcionada del trabajo no remunerado del hogar, dedicando semanalmente cerca de 15 horas más que los hombres. La falta de apoyo para el cuidado infantil constituye un obstáculo para la paridad de género y el avance profesional de las mujeres en el sector salud a nivel global. La pandemia causó una ampliación de la brecha salarial y agudizó la resistencia a que las mujeres ocupen puestos de liderazgo por estereotipos, normas socioculturales y restricción de derechos. De este modo, para lograr la equidad de género en el sector se requiere transformar las normas sociales y las culturas organizacionales, así como desarrollar estrategias que empoderen a las mujeres.

Finalmente, Cote-Peña et al., (2024) mediante una revisión sistemática de literatura encontraron que las mujeres del sector salud enfrentan obstáculos para acceder a puestos de liderazgo, igualdad salarial y mayor reconocimiento profesional a pesar de ser el grupo mayoritario del sector. Dentro de las barreras que se documentan se encuentran asuntos específicos como la

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

restricción al acceso a ciertas especialidades médicas, menor representación en cargos decisorios y sesgos culturales que de forma estructural limitan su carrera profesional, perpetuando las brechas aún con su alta participación y elevado nivel educativo.

### **5.6.3. Hallazgos propios**

El desarrollo de esta investigación permitió hallar una brecha salarial en el talento humano del sector salud colombiano que penaliza a las mujeres. Se destaca el comportamiento heterogéneo en los tres escenarios analizados, así como en los dos años tomados en cuenta para este estudio. La aplicación del modelo Mincer permitió determinar que existen factores favorables para el salario asociados al capital humano, mientras que otros factores como la informalidad laboral muestra afectaciones negativas. Con este método también fue posible ver que en el sector salud la carrera profesional de las mujeres alcanza su máximo nivel salarial a una edad más temprana que en los hombres, aunque superior a la que se presenta en el mercado laboral.

Mediante el modelo de Mincer se evidenciaron brechas salariales en el sector salud del 16,7% que favorecen los salarios de hombres frente a las mujeres. Luego de aplicar el método de Heckman se pudo validar y corregir el sesgo de selección, mostrando un coeficiente negativo del término de Mills en el modelo Mincer y una brecha menor en el sector (10,3%). Esto implica que los individuos con mayor probabilidad de participar en el mercado dadas sus características observables tienen en promedio rendimientos salariales más bajos. En otras palabras, la fuerza laboral del sector acepta salarios más bajos de lo esperado para poder insertarse en el mercado laboral.

Por su parte, la descomposición de Oaxaca – Blinder muestra que la brecha salarial es mayor en el sector salud de la ciudad capital y principales departamentos que en este mismo sector a nivel nacional o en el mercado laboral del país. Este método se alinea con el anterior en cuanto

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

a que la brecha disminuye al pasar del año 2023 al 2024 en todos los escenarios. El componente explicado de la brecha para el sector salud nacional se ubicó entre el 70,48% y el 78,06% en los años de estudio. Este mismo componente para el sector salud de la ciudad capital y principales departamentos estuvo entre el 37,7% y 65,1% en el mismo periodo. Mientras que en el mercado laboral el componente explicado presentó un coeficiente negativo, revelando que el grupo femenino contaba con salarios inferiores aun cuando sus características productivas eran mejores.

La aplicación del modelo de Ñopo arrojó brechas mayores para ambos escenarios del sector salud nacional en 2023 y 2024, con una diferencia más marcada en la ciudad capital y principales departamentos. Se destaca que los escenarios del sector salud mostraron menores índices relacionados con discriminación, frente al mercado laboral que en este componente llega a superar el 90% de la brecha en ambos años. La falta de soporte común reveló que los hombres y mujeres del sector salud se concentran en ocupaciones opuestas con estructuras salariales diferentes, lo cual refuerza la evidencia de segregación vertical en el sector. En este mismo sentido, hombres y mujeres del mercado laboral también se concentran en ocupaciones diferentes, pero con estructuras salariales más semejantes, sugiriendo segregación horizontal.

### **5.6.4. Conclusión de la triangulación**

Tras el análisis de las tres fuentes de información tomadas en cuenta para la triangulación, se confirma que las brechas salariales de género en el sector salud son un fenómeno presente en Colombia y el mundo. Los estudios cuantitativos documentan de manera consistente brechas que oscilan entre el 12% y el 36%, especialmente profundas respecto a especialidades médicas y cargos de alta responsabilidad. Mientras tanto, los hallazgos de esta investigación recalcan la heterogeneidad territorial de la brecha, aunque ésta disminuye en la línea temporal del estudio. La validación cruzada de estos hallazgos refuerza la evidencia estadística de esta investigación y

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

revela que, aunque su magnitud varía según el método y la región de estudio, la desventaja salarial de las mujeres está presente y persiste.

Los trabajos de enfoque cualitativo aportan el contexto necesario para interpretar las cifras. De este modo, se ve que la segmentación ocupacional, que ubica a los hombres en especialidades y ocupaciones de altos ingresos y a las mujeres en roles de cuidado y menor valor, alimenta la falta de soporte común detectada por el método de Ñopo. De otra parte, las normas culturales y los roles de género explican el componente de discriminación presente en el soporte comparable ( $D_o$ ). Los resultados de entrevistas con profesionales de enfermería y médicas muestran cómo la “carrera hospitalaria” es excluyente para las mujeres, lo que impacta en su acceso a ciertos escalafones salariales y de liderazgo. La visión cualitativa valida el diagnóstico cuantitativo: no es un asunto de “menos educación o experiencia”, sino de barreras organizacionales y culturales que refuerzan la brecha.

Tras la integración de los enfoques de evidencia mixta junto a los hallazgos de esta investigación se pone en manifiesto que las mujeres del talento humano en salud de Colombia perciben ingresos menores por diversas causas, como barreras para escalar en su carrera profesional y mayor compromiso en las labores del hogar que sus contrapartes masculinas. Por lo tanto, este fenómeno debe ser abordado para garantizar el principio de igual trabajo igual valor expuesto en la Ley 823 de 2003, así como el Decreto 4789 de 2011 que establece acciones y mecanismos para sancionar las formas de violencia y discriminación contra las mujeres en las organizaciones.

## 6. Discusión

Este trabajo de investigación tuvo como propósito evaluar una hipótesis en torno a la brecha salarial entre hombres y mujeres del sector salud colombiano basado en factores de capital humano, características familiares y de situación laboral. Para responder a este propósito, se estudió la composición del sector, en términos de participación por sexo, niveles educativos, concentración en el territorio nacional y situación de informalidad laboral. Posteriormente, se ajustaron modelos de Mincer, Oaxaca – Blinder y Ñopo, mediante los que se encontró que efectivamente existe una brecha de ingreso laboral que afecta negativamente a las mujeres del sector. Este análisis también arrojó que la brecha del sector salud es mayor en comparación a la brecha del mercado laboral nacional y que su composición es distinta en cuanto a características observables y formas de valoración de éstas en el mercado.

Respecto al capital humano, como activo intangible del trabajador, en el modelo de Mincer se pudo observar que es el principal elemento que aporta al salario y su alto nivel de significancia. Los resultados ponen en evidencia que aquellos trabajadores que cuentan con los mayores niveles educativos como posgrado y doctorado son también quienes perciben los mayores ingresos. Sin embargo, aunque el sector salud colombiano está compuesto en tres cuartas partes por mujeres, ellas cuentan con menor representación en los niveles educativos superiores, en coherencia con los hallazgos de Florián et al. (2022). Adicionalmente, aún entre mujeres y hombres de igual nivel educativo, ellas perciben menores retornos a su inversión. La experiencia presentó un efecto positivo para el salario, aunque en menor medida que la educación.

Los factores relacionados con la situación laboral como el tiempo en el empleo, el tamaño de la empresa y las horas de trabajo semanal presentaron un comportamiento favorable al salario. Trabajar en empresas grandes (de 250 empleados o más) aporta en mayor medida que la

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

experiencia a obtener mejores salarios. Sin embargo, la informalidad laboral afecta negativamente los ingresos de cerca del 8% de la fuerza laboral del sector.

El método de Heckman toma en cuenta características generales y familiares del trabajador para evaluar la probabilidad de inserción laboral. Al aplicarlo en su segunda etapa, el término de Mills pone al descubierto que los trabajadores de la salud aceptan salarios menores que lo esperado por sus características de capital humano con tal de insertarse en el mercado laboral.

En cuanto al progreso femenino en las profesiones del sector salud, entre los años 2023 y 2024 se observó una creciente porción de mujeres en los más altos niveles educativos, esto sugiere que sus aspiraciones y carreras profesionales están en desarrollo. Sin embargo, la metodología propuesta por Ñopo permite ver que la segregación ocupacional del sector está presente y concentra a hombres y mujeres en distintas ocupaciones con diferente valoración social y estructura salarial.

Este estudio, de manera coherente con (Shannon et al., 2019) revela que en general los hombres del sector perciben ingresos salariales alrededor del 36% superiores que las mujeres, aunque es un sector altamente feminizado. Se destaca que una parte de la brecha se debe a la concentración de hombres en especialidades médicas, mientras que cerca del 7% de la diferencia se debe a factores no explicados, según los hallazgos de (Homaie et al., 2019). Por su parte, Barry (2021) encuentra que las mujeres obtienen pagos menores que los hombres a pesar de que cuentan con las mismas características productivas, tal cual lo vimos en los resultados de este estudio. El trabajo de (Chen et al., 2021) se alinea con los hallazgos de este estudio en cuanto a que la brecha tiende a reducirse, sin embargo, persiste entre el personal del sector.

Las brechas salariales que afectan a las mujeres en el sector salud colombiano no solo representan una desigualdad económica, sino también una restricción significativa en las libertades

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

fundamentales de las mujeres. Una desigualdad salarial de este tipo afecta tanto las libertades constitutivas como las libertades instrumentales en cuanto al acceso a oportunidades económicas y sociales para el desarrollo individual. Las diferencias en salario y la marcada segregación del sector impide a las mujeres acceder a condiciones para el desarrollo pleno de sus capacidades, así como la participación activa en la vida social y económica. Este fenómeno también vulnera las capacidades al restringir las oportunidades de las mujeres para ejercer su autonomía y alcanzar la vida que valoran.

La principal limitación metodológica de este estudio fue prescindir de información específica sobre la profesión y el cargo ocupado por los trabajadores del sector de la salud en la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE. Aunque se cuenta con información sobre la rama y actividad económica, esto no permite desagregar de forma detallada para identificar ocupaciones específicas dentro del sector. Esto impide un análisis más profundo de la segregación ocupacional y las jerarquías laborales que influyen en la brecha salarial. Este vacío restringe la capacidad de este estudio para brindar recomendaciones más específicas orientadas a políticas públicas que promuevan la equidad salarial del sector y la retención de su talento humano.

## 7. Conclusiones

El talento humano del sector salud es un segmento del mercado laboral colombiano donde se acentúan las disparidades salariales y de desarrollo profesional que afectan a las mujeres. Es un sector de alta participación femenina que concentra a la mayoría de sus mujeres en los niveles ocupacionales más básicos, mientras que los hombres se encargan de los niveles de mayor jerarquía y valor social. Más del 95% de los ocupados de este sector se concentra en las grandes urbes donde también concurre gran parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, así como la mayor brecha salarial.

Los métodos econométricos ponen al descubierto una brecha salarial altamente significativa en el talento humano en salud que remunera de forma distinta el capital humano de hombres y mujeres. No obstante, se resalta que el coeficiente negativo del índice de Mills pone en evidencia que las inversiones de capital humano del sector esperan mayores retornos que las obtenidas para ingresar al mercado laboral. Si bien se percibe una leve reducción de la brecha entre los años de estudio 2023 y 2024, es de resaltar que una porción importante de esta se debe a factores no explicados o, incluso, a falta de soporte común. Esto refuerza la tesis de la segregación ocupacional, poniendo a hombres y mujeres bajo estructuras salariales distintas.

La triangulación con evidencia cualitativa permitió determinar posibles causas de las brechas salariales del sector. Se encuentra que no sólo son persistentes, sino que se hallan aceptadas dentro de hombres y mujeres del sector como parte del contexto cultural. Por lo tanto, se asigna a las mujeres roles de cuidado directo y subordinación relacionados culturalmente con el género, mientras que los hombres participan en la toma de decisiones y grupos altamente especializados en la “carrera hospitalaria”. Adicionalmente, en los hogares las mujeres asumen sobrecarga de las

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

labores domésticas y los cuidados indirectos en mayor proporción que los hombres, comprometiendo sus posibilidades de desarrollo profesional.

Cerrar estas brechas salariales y romper las barreras de carrera profesional es esencial no solo por razones de equidad, sino también para fortalecer la calidad y la eficiencia del sistema de salud. Así mismo, la alta concentración de esta fuerza laboral en las zonas urbanas es un llamado a incentivar y retener el talento humano en salud para la atención en las zonas rurales, donde también se requiere atención en salud. De otra parte, desde el enfoque de capacidades, abordar las brechas salariales implica no sólo una corrección económica, sino también una transformación estructural que promueva el desarrollo humano integral. Por lo tanto, se considera importante implementar políticas públicas que promuevan la igualdad salarial y mejores condiciones laborales en el sector para propender por la retención de esta fuerza laboral y garantizar la sostenibilidad del sistema.

**Referencias bibliográficas**

- Adsera, A., & Querin, F. (2023). The Gender Wage Gap and Parenthood: Occupational Characteristics Across European Countries. *European Journal of Population*, 39(1). <https://doi.org/10.1007/s10680-023-09681-4>
- Alvarez, E., Alvarez, J., & Salas, K. (2021). Capital humano e innovación en el sector salud. *Revista Del Colegio de San Luis*. <https://doi.org/10.21696/rcs1102120201255>
- Amarante, V., & Espino, A. (2004). Occupational segregation of gender and the differences of the remunerations of private salary. Uruguay 1999 - 2000. *Desarrollo Economico*, 44(173), 109–129. <https://doi.org/10.2307/3455869>
- Anker, R. (1997). La segregación profesional entre hombres y mujeres: repaso de las teorías. *Revista Internacional Del Trabajo*, 116, 343–370.
- Aspiazu, E. L. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. In *Sección Ciencias Sociales* • (Vol. 19, Issue 1). <http://www.curza.net/revistapilquen/index.php/Sociales55>
- Atal, J. P., Ñopo, H., & Winder, N. (2009). New century, old disparities: gender and ethnic wage gaps in Latin America. In *IDB Working Papers*.
- Barry, J. (2021). Real wage growth in the U.S. health workforce and the narrowing of the gender pay gap. *Human Resources for Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00647-3>
- Becker, G. (1957). *The Economics of Discrimination*. University of Chicago Press.
- Becker, G. (1993). *Human Capital* (3rd ed.). The University of Chicago Press.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

- Blau, F. D., & Kahn, L. M. (2000). Gender Differences in Pay. *Journal of Economic Perspectives*, 14, 75–79.
- Blinder, A. (1973). Wage Discrimination: Reduced form and Structural Estimates. *Journal of Human Resources*, 436–455. University of Wisconsin Press
- Boniol, M., Mcisaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K., & Campbell, J. (2019). *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries*. <http://apps.who.int/bookorders>.
- Cardona, M., Isabel, A., Montes, C., Juan, G., Vásquez, J., María, M., Villegas González, N., & Brito Mejía, T. (2007). *CAPITAL HUMANO: UNA MIRADA DESDE LA EDUCACIÓN Y LA EXPERIENCIA LABORAL*.
- Catterberg, G., Duré, I., Bustos, J., Langsam, M., Salzman, M., Marchioni, C., Dursi, C., & Dávalos, F. (2018). Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales. *Aportes Para El Desarrollo Humano*, 9.
- Cerquera, O., Arias, C., & Prada, J. (2019). *Brecha salarial por género en Colombia y el departamento de Caldas*. ISSN-e 2248-6941, ISSN 0121-6538, Vol. 27, N°. 48 (January - June), 2020, págs. 117-139
- Chen, Z., Zhang, Y., Luo, H., Zhang, D., Rajbhandari-Thapa, J., Wang, Y., Wang, R., & Bagwell-Adams, G. (2021). Narrowing but persisting gender pay gap among employees of the US Department of Health and Human Services during 2010–2018. *Human Resources for Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00608-w>
- Cortés Aguilar, A., & Flórez Vera, M. A. (2016). Diferencias salariales por género en el departamento de Santander - Colombia. *Apuntes Del Cenes*, 35(61), 267–302. <https://doi.org/10.19053/22565779.3891>

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Cote-Peña, C. P., Cortés-Aguilar, A., & Cárdenas, G. (2024). La equidad de género en el personal de salud: una revisión sistemática de la literatura. *Salud UIS*, 56(1).  
<https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24025>

DANE. (2009). *Metodología de informalidad Gran Encuesta Integrada de Hogares* (pp. 6–10). DANE.

Erosa, A., Fuster, L., & Restuccia, D. (2016). A quantitative theory of the gender gap in wages. *European Economic Review*, 85, 165–187.

Fernández, M. (2006). Determinantes del diferencial salarial por género en Colombia 1997-2003. *Desarrollo y Sociedad*, 58, 165–208.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169114683005>

Florián, I., de la Hoz, M., & Lara, M. (2022). *MUJERES TRABAJADORAS EN EL SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA*. <https://www.undp.org/es/colombia/publicaciones/mujeres-trabajadoras-sector-salud-colombia>

Frogner, B. K., & Schwartz, M. (2021). *Examining Wage Disparities by Race and Ethnicity of Health Care Workers*. [www.lww-medicalcare.com](http://www.lww-medicalcare.com)

García, E., & Tapias, L. (2013). Discriminación y exclusión de las mujeres trabajadoras del sector salud en Colombia. *Gerencia de Políticas de Salud*.

García, G., René Gonzales, D., Gallo, O., Pablo Roman, J., Álvarez-Franco, P., restrepo-Tobón Economía Finanzas, D., García, G. A., René Gonzales-Miranda, D., & Pablo Roman-Calderon, J. (2020). *Millennials and the gender wage gap: Do millennial women face a glass ceiling?*

García, K., Ordóñez, J. S., García, A., Díaz, D. A., Crespo, D., Duque, J. F., Leal, A., Lobo, J., Lobo, J., Naranjo, C., & Heredia, A. B. (2020). *BRECHA SALARIAL DE GÉNERO EN COLOMBIA*.

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

- Gauci, P., Elmir, R., O'reilly, K., & Peters, K. (2022). Women's experiences of workplace gender discrimination in nursing: An integrative review. In *Collegian* (Vol. 29, Issue 2, pp. 188–200). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.08.003>
- González Baltazar, R., Hidalgo Santacruz, G., León Cortés, S., Contreras Estrada, M., Aldrete Rodríguez, M., Hidalgo González, B., & Barrera Vega, J. (2015). RELATIONSHIP BETWEEN GENDER AND QUALITY OF WORKING LIFE RELATED TO HEALTH PROFESSIONALS. *Psicogente*, 18(33), 52–65. <https://doi.org/10.17081/psico.18.33.55>
- Gujarati Damodar, & Porter Dawn. (2003). *Basic Econometrics* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Gupta, N., Balcom, S. A., & Singh, P. (2022). Gender composition and wage gaps in the Canadian health policy research workforce in comparative perspective. *Human Resources for Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00774-5>
- Gupta, N., Balcom, S. A., & Singh, P. (2023). Looking beyond parity: Gender wage gaps and the leadership labyrinth in the Canadian healthcare management workforce. *Healthcare Management Forum*, 36(1), 49–54. <https://doi.org/10.1177/08404704221104435>
- Hernández, P. J. (1995). Análisis empírico de la discriminación salarial de la mujer en España. *Investigaciones Económicas*, 19, 153–161. <https://www.researchgate.net/publication/28081705>
- Herrera-Idárraga, P., María, H., Bonilla, H., Rubio, T. G., Ramírez-Bustamante, N., María, A., Tary, T., & Garzón, C. (2020). *INFORME SOBRE CIFRAS DE EMPLEO Y BRECHAS DE GÉNERO*.
- Homaie, E., Ehsani, E., Gharebehlagh, M., Kokabisaghi, F., Rezaei, S., & Yaghoubi, M. (2019). Higher income for male physicians: Findings about salary differences between male and female iranian physicians. *Balkan Medical Journal*, 36(3), 162–168. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2018.2018.1082>

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Lamas, M. (2007). *El género es cultura*.

Lexarta, L., Chaves, M., Carcedo, A., & Sánchez, A. (2019). *La brecha salarial entre hombres y mujeres en América Latina*.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S1665-5346202200010000200064&lng=en](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1665-5346202200010000200064&lng=en)

Martha Nussbaum. (2012). *Crear Capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.

Min Salud. (2023). *Observatorio de Talento Humano en Salud*.

<https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

Mincer, J. (1958). Investment in Human Capital and Personal Income Distribution. *The Journal of Political Economy*, 281–302.

Mincer J. (1974). Family investments in human capital: Earnings of women in Marriage, family, human capital, and fertility. *Journal of Political Economy*, 82, 76–110.

Minsalud. (2018). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*.

Montañez-Hernández, J. C., Alcalde-Rabanal, J. E., Nigenda-López, G. H., Aristizábal-Hoyos, G. P., & Del Castillo, M. L. D. P. (2020). Gender inequality in the health workforce in the midst of achieving universal health coverage in Mexico. *Human Resources for Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00481-z>

Naciones Unidas. (2015, September 25). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

OIT, & WSO. (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>

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

- Pereyra, F., & Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: Un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud Colectiva*, *12*(2), 221–238.  
<https://doi.org/10.18294/sc.2016.730>
- Pérez, J. E., Fuentes, H. J., & Contreras, L. E. (2021). Discriminación de género en el mercado laboral colombiano. *Saber, Ciencia y Libertad*, *16*(1). <https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2021v16n1.7521>
- Ramos, A., Barberá, E., Candela, C., & Sarrió, M. (2002). Mas allá del techo de cristal. *Revista Del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*.  
<https://www.researchgate.net/publication/28059151>
- Rodríguez Pérez, R. E., & Limas Hernández, M. (2015). El análisis de las diferencias salariales y discriminación por género por áreas profesionales en México, abordado desde un enfoque regional. *Estudios Sociales*, *49*.
- Schultz, T. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review*, 1–17.  
American Economic Association
- Sen, A. (1992). *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza Editorial.
- Sen, A. (2002). *Desigualdad de género*. Letras Libres.
- Shannon, G., Minckas, N., Tan, D., Haghparast-Bidgoli, H., Batura, N., & Mannell, J. (2019). Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: An exploratory analysis. *Human Resources for Health*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0406-0>
- Smith, S. G., & Sinkford, J. C. (2022). Gender equality in the 21st century: Overcoming barriers to women's leadership in global health. *Journal of Dental Education*, *86*(9), 1144–1173.  
<https://doi.org/10.1002/jdd.13059>

## DIFERENCIAS SALARIALES DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

Sophie Ponthieux, D. M. (2015). Gender Inequality. In *Handbook of Income Distribution* (Vol. 2, pp. 981–1146). North Holland.

Tenjo, J. G., Ribero, R. M., & Fernanda Bernat, L. D. (2009). *Evolución de las diferencias salariales por sexo en seis países de América Latina: Un intento de interpretación.*

Varela Llamas, R., Ocegueda Hernández, J. M., Castillo Ponce, R. A., & Huber Bernal, G. (2016). Determinantes de los ingresos salariales en México: una perspectiva de capital humano. *Región y Sociedad*, 22(49). <https://doi.org/10.22198/rys.2010.49.a424>

Vasconez, A. (2015). *Análisis cuantitativo-Nota Metodológica.*  
<https://ciedur.org.uy/site/publicacion/analisis-cuantitativo-nota-metodologica/>

WHO. (2021). *CLOSING THE LEADERSHIP GAP: GENDER EQUITY AND LEADERSHIP IN THE GLOBAL HEALTH AND CARE WORKFORCE.*  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905>