

# MUJERES PROFESIONALES EN ÁMBITOS HOSPITALARIOS



**MUJERES PROFESIONALES  
EN ÁMBITOS HOSPITALARIOS**

## **AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE**

### **CONSEJO DIRECTIVO**

#### **Presidente**

Dr. VARALLO, JORGE CRUZ

#### **Vicepresidente**

Dr. BARRALES, JULIÁN

#### **Secretario General**

Dr. QUNTANS, GASTÓN LEONARDO

#### **Prosecretario**

Dra. BRIVIDORO, LUCIANA

#### **Tesorero**

Dra. ARIAS, LAURA

#### **Protesorero**

Dra. CABRAL, MARINA

#### **Vocales Titulares**

Dr. VAZQUEZ, SANTIAGO

Dra. DA COSTA FIRMINO, LAURA

Dr. MASSON, NICOLÁS

Dr. GAMES, MARTIN

Dra. QUAIN, LUCIANA

#### **Vocales Suplentes**

Dr. MARTI, GUILLERMO

Dr. SARMIENTO, CARLOS

Dra. MARTINEZ, MARÍA ITATÍ

Dr. GIAMBELLUCA, CLAUDIO

#### **Revisores de Cuentas Titulares**

Dr. FLAHERTY, PATRICIO

Dr. MACIEL, PABLO

Dr. PEREZ RICARDO

#### **Revisor de Cuentas Suplente**

Dra. BADANO, MARÍA FLORENCIA

## **INSTITUTO DE POLÍTICAS SOCIALES PARA ARGENTINA (IPSOAR)**

### **AUTORIDADES**

#### **Presidente**

CAROLINA GONZÁLEZ

#### **Vicepresidente**

PATRICIO ALARCÓN

#### **Secretario**

IGNACIO F. LARA

#### **Tesorero**

GUSTAVO A. STELLA

#### **Vocales Titulares**

LEONARDO D. LOMBARDI

MARÍA GABRIELA LARA

#### **Vocales Suplentes**

MARÍA SOFÍA CIMIN

RODRIGO VELEZ

#### **Revisores de Cuentas Titulares**

ANDRÉS DE CHARRAS

RAFAEL D'ANGELO

#### **Revisor de Cuentas Suplente**

LEONEL DE CHARRAS

## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

### **Coordinación General**

ALARCÓN, PATRICIO

GONZÁLEZ, CAROLINA

LARA, IGNACIO FERNANDO

### **Equipo de Trabajo**

BATIZ, MAGALÍ

GONZÁLEZ, ANDREA

GUZMÁN, EDUARDO

MUÑOZ, LAURA

### **Diseño y Edición**

CARTONCINO

## ¿Qué es IPSOAR?

El Instituto de Políticas Sociales para Argentina (IPSOAR) está conformado por personas provenientes del ámbito universitario, profesionales y trabajadores del sector público y privado. Llevamos adelante distintas estrategias de intervención para incidir en la realidad social de La Plata. Apuntamos a fortalecer el trabajo de las instituciones de la sociedad civil y los organismos que tienen a su cargo la gestión de políticas públicas, con el propósito de potenciar aquellas buenas prácticas que permitan avanzar hacia mayores niveles de igualdad e inclusión social.

## Prólogo 1

En Argentina, el empleo en el ámbito de la salud, tanto pública como privada, es mayoritariamente femenino. Las mujeres representan el 71% de las personas trabajadoras del sector. Este tuvo históricamente una fuerte presencia femenina, principalmente en las tareas semicalificadas con mayor carga de cuidado, como la enfermería. Sin embargo, en las últimas décadas asistimos a un proceso que se llamó de “**feminización profesionalizada**”, que refiere al aumento de la proporción de las profesionales, sobre todo médicas. Diversos estudios muestran que este aumento de la proporción en el ámbito de la salud no ha significado un aumento en el porcentaje de mujeres que ocupan cargos jerárquicos en dichas instituciones.

En este sentido, **las mujeres actualmente son mayoría en el total de estudiantes de las carreras de Medicina del país**. Este fenómeno se manifiesta en todas las instancias del ciclo universitario y sugiere una tendencia expansiva en los próximos años. No sólo hay más estudiantes, sino que se gradúan en mayor proporción que los hombres y las inscriptas también son mayoría.

Esta ampliación del cupo femenino de manera continua y sostenida se contrapone a las posibilidades de especialización que enfrentan las médicas. **La especialización marca una desigualdad a la hora de acceder a puestos jerárquicos en la carrera laboral**. La distancia con los varones médicos tiene que ver, según estudios, con las dificultades que enfrentan las médicas para realizar residencias en un contexto en que la edad promedio de ingreso es entre los 27 y 29 años, que es cuando muchas mujeres transitan procesos de embarazo y maternidad. Para acceder a un puesto de decisión, en especial en una institución hospitalaria, se demanda pertenecer a la planta permanente, y esto es más factible hacerlo con una especialidad.

Ni hablar si tomamos en cuenta el comparativo de ingresos de mujeres y hombres. **La brecha de ingresos mensuales es el resultado de dos diferencias: la de ingreso y la horaria**. La diferencia en el ingreso percibido en relación con los colegas varones depende de la diferencia en el ingreso percibido por hora trabajada y de la diferencia en la cantidad de horas trabajadas. Desde la perspectiva de género, la diferencia horaria entre médicas y médicos, que redundará en una diferencia salarial pronunciada en la categoría profesional, tiene que ver con la distribución entre trabajos remunerado y doméstico (no remunerado). Este aspecto que tiende a ser soslayado en los análisis, condiciona el tiempo disponible de las mujeres para el trabajo profesional ya que las tareas domésticas de organización del hogar y el cuidado de niños/as y ancianos/as siguen recayendo fundamentalmente sobre ellas.

Si nos referimos a **la ocupación de cargos jerárquicos** en las diferentes instituciones de gobierno y de gestión médica, nos encontramos con dificultades marcadas y que **evidentemente segregan a las mujeres en relación con los hombres**. El techo de cristal y la segregación horizontal son dos realidades que, aparentemente invisibles, condicionan el devenir del sistema de salud y el cupo femenino. Tanto en la Secretaría de Gobierno de Salud y en los ministerios provinciales, como en las principales carreras de medicina del país y en los gremios y asociaciones médicas, las médicas son minoría en los cargos de responsabilidad. Esta situación es repetida y sólo merma esta desigualdad en los cargos de menor jerarquía.

Esta realidad nos interpela, nos compele a pensar la realidad que atraviesa nuestra profesión en este sentido y, desde la Agronomía Médica Platense, estudiar y analizar la profundización de estos cambios que reconfiguran el plantel profesional que ya existe y que se está formando, a fin de poder dar respuestas a las necesidades del presente y el futuro. Por ello hemos considerado fundamental abordar la problemática y realizar una investigación que permita conocer de manera directa los modos y circunstancias en que las médicas encuentran barreras para acceder de igual manera que los hombres a las diferentes dimensiones de su profesión. Cabe destacar que esta decisión se alinea con la reciente creación de la Comisión de Género dentro de la AMP, y la profunda convicción que esta Institución posee de incidir en las políticas públicas sobre salud, entendiéndolo que médicos, médicas y pacientes deben estar en el centro de la escena, para construir políticas que se comprometan con la realidad pero por sobre todas las cosas con el futuro.

**Dr. Jorge Cruz Varallo**  
**Presidente**  
**Agronomía Médica Platense**

## Prólogo 2

La Comisión Directiva de la Agrupación Médica Platense decidió hace poco más de un año crear la Comisión de Género con el objetivo de poder llegar a todos/as los/as médicos/as y así concientizar sobre las formas y tipos de violencias tanto en el ámbito de la salud como en todos los espacios-, de cómo actuar en cada caso y a dónde acudir, teniendo presente los derechos que resguardan a las mujeres, conforme la legislación nacional y los tratados internacionales de derechos humanos (entre los que se destacan la Cedaw y Belém do Pará).

Las violencias contra las mujeres son una violación generalizada de los Derechos Humanos, una crisis de la salud pública y un obstáculo para la igualdad, el desarrollo, la seguridad y la paz. Los términos «violencia contra la mujer» y «violencia de género» se utilizan para referirse a la serie de abusos cometidos contra las mujeres que se derivan de la desigualdad de género y la condición subordinada de la mujer en la sociedad respecto de los hombres.

En este sentido, y como secuela de un primer estudio que llevó adelante la AMP de manera conjunta con IPSOAR (sobre violencia en los espacios de salud), se decidió realizar un estudio exploratorio sobre la distribución de cargos entre médicos y médicas en los hospitales públicos y privados de la ciudad de La Plata y en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plataa fin de dar cuenta, desde una perspectiva de género, de las diversas barreras de orden simbólico y material que producen una brecha en la accesibilidad a los cargos jerárquicos de estas instituciones, en detrimento de las mujeres.

El precedente estudio sobre violencias había dado como resultado una evidente supremacía de la violencia sufrida por las mujeres en general y jóvenes residentes/as en particular por sobre el resto de los equipos de salud. Esos datos nos interpelaron a preguntarnos por el lugar que ocupan las mujeres dentro de las instituciones médicas de salud, sus posibilidades reales, pero por especialmente, las limitaciones y desigualdades a las que se enfrentan a diario en detrimento de sus derechos y sus condiciones objetivas de vida, erigiéndose en situaciones claras de violencia.

Esta investigación pretende ser el inicio de un largo camino que nos permita estudiar y analizar la situación en que se encuentran las médicas, tomar conciencia de ello, hacerlo público, pero por sobre todas las cosas, desarrollar estrategias y políticas que conlleven a saldar estas dificultades en pos de una profesión más justa e igualitaria. En definitiva, se trata de contribuir a una sociedad en pleno ejercicio de los derechos para todos y todas.

**Dra. Luciana Brivido**  
**Dr. Gastón Quintans**  
**Comisión de Género**  
**AMP**

## Prólogo 3

Durante el 2017 llevamos adelante conjuntamente con la Agronomía Médica Platense (AMP) la investigación denominada “Las Diferentes Caras de la Violencia en la Salud”. Dicho estudio se planteó el abordaje de las violencias en los ámbitos de la salud desde una visión multidisciplinaria, incluyendo tanto las ciencias sociales como las ciencias médicas, con la finalidad de generar conocimiento referido a esta problemática, contribuyendo a elaborar los diagnósticos y la información necesaria para la toma de decisiones públicas.

Los resultados de este trabajo evidenciaban que dos grupos sobresalían sobre el resto como los más expuestos a la violencia: los jóvenes graduados (residentes) y las mujeres. En ambos casos la violencia tanto interna como externa los afectaba con especial potencia, dejando ver que, por detrás de los emergentes evidentes, era posible estudiar situaciones estructurales que los exponían especialmente. En este sentido, desde la Comisión de Género de la AMP, se nos encargó la tarea de elaborar un proyecto de investigación especialmente dirigido a las mujeres en los ámbitos de la salud.

A partir de la experiencia precedente, entendimos que esta también era una muy promisoriosa posibilidad de ejecutar y plasmar un nuevo trabajo conjunto en pos de analizar la realidad, las políticas públicas, y realizar aportes para su perfeccionamiento y superación. Iniciamos esta tarea con la convicción de que la producción de insumos permitirá diagnosticar y evaluar las estrategias de intervenciones, tanto estatales como no gubernamentales, y aportar a que las buenas prácticas detectadas puedan efectivamente alcanzar sus propósitos, colaborando de este modo en el fortalecimiento del sistema democrático y, como consecuencia, con el mejoramiento de las condiciones de vida de la sociedad.

Desde IPSOAR nos propusimos desarrollar la investigación denominada “Mujeres Profesionales en Ámbitos Hospitalarios”. La misma se planteó observar la distribución de cargos entre varones y mujeres en los hospitales públicos y privados de la ciudad de La Plata y en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, pudiendo dar cuenta, desde una perspectiva de género, de las diversas barreras de orden simbólico y material que producen una brecha en la accesibilidad a los cargos jerárquicos de estas instituciones, siempre en detrimento de las mujeres. Se realizó un estudio exploratorio con un diseño cuali-cuantitativo entre los meses de agosto y diciembre del 2018. En una primera etapa se trabajó desde un abordaje cuantitativo sobre las estructuras jerárquicas de las unidades de observación y su composición de género. En una segunda etapa, se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales médicas e informantes clave en hospitales públicos y unidades académicas entre octubre y diciembre del mismo año.

Desde IPSOAR agradecemos la oportunidad a la Agronomía Médica Platense de haber trabajado de manera conjunta en un tema tan sensible y de tanta relevancia para la comunidad en general, y particularmente de la salud, esperando contribuir con nuestro aporte a mitigar las desigualdades e inequidades, de tal manera de garantizar los mismos derechos para todos y todas.

**Equipo**  
**Instituto de Políticas Sociales para**  
**Argentina**  
**IPSOAR**

# Índice



## Introducción



## Metodología

Unidades de observación



## Marco teórico

### Desigualdad laboral en Argentina

Antecedentes

### Las mujeres en el sector salud

Feminización profesionalizada

Registración y estabilidad laboral

Segregación horizontal- Especialización

Segregación vertical o "techo de cristal"

Ámbito público/privado

Brecha de ingresos

Distribución del tiempo/ Trabajo remunerado y trabajo doméstico



## Resultados



**Percepciones y representaciones de profesionales médicas sobre las barreras simbólicas y materiales en las carreras laborales de las mujeres en los ámbitos hospitalarios y académicos.**



## Reflexiones finales



## Bibliografía



## I. Introducción

En Argentina, el empleo en el ámbito de la salud, tanto pública como privada, es mayoritariamente femenino. Las mujeres representan el 71% de los/as trabajadores/as del sector. Asimismo, la actividad explica alrededor del 8% del empleo femenino de todo el país, mientras que para los trabajadores varones solo significa el 3%.

El sector salud es un sector que históricamente tuvo una fuerte presencia de mujeres, principalmente en las tareas semi-calificadas con mayor carga de cuidado, como la enfermería. Sin embargo, en las últimas décadas asistimos a un proceso que se llamó de “feminización profesionalizada”, que refiere al aumento de la proporción de mujeres profesionales, sobre todo médicas.

Diversos estudios muestran que este aumento de la proporción de mujeres profesionales en el ámbito de la salud, no ha significado un aumento en la proporción de mujeres que ocupan cargos jerárquicos en dichas instituciones.

“La Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2017, considera la creciente feminización de los recursos humanos en el sector, y recomienda incorporar la perspectiva de género y las necesidades de las trabajadoras en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud.” (PNUD, 2018, 46)

El objetivo de este estudio es observar la distribución de cargos entre varones y mujeres en los hospitales públicos y privados de la ciudad de La Plata y en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP pudiendo dar cuenta, desde una perspectiva de género, de las diversas barreras de orden simbólico y material que producen una brecha en la accesibilidad a los cargos jerárquicos de estas instituciones, en detrimento de las mujeres.

## II. Metodología

Se realizó un estudio exploratorio con un diseño cuali-cuantitativo entre los meses de agosto y diciembre del 2018. En una primera etapa se trabajó desde un abordaje cuantitativo sobre las estructuras jerárquicas de las unidades de observación y su composición de género. En una segunda etapa, se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales médicas e informantes clave en hospitales públicos y unidades académicas entre octubre y diciembre del mismo año.

Para el diseño cuantitativo se trabajó con cuatro bases de datos, que a continuación se describen.

- Base de Recursos Humanos de hospitales públicos provinciales de La Plata (Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2017). Esta base contiene 2792 registros correspondientes a médicos/as. Incluye las variables: hospital, sexo, edad, régimen laboral y especialidad. A partir de estas se crearon variables para obtener si la especialidad es médica o no y ver si dicha especialidad se vincula a lo pediátrico o a líneas de cuidado exclusivas de pacientes mujeres.

- Base de autoridades de hospitales públicos provinciales y sanatorios y clínicas privados de La Plata (elaboración propia a partir de datos sacados de internet). Contiene 271 registros. Incluye las variables: nombre de hospital o clínica, tipo de hospital o clínica (público o privado), sexo, profesión, puesto, área. A los cargos jerárquicos de hospitales públicos se les pudo asignar la edad. Se creó una variable de rango jerárquico del puesto ocupado, ya que por ejemplo del Hospital San Juan de Dios y del Policlínico San Martín hay datos de jefes de sala y servicio. La diferencia de rangos en los privados se da a partir de cómo están los puestos jerarquizados en las páginas web de los respectivos sanatorios.

- Médicos/as de y otros/as profesionales de clínicas y sanatorios privados (elaboración propia datos sacados de internet). Contiene 1508 registros. Incluye las variables: nombre de clínica o sanatorio, sexo y especialidad, en el caso de los/as médicos/as (incluye especialidades no mé-

dicas). Se creó una variable que agrupa las especialidades que se vinculan a lo pediátrico o a líneas de cuidado exclusivas de pacientes mujeres.

- Autoridades y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP (elaboración propia a partir de datos suministrados por la página de la propia institución). 1234 registros de docentes y autoridades. Informa: Sexo, cargo y repartición de las autoridades y sexo, cargo, materia, año de la materia, modalidad de la materia, carga horaria y año de la materia en el caso de los/as docentes.

Es importante aclarar que la información ofrecida por las bases de datos armadas a partir las páginas web oficiales de las instituciones puede no ser exhaustivas en relación a los/as profesionales que trabajan en dichas instituciones, ya que se desconoce el criterio con el que publican dicha información.

### **Unidades de observación**

Hospitales públicos provinciales de la ciudad de La Plata:

- Hospital Subzonal Especializado "Dr. José Ingenieros"
- Hospital Subzonal Especializado "Dr. Ramos Mejía"
- Hospital Especializado Local "San Lucas"
- Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn"
- Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Ricardo Gutiérrez"
- Hospital Interzonal de Agudos Esp. en Pediatría "Sor María Ludovica"
- Hospital Interzonal General de Agudos "San Roque"
- Hospital Interzonal General de Agudos "Gral. José de San Martín"
- Hospital Interzonal General de Agudos "Profesor Dr. Rodolfo Rossi"
- Hospital Subzonal Especializado "Elina de La Serna de Montes"
- Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios"

- Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra"
- Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental (ex "Reencuentro")
- Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil "Dr. A. M. Bollini"
- Instituto de Hemoterapia
- Dependencias del CUCAIBA

Clínicas y sanatorios privados de la ciudad de La Plata:

- Sanatorio Argentino
- Instituto del Diagnóstico
- Instituto Médico Platense
- IPENSA
- Hospital Italiano
- Instituto Médico Mater Dei (solo personal no jerárquico)
- Hospital Español (solo personal jerárquico)

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata

### III. Marco teórico

Distintas corrientes teóricas impulsadas por movimientos de mujeres y feministas en todo el mundo, convergieron para abrir un espacio de investigación sobre el mundo del trabajo desde una perspectiva de género. Con el objetivo de dar cuenta de las realidades diversas que dentro de la división internacional y sexual del trabajo atraviesan los espacios laborales latinoamericanos.

Por un lado, los debates acerca del "desarrollo" en los años '80 y la emergencia del paradigma del desarrollo humano como crítica al concepto economicista del desarrollo, que permeó no sólo al movimiento de mujeres y feminista sino también canalizó la crítica de los movimientos ambientales.

Las teorías y políticas del desarrollo han sido criticadas por no dar cuenta de la problemática de las mujeres como problema de desarrollo, por no incluir a las mujeres y no incorporar la perspectiva de género en la investigación. Al principio fueron análisis y estadísticas por información por sexo, posteriormente, la inclusión de la perspectiva de género, hizo visible estadísticamente a las mujeres. (LAGARDE, 1996)

Por otro lado, las críticas de los feminismos radical y socialista al marxismo ortodoxo, que permitieron pensar la funcionalidad del trabajo doméstico (reproductivo) como engranaje fundamental del capitalismo desde su etapa de acumulación originaria y dieron origen a diversas corrientes de economía feminista, que pusieron el foco de investigación en las desigualdades del mundo del trabajo y en las principales problemáticas asociadas.

Las distintas críticas al modelo patriarcal de desarrollo dieron lugar a la emergencia de conceptos como "paridad de género", "brecha salarial", "techo de cristal", "segregación vertical", "segregación horizontal", conceptos que tanto en economía como en política nos permiten visibilizar las desigualdades existentes entre varones y mujeres en la esfera pública de nuestras sociedades.

Existe un consenso generalizado en la idea de que la exclusión o la subrepresentación de las mujeres distorsiona y sesga el desarrollo y degrada las democracias latinoamericanas.

### Desigualdad laboral en Argentina

- Antecedentes

Con la restitución de la democracia en Argentina y la del Estado de Derecho comenzó un proceso de inclusión de las mujeres en la educación superior que fue in crescendo. Según recoge un estudio de PNUD (2018) "Las argentinas tienen actualmente mayores tasas de matriculación y de ingreso y menor tasa de sobreedad que los varones. Además, la participación económica femenina se ha incrementado marcadamente y alcanza a casi 7 de cada 10 argentinas entre 25 y 64 años." (PNUD, 2018, 1)

A partir de los años '80, en América Latina asistimos a un proceso que se ha denominado de "feminización del mercado laboral" que implica que la tasa de empleo de las mujeres ha aumentado, aunque sigue siendo inferior en relación a los varones. En Argentina este proceso tuvo que ver con el avance del sector servicios y actividades terciarias producto de la reestructuración económica que introdujo el golpe cívico - militar de 1976, y que se acentuó en los años '90.

"A principios de los años '90 la participación femenina en el mercado de trabajo urbano se ubicaba alrededor del 37,3%, mientras que en el primer trimestre del año 2004 ascendía al 49,2%" (DURE, COSACOV, DURSI, 2009, 2)

Además del aumento en el acceso a la educación superior y la reestructuración global de la economía en favor de sectores donde las mujeres tuvieron mayor acceso; la aceleración del ingreso al mercado laboral por parte de las mismas en los años '90 estuvo determinada por estrategias familiares vinculadas al aumento del desempleo y al deterioro de los salarios reales.

Sin embargo, la desigualdad de género en la inserción en el mercado laboral persiste. Una proporción importante de las trabajadoras continúa desempeñándose en trabajos más precarios, inestables, con menor cobertura formal y menores salarios que los de sus pares varones. Estas desigualdades se dan en dos direcciones, por un lado, una inserción

en ámbitos diferenciados, por otro lado, una participación ocupacional “segregada verticalmente”. (PNUD, 2018)

Segregación vertical o “techo de cristal” refiere a una “barrera invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar. Este concepto ha sido descrito por algunas estudiosas de la sociología y la economía referido al trabajo femenino, particularmente en los países anglosajones, que hacia mediados de los años ‘80 del siglo XX se preguntaron por qué las mujeres estaban subrepresentadas en los puestos más altos de todas las jerarquías ocupacionales. Es utilizado para analizar la carrera laboral de mujeres que habían tenido altas calificaciones en sus trabajos, gracias a su formación educativa superior. Sin embargo, su experiencia laboral indica que en determinado momento de sus carreras se encuentran con ese tope.” (GAMBA, 2007, 310-311)

Esta barrera invisible se constituye de distintas dimensiones:

1. las responsabilidades domésticas y el cuidado de los niños: La dedicación horaria de los puestos más altos en la mayoría de los espacios laborales está diseñada por lo general dentro de un universo de trabajo masculino, e incluye horarios que habitualmente no están disponibles para las mujeres, dado que por lo general este grupo de mujeres también desempeña roles domésticos como madres, esposas y amas de casa.
2. el nivel de exigencias: en sus carreras laborales se les exige más que a sus pares masculinos.
3. los estereotipos sociales: modelos de conducta preestablecidos que paralizan la carrera laboral de las mujeres. Los estereotipos de género se convierten en poderosos obstáculos subjetivos para las mujeres.
4. la percepción que tienen de sí mismas las propias mujeres: la falta de modelos femeninos con los cuales identificarse lleva a este grupo generacional a sentir inseguridad y temor por su eficacia cuando acceden a lugares de trabajo tradicionalmente ocupado por varones. (GAMBA, 2007, 311-312)

## Las mujeres en el sector salud

### - Feminización profesionalizada

El sector salud respecto a la equidad de género presenta un desafío relevante, no solo por ser un sector clave en el desarrollo de nuestras sociedades sino también por ser un sector históricamente feminizado.

La salud se diferencia del resto de actividades por el tipo de servicio que brinda. Es un sector que emplea mano de obra intensiva, especialmente entre los/as profesionales, presta un servicio de alta repercusión social y posee recursos humanos altamente calificados (AZPIAZU, 2016)

El aumento de mujeres médicas, fenómeno que denomina “feminización profesionalizada”, transformó la naturaleza de la feminización histórica del sector, que se caracterizaba por una presencia mayoritaria de mujeres entre técnicos/as y operativos/as. Dentro del conjunto de las mujeres profesionales, una de cada cuatro pertenece a este sector. (PNUD, 2018)

“La tendencia que se infiere es un crecimiento muy importante en la proporción de mujeres profesionales: en 1980 representaban cerca de 3 de cada 10 puestos, mientras que en 2016 la cantidad prácticamente se duplicó y alcanza al 59,3%.” (PNUD, 2018, 10)

Las mujeres actualmente, son mayoría en el total de estudiantes de las carreras de Medicina del país. Este fenómeno se manifiesta en todas las instancias del ciclo universitario y sugiere una tendencia expansiva en los próximos años. No sólo hay más mujeres estudiantes, sino que se gradúan en mayor proporción y las inscriptas también son mayoría.

En el año 2016 el 55,7% de las mujeres de la salud completaron sus estudios terciarios o universitarios, lo cual representó un 35,2% de incremento en relación al año 2003. Más de la mitad de las trabajadoras del sector completó sus estudios superiores, una diferencia de más de 20 puntos porcentuales respecto al conjunto de las mujeres ocupadas y la brecha en relación a los varones se redujo a más de la mitad.

“El proceso de feminización se intensifica con las médicas que hoy tienen alrededor de 50 años, que ingresaron a la universidad en el comienzo del restablecimiento democrático, se afianza entre las médicas entre 30 y 40 años, y se consolida entre las menores de 30.” (PNUD, 2018, 35)

#### -Registración y estabilidad laboral

Junto a este proceso de profesionalización, los avances en la registración para el conjunto de los/as trabajadores/as del sector y en la estabilidad laboral coadyuvaron para la mejora de indicadores como la brecha de ingreso y el acceso a puestos de decisión.

El 77% de las mujeres asalariadas del sector están registradas, dato que sobresale respecto al porcentaje de mujeres registradas en el conjunto de la población ocupada con una diferencia de 14 puntos porcentuales. Asimismo, la actividad explica el 8% del empleo femenino de todo el país, mientras que para los trabajadores varones explica el 3%.

“Entre 2003 y 2016, hubo un incremento en el porcentaje de trabajadoras del sector salud registradas de 35,7 puntos porcentuales. Este aumento fue parte de una mejora que influyó también en los varones del sector, quienes incrementaron su nivel de registración en una magnitud similar. Si bien la proporción de varones con aportes jubilatorios aún es mayor, la brecha entre ambas coberturas se redujo a más de la mitad en el período bajo estudio, del 13% al 5%.” (PNUD, 2018, 15)

Esta diferencia del 5% tiene implicancias en la brecha de ingreso total entre las mujeres profesionales y sus contrapartes varones.

Respecto a la antigüedad y estabilidad laboral se observa que 6 de cada 10 mujeres se desempeñan desde hace al menos 5 años en sus trabajos.

“Entre las mujeres de la población ocupada, menos de la mitad tienen 5 años de antigüedad. Entre los varones del sector salud, el porcentaje con 5 años

de antigüedad es aún más alto, si bien la brecha de género también se redujo, al igual que en la registración, en el período 2003-2016 en una magnitud similar, del 16% al 6%.” (PNUD, 2018, 17)

Los avances en la registración y los años de antigüedad de las mujeres de la salud no solo mejoraron su situación laboral, debido a la implementación efectiva de sus derechos en términos de la seguridad social y la estabilidad de sus puestos, sino también en relación a otros dos indicadores: la brecha de ingresos y el acceso a puestos de decisión.

#### -Segregación horizontal- Especialización

Las posibilidades desiguales de especialización también marcan una desigualdad a la hora de acceder a puestos jerárquicos en la carrera laboral. Para acceder a un puesto de decisión, en especial en una institución hospitalaria, demanda pertenecer a la planta permanente, y es más factible hacerlo con una especialidad.

“Son las mujeres quienes, a pesar de ser una amplia mayoría entre los graduados, se especializan en menor proporción. Hay más médicas jóvenes sin especialidad no solo respecto a médicas de mayor edad, sino también a sus contrapartes varones de la misma edad. Esta tendencia se manifiesta en la expansión de la base de las mujeres no especializadas entre las más jóvenes.” (PNUD, 2018, 36)

Esta distancia entre mujeres y varones médicos tiene que ver según estudios, con las dificultades que enfrentan las mujeres para realizar residencias en un contexto en que la edad promedio de ingreso es entre los 27 y 29 años, edad en que muchas mujeres transitan procesos de embarazo y maternidad.

Ciertos elementos constitutivos de las residencias suelen presentar mayores dificultades para las mujeres:

“Las residencias son un proceso formativo tradicionalmente diseñado por varones y pensado para ser transitado por sus congéneres. Las prolongadas jor-

nadas laborales, las guardias periódicas, los tratos diferenciales entre géneros y la duración del proceso formativo muchas veces ponen a las mujeres en la disyuntiva de optar por realizar la residencia o una formación de posgrado alternativa, como la especialidad universitaria o la concurrencia, que implican cargas de trabajo menores.” (PNUD, 2018, 36-37)

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

“De 72 especialidades certificadas, en 30 hay predominancia de mujeres y en 40 de varones. Entre las especialidades feminizadas, en 12 de ellas las mujeres representan al menos el 70%, mientras que en las masculinizadas la concentración es mayor: en 19 especialidades al menos el 70% son médicos varones”. (PNUD, 2018, 34)

Esta distribución no es aleatoria, las especialidades masculinizadas tienen mejores remuneraciones y se vinculan con características estereotipadamente masculinas.

“Detrás de esta división, no sólo se reproducen y refuerzan determinados estereotipos de género, sino que las especialidades en las que predominan las mujeres son aquellas que están orientadas al cuidado de la salud de las propias mujeres, o bien las involucran desde su rol de madres. Por ejemplo, las mujeres son mayoría en nutrición, dermatología, pediatría, ginecología, neonatología, obstetricia.” (DURE, COSACOV, DURSI, 2009, 15)

- Segregación vertical o “techo de cristal”

Con los datos que se tienen hasta el 2018, principalmente de la Provincia de Buenos Aires, las brechas en el acceso a puestos de decisión son especialmente marcadas entre las y los médicos.

“En este contexto, se experimentaron mejoras entre los años 2003 y 2016. Si bien no han sido impulso suficiente para promover la paridad en las tareas

de mayor responsabilidad y jerarquía, se incrementó el porcentaje de mujeres jefas y directoras de un 3,9 al 6,2%.” (PNUD, 2018, 21)

Tanto en el Ministerio de la Nación y los ministerios provinciales, como en las principales carreras de medicina del país y en los gremios y asociaciones médicas, las mujeres son minoría en los cargos de responsabilidad.

“Los datos de la provincia de Buenos Aires son elocuentes: las mujeres solo ocupan el 25% de las direcciones ejecutivas en las instituciones hospitalarias. Es decir, menos de 3 de cada 10 cargos. Entre las direcciones asociadas, la participación de las mujeres incrementa al 41%. De todas formas, aun en las direcciones asociadas no se alcanza la paridad.” (PNUD, 2018, 38)

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

Por último, en los principales gremios médicos a nivel nacional las comisiones directivas están conformadas por mayoría de varones, y las mujeres tienden a tener cargos de menor jerarquía. Como se observa en los datos de Ciudad de Buenos Aires:

“En el Sindicato Único de Trabajadores de Buenos Aires (SUTECBA), que nuclea la mayor cantidad de agentes del Escalafón General, hay 13 secretarías,

de las cuales solamente una está ocupada por una mujer, la Secretaría de la Mujer. El Comité de Presidencia de la Asociación de Médicos Municipales (AMM) tiene 13 cargos, de los cuales 4 están ocupados por mujeres, sin ser por supuesto los de mayor jerarquía. Los presidentes de las filiales de los hospitales son 29, de los cuales 23 son varones y 6 mujeres, pertenecientes las mismas a efectores pequeños en cuanto a cantidad de personal. No encontramos ninguna mujer en los hospitales generales de agudos ni en los pediátricos." (DURE, COSACOV, DURSI, 2009, 15)

Un estudio dirigido por Estensoro, E. (2018) titulado "Disparidad de género en el personal en UCI en Argentina" realizado en el ámbito de las Unidades de Cuidados Intensivos de todo el país refleja este fenómeno que se denomina "segregación vertical" o "techo de cristal". El estudio consistió de 104 encuestas completadas, que incluye un universo de 2186 médicos/as de las UCIs, donde el 44% de los/as son mujeres. En las mismas se registraron la distribución por género de los diferentes niveles jerárquicos, la certificación de la junta y las características del hospital. Entre los resultados se ve que la participación de la mujer disminuye a medida que aumenta la responsabilidad: solo el 23% de las mujeres son jefas de departamento.

#### - Ámbito público/privado

El sector privado es, en la actualidad, el principal empleador de las y los trabajadores de la salud en su conjunto. Registra aproximadamente diez mil establecimientos en el país que representan algo más del 60% sobre el total sectorial.

"En 2016, el 65,1% del total de las mujeres del sector salud y el 56,5% del total de los varones se desempeñaban en establecimientos privados. La distribución entre mujeres y varones alcanzaba el 73% entre el total de las y los trabajadores en el ámbito privado y el 65,1% en el ámbito estatal." (PNUD, 2018, 17)

Si comparamos estos porcentajes con los que corresponden al conjunto de la población ocupada se observa que la

concentración de mujeres y varones en el ámbito privado es mayor (el 78,9% y el 86% respectivamente), por lo cual, comparativamente, el sector salud presenta una proporción importante de trabajadores/as en el ámbito estatal.

#### - Brecha de ingresos

La brecha de ingresos mensuales es el resultado de dos diferencias: la de ingreso horaria y la horaria. La diferencia en el ingreso percibido de las mujeres en relación con los colegas varones depende de la diferencia en el ingreso percibido por hora trabajada y de la diferencia en la cantidad de horas trabajadas. Esta situación afecta incluso más a las profesionales que a las técnicas y operativas del sector. (PNUD, 2018)

"La feminización de los puestos profesionales de la salud no condujo a avances significativos en términos de paridad de ingresos. La brecha de ingresos mensuales de la ocupación principal entre las y los profesionales alcanzaba el 19,6% en 2016, y no se identifica una reducción de esta en los últimos años." (PNUD, 2018, 17)

En el subsector privado, donde los salarios se fijan de modo más "discrecional" que en el sector público, en 2014 el salario promedio en pesos de los asalariados registrados era de 9.349,6 para las mujeres y 12.079,9 para los varones, lo que representa una brecha salarial de 22,6 puntos, considerablemente alta en comparación con otros sectores. (AZPIAZU, 2016)

En la Ciudad de Buenos Aires, las mujeres representan el 64% del total de los/as trabajadores/as del sistema público de salud. No obstante, estas mujeres se reparten sólo el 49% del paquete conformado por el total salarial. En el caso de la Carrera de Profesionales, la diferencia se mantiene prácticamente invariable: mientras las mujeres representan el 61% de los profesionales se reparten entre ellas sólo el 48% del total de la masa salarial. En la Carrera Administrativa esto no es muy distinto, ya que las mujeres siendo el 65% del total obtienen sólo un 52% de los salarios." (DURE, COSACOV, DURSI, 2009)

Otro factor que contribuye a que los salarios sean diferenciales en favor de los profesionales varones, es su antigüedad relativa dentro del sistema, ya que la incorporación de las mujeres de forma masiva es más reciente. (DURE, COSACOV, DURSI, 2009)

“La brecha en Salud se encuentra muy por encima de otros sectores que también tienen una alta proporción de mujeres, como la enseñanza (-1,2), y es cercano a la brecha promedio de todas las actividades (25,1). Puede explicarse por el hecho de que las mujeres ocupan en mayor porcentaje ocupaciones menos calificadas y trabajan en promedio menos horas semanales que los varones.” (AZPIAZU, 2016)

- Distribución del tiempo/ Trabajo remunerado y trabajo doméstico

Desde la perspectiva de género, la diferencia horaria entre mujeres y varones, que redundaría en una diferencia salarial pronunciada en la categoría profesional tiene que ver con la distribución entre trabajos remunerado y doméstico (no remunerado). Este aspecto que tiende a ser soslayado en los análisis, condiciona el tiempo disponible de las mujeres para el trabajo profesional ya que las tareas domésticas de organización del hogar y el cuidado de niños/as y ancianos/as, sigue recayendo fundamentalmente sobre las mujeres.

“La diferencia entre las mujeres y varones del sector asciende a 1,8 horas diarias: mientras ellas en promedio dedican 4,8 horas, ellos dedican 3... Es decir, la cantidad de horas diarias invertidas por las trabajadoras del sector en el cuidado y organización de sus hogares es un 60% más que sus contrapartes varones.” (PNUD, 2018, 21)

### HOSPITALES Y CLÍNICAS PRIVADAS

#### - Personal Jerárquico

En una primera instancia se procedió a analizar la distribución de mujeres y varones entre el personal jerárquico en hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados de la ciudad de La Plata. Se establecieron 4 rangos jerárquicos que se componen de la siguiente manera:

- En el sector público “Rango jerárquico 1” son los/as directores/as ejecutivos/as,
- “Rango 2” directores/as asociados/as,
- “Rango 3” jefes/as de servicio,
- “Rango 4” jefes/as de sala o departamento.

Para los rangos 3 y 4 sólo se contó con información de los hospitales San Martín y San Juan de Dios. En el caso de los privados el “Rango 1” está conformado por autoridades, comisiones directivas o consejos directivos, “Rango 2” gerentes/as, comisión fiscalizadora, consejeros/as, consejeros/as honorarios/as y jurado de honor, “Rango 3” gerencias sectoriales, subdirecciones, jefes/as de sectores hospitalarios.

Tomando como referencia estos rangos se puede observar cómo en general, sumados todos los cargos jerárquicos solo un 40% de ellos son ocupados por mujeres. Si se considera solo el primer rango ese porcentaje se reduce a un 20% y en el segundo un 33% (Tabla 1 y Gráfico 1).

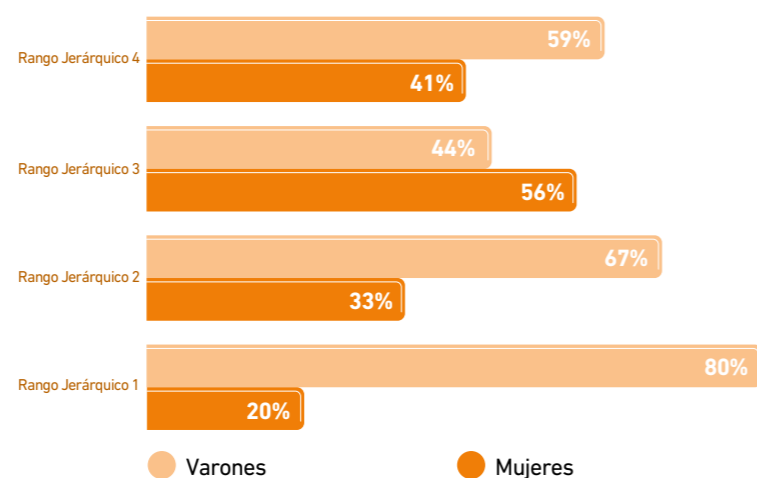
Tabla 1. Personal jerárquico de hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados de la ciudad de La Plata por rango del cargo y sexo. 2018

Rango Jerárquico del cargo/Sexo	Mujeres		Varones		Total general		Relación Mujeres/Varones
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Rango Jerárquico 1	10	20,41%	39	79,59%	49	100,00%	0,26
Rango Jerárquico 2	23	33,33%	46	66,67%	69	100,00%	0,50
Rango Jerárquico 3	54	55,67%	43	44,33%	97	100,00%	1,26
Rango Jerárquico 4	23	41,07%	33	58,93%	56	100,00%	0,70
Total general	10	40,59%	161	59,41%	271	100,00%	0,68

Fuente: Elaboración propia en base a información provista en Internet.



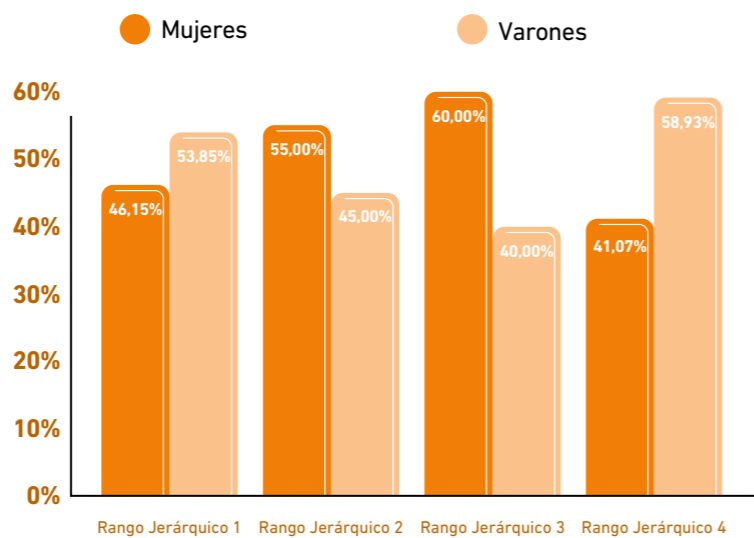
Gráfico 1. Personal jerárquico de hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados de la ciudad de La Plata por rango del cargo y sexo. 2018



Fuente: Elaboración propia en base a información provista en Internet.

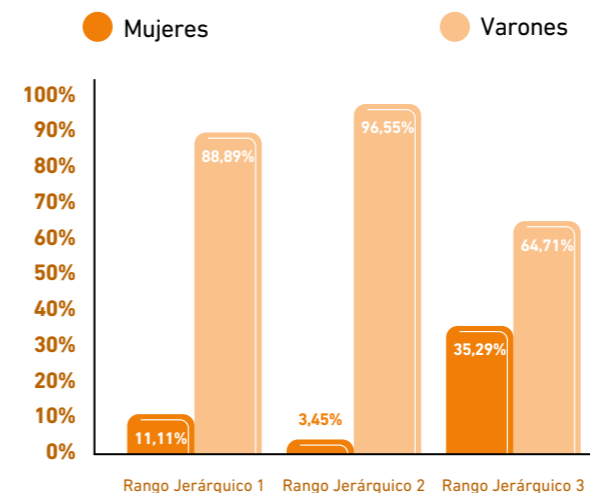
En el caso de los hospitales públicos, un 52% de los cargos jerárquicos son ocupados por mujeres mientras que entre los privados ese porcentaje desciende al 13%. En el rango 1 las mujeres detentan el 46% de los cargos en el sector público y el 11% en el privado, mientras que en el segundo rango la diferencia es aún mayor, siendo el 55% en los efectores públicos contra apenas el 3% de los privados (gráfico 2 y 3). A priori, estas diferencias podrían deberse a una mayor transparencia en la forma de acceso a los puestos jerárquicos y a una tradición del trabajo femenino vinculado al ámbito estatal y de servicios, aunque para poder corroborar estas hipótesis sería necesario contar con elementos que exceden el alcance de este estudio.

Gráfico 2. Distribución por género y rango jerárquico. Hospitales públicos



Fuente: Elaboración propia en base a información provista en Internet.

Gráfico 3. Distribución por género y rango jerárquico. Hospitales privados

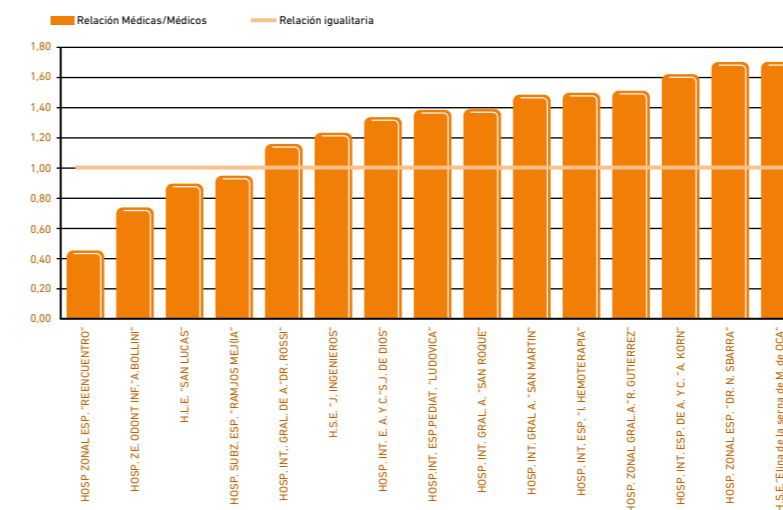


Fuente: Elaboración propia en base a información provista en Internet.

### -Médicos/As Sector Público

Entre los/as médicos/as del sector público, el 58% son mujeres. En el Gráfico 4 se puede observar cómo se distribuyen varones y mujeres según los hospitales. El indicador utilizado es el de relación entre médicas y médicos, que lo que hace es medir cuántas médicas hay por cada médico. Así en el Hospital Elina, la relación es de alrededor de 1,7 mujeres por cada varón y es la institución, junto con el Hospital Sbarra y el Hospital Korn, en la que hay más mujeres médicas en relación a médicos varones. En el otro extremo se encuentran el ex Reencuentro y el Hospital Bollini. En la mayoría de los casos se encuentran más médicas que médicos, lo cual refleja el proceso de feminización profesionalizada referido anteriormente.

Gráfico 4. Relación Médicas/Médicos. Hospitales públicos de La Plata.2018



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

La forma de contratación según sexo muestra que, en el caso de los/as residentes, el 65% son mujeres mientras que en el agrupamiento profesional se reduce al 55% (Tabla 4). Esto posiblemente está relacionado con un proceso de feminización de la medicina, hecho que se puede constatar observando los porcentajes de médicas según el rango de edad, porcentajes que decrecen a medida que se avanza hacia edades mayores. En el rango de 25 a 29 años las médicas son el 70% del total, entre los 30 y los 44 años el porcentaje es alrededor del 60%, entre los 55 y los 64 años las médicas oscilan entre el 50% y 55% y recién en el último rango de edad son claramente más médicos, siendo las médicas un 33% del total (Tabla 5). En el Gráfico 5 se puede apreciar el movimiento descendente de las diferencias. Como se ve, la primera caída es la más abrupta pudiendo deberse a la carga de las residencias y la informalidad en relación las licencias por maternidad, que muchas veces pone a las mujeres en la disyuntiva de optar entre ser madres y sus carreras laborales.

Tabla 4. Tipo de contrato de médicos/as según sexo en hospitales públicos de la ciudad de La Plata. 2018

Tipo de contrato / Sexo	Mujeres		Varones		Total general		Relación Mujeres/Varones
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Becas residentes	580	65,24%	309	34,76%	889	100,00%	1,88
Profesionales	1049	55,12%	854	44,88%	1903	100,00%	1,23
Total general	1629	58,35%	1163	41,65%	2792	100,00%	1,40

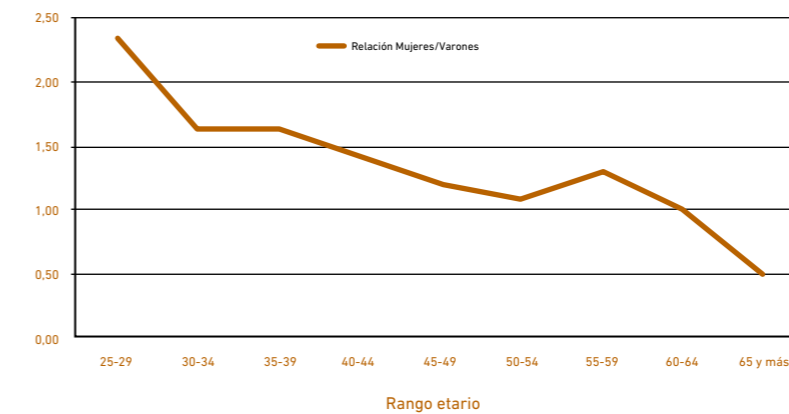
Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

Tabla 5. Edad de médicos/as según sexo en hospitales públicos de la ciudad de La Plata. 2018

Especialidad / Sexo	Mujeres		Varones		Total general		Relación Mujeres/Varones
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
25-29	241	70,06%	103	29,94%	344	100,00%	2,34
30-34	311	62,08%	190	37,92%	501	100,00%	1,63
35-39	207	61,98%	127	38,02%	334	100,00%	1,63
40-44	116	58,88%	81	41,12%	197	100,00%	1,43
45-49	229	56,65%	190	45,35%	419	100,00%	1,21
50-54	144	52,17%	132	47,83%	276	100,00%	1,09
55-59	256	56,51%	197	43,49%	453	100,00%	1,30
60-64	108	49,77%	109	50,23%	217	100,00%	0,99
65 y más	17	33,33%	34	66,67%	51	100,00%	0,50
Total general	1629	58,35%	1163	41,65%	2792	100,00%	1,40

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

Gráfico 5. Relación Mujeres-Varones médicos/as según rango de edad en hospitales públicos de la ciudad de La Plata. 2018



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

Al haber más mujeres, no llama la atención que en la mayoría de las especialidades sean más que los médicos varones. Sin embargo, en algunas de ellas las diferencias son notorias. Por ejemplo, todos los casos de la especialidad nutrición corresponden a médicas mujeres, el 93% en toginecología, 89% en dermatología, 85% en reumatología, 83% en obstetricia y 81% en toxicología y en hematología, por citar las especialidades con mayores porcentajes de mujeres. En el otro extremo, las especialidades con mayor proporción de varones son: el 100% en urología, el 87% en traumatología, el 84% en neurocirugía, el 70% en cirugía y el 63% en cardiología (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de género por especialidad. Hospitales Públicos. 2017

Especialidad / Sexo	Mujeres		Varones		Total general	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Nutricionista	20	100,00%		0,00%	20	100,00%
Tocociología	44	93,62%	3	6,38%	47	100,00%
Dermatología	43	89,58%	5	10,42%	48	100,00%
Reumatología	18	85,71%	3	14,29%	21	100,00%
Obstetricia	40	83,33%	8	16,67%	48	100,00%
Toxicología	9	81,82%	2	18,18%	11	100,00%
Hematología	39	81,25%	9	18,75%	48	100,00%
Endocrinología	12	80,00%	3	20,00%	15	100,00%
Neonatología	103	78,03%	29	21,97%	132	100,00%
Infectología	35	77,78%	10	22,22%	45	100,00%
Rehabilitación	16	76,19%	5	23,81%	21	100,00%
Hemoterapia	21	75,00%	7	25,00%	28	100,00%
Diagnóstico	38	74,51%	13	25,49%	51	100,00%
Medicina	43	72,88%	16	27,12%	59	100,00%
Anatomía	22	70,97%	9	29,03%	31	100,00%
Oftalmología	41	70,69%	17	29,31%	58	100,00%
Psiquiatría	93	68,89%	42	31,11%	135	100,00%
Ginecología	23	67,65%	11	32,35%	34	100,00%
Otras especialidades	10	66,67%	5	33,33%	15	100,00%
Neurología	36	65,45%	19	34,55%	55	100,00%
Oncología	15	65,22%	8	34,78%	23	100,00%
Emergentología	11	64,71%	6	35,29%	17	100,00%
Médico	9	64,29%	5	35,71%	14	100,00%
Gastroenterología	49	62,03%	30	37,97%	79	100,00%
Alergología	8	61,54%	5	38,46%	13	100,00%
Clínica	533	59,35%	365	40,65%	898	100,00%
Nefrología	27	58,70%	19	41,30%	46	100,00%
Demonología	23	56,10%	18	43,90%	41	100,00%
Anestesiología	53	50,96%	51	49,04%	104	100,00%
Terapia	74	46,25%	86	53,75%	160	100,00%
Otorrinolaringología	18	45,00%	22	55,00%	40	100,00%
Cardiología	54	36,49%	94	63,51%	148	100,00%
Cirugía	25	29,41%	60	70,59%	85	100,00%
Neurocirugía	8	15,38%	44	84,62%	52	100,00%
Traumatología y Ortopedia	16	12,70%	110	87,30%	126	100,00%
Urología		0,00%	24	100,00%	24	100,00%
Total general	1629	58,35%	1163	41,65%	2792	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

Si se agrupan las especialidades destinadas exclusivamente a pacientes mujeres (ginecología, obstetricia, etc.), la relación es de casi 5 médicas por médico. Mientras que las especialidades pediátricas (clínica pediátrica, neonatología u otras con orientación hacia niños y niñas como dermatología pediátrica, etc.) la relación es de casi 3 médicas por médico (Tabla 7).

Esta distribución de especialidades está relacionada con lo que en el marco teórico se describe como segregación horizontal, vinculada a los estereotipos de género, o sea a las características culturales asignadas a varones y mujeres. Estas distribuciones entre especialidades "masculinizadas"

y "feminizadas" tienen un impacto en la desigualdad que las mujeres profesionales presentan en relación a sus colegas varones, no sólo en cuanto a la brecha salarial sino también en cuanto a la desigualdad en el acceso a puestos jerárquicos de decisión, ya que son especialidades "masculinizadas" las mejor pagas y las que mayormente alcanzan estos puestos.

Tabla 7. Distribución de género por especialidades del cuidado de la mujer y pediátricas. Hospitales públicos. 2017

Especialidad / Sexo	Mujeres		Varones		Total general		Relación Mujeres/Varones
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Especialidades de la mujer	121	82,88%	25	17,12%	146	100,00%	4,84
Especialidades pediátricas	474	74,41%	163	25,59%	637	100,00%	2,91
Total general	595	75,99%	188	24,01%	783	100,00%	3,16

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

### -Médicos/As Sector Privado

La situación en relación a los/as médicos/as es muy distinta en el sector privado, ya que las mujeres representan el 37% del total. En la Tabla 8 se puede ver que los cargos ocupados por médicas oscilan entre el 30% y el 40% del total, siendo Mater Dei y el Hospital Italiano los efectores con mayor proporción de médicas y el Sanatorio Argentino e IPENSA los que tienen una proporción menor.

Tabla 7. Distribución de género por especialidades del cuidado de la mujer y pediátricas. Hospitales públicos. 2017

Especialidad / Sexo	Mujeres		Varones		Total general		Relación Mujeres/Varones
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Argentino	79	32,51%	164	67,49%	243	100,00%	0,48
Diagnóstico	79	38,73%	125	61,27%	204	100,00%	0,63
IMP	107	37,28%	180	62,72%	287	100,00%	0,59
IPENSA	67	33,67%	132	66,33%	199	100,00%	0,51
Italiano	153	39,23%	237	60,77%	390	100,00%	0,65
Mater Dei	74	40,00%	111	60,00%	185	100,00%	0,67
Total general	559	37,07%	949	62,93%	1508	100,00%	0,59

Fuente: Elaboración propia en base a información de internet (Páginas oficiales de las clínicas).

Al igual que en el caso de los hospitales públicos, algunas especialidades muestran diferencias considerables en cuanto a la distribución por sexo. En nutrición, fonoaudiología y psicología el 100% son mujeres y en dermatología el 86%. Por otro lado, las especialidades con mayor proporción de varones son: el 100% en urología, el 99% en traumatología, el 90% en clínica quirúrgica, el 87% en cirugía y en anestesiología (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de género por especialidad. Efectores privados. 2019.

Especialidad / Sexo	Mujeres		Varones		Total general	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Fonoaudiología	14	100,00%		0,00%	14	100,00%
Nutrición	19	100,00%		0,00%	19	100,00%
Psicología	6	100,00%		0,00%	6	100,00%
Dermatología	31	86,11%	5	13,89%	36	100,00%
Ecodoppler cardíaco	5	71,43%	2	28,57%	7	100,00%
Ecografía	14	70,00%	6	30,00%	20	100,00%
Infectología	13	68,42%	6	31,58%	19	100,00%
Endocrinología	17	68,00%	8	32,00%	25	100,00%
Ginecología	82	67,77%	39	32,23%	121	100,00%
Oftalmología	22	62,86%	13	37,14%	35	100,00%
Hematología	15	62,50%	9	37,50%	24	100,00%
Reumatología	14	60,87%	9	39,13%	23	100,00%
Pediatría	46	59,74%	31	40,26%	77	100,00%
Hepatología	4	57,14%	3	42,86%	7	100,00%
Alergia	6	54,55%	5	45,45%	11	100,00%
Neonatología	8	50,00%	8	50,00%	16	100,00%
Psiquiatría	8	50,00%	8	50,00%	16	100,00%
Oncología	12	46,15%	14	53,85%	26	100,00%
Neumonología	15	42,86%	20	57,14%	35	100,00%
Neurología	11	40,74%	16	59,26%	27	100,00%
Otorrinolaringología	16	37,21%	27	62,79%	43	100,00%
Otras especialidades	17	34,69%	32	65,31%	49	100,00%
Gastroenterología	18	33,33%	36	66,67%	54	100,00%
Clínica Médica	42	32,56%	87	67,44%	129	100,00%
Nefrología	7	30,43%	16	69,57%	23	100,00%
Diabetes	2	28,57%	5	71,43%	7	100,00%
Diagnóstico por imágenes	7	26,92%	19	73,08%	26	100,00%
Cardiología	38	25,00%	114	75,00%	152	100,00%
Unidad Coronaria	2	25,00%	6	75,00%	8	100,00%
Medicina Nuclear	2	22,22%	7	77,78%	9	100,00%
Hermodinamia	3	21,43%	11	78,57%	14	100,00%
Transplante de médula	1	20,00%	4	80,00%	5	100,00%
Neurocirugía	7	18,92%	30	81,08%	37	100,00%
Patología	2	18,18%	9	81,82%	11	100,00%
Terapia intensiva	3	15,00%	17	85,00%	20	100,00%
Flebología	1	14,29%	6	85,71%	7	100,00%
Anestesiología	6	13,33%	39	86,67%	45	100,00%
Cirugía	21	12,80%	143	87,20%	164	100,00%
Clínica Quirúrgica	1	10,00%	9	90,00%	10	100,00%
Traumatología	1	1,01%	98	98,99%	99	100,00%
Urología		0,00%	32	100,00%	32	100,00%
Total general	559	37,07%	949	62,93%	1508	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a información de internet (Páginas oficiales de las clínicas).

Al realizar el mismo agrupamiento que para el caso de los hospitales públicos en especialidades de la mujer y en especialidades pediátricas, la relación es de casi 2 médicas por médico en el primer caso y de casi 1,5 médicas por médico en el segundo caso. Se trata de diferencias mucho menos pronunciadas que en el sector público (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de género por especialidades del cuidado de la mujer y pediátricas. Efectores privados. 2019

Tipo de especialidad / Sexo	Mujeres		Varones		Total general		Relación Mujeres/Varones
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Especialidades de la mujer	88	66,17%	45	33,83%	133	100,00%	1,96
Especialidades pediátricas	98	58,33%	70	41,67%	168	100,00%	1,40
Total general	186	37,07%	115	62,93%	301	100,00%	1,62

Fuente: Elaboración propia en base a información de internet (Páginas oficiales de las clínicas).

## - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

En relación a la distribución entre varones y mujeres en los cargos de cátedras de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, según datos actualizados publicados en la página de la Facultad, se observa que en general la cantidad de profesores varones con cargos es superior (55,43%) mientras que las mujeres ocupan cargos en un 44,57%. Si se desagrega por jerarquía, se observa que los cargos más importantes, con mayor responsabilidad, son ocupados fundamentalmente por varones. Donde mayormente se expresa es en los cargos de titulares de cátedra, donde el 81% son varones y el 19%, mujeres. En los cargos de adjuntos/as también se observa una diferencia significativa, aunque no tan aguda: el 62% están ocupados por varones y el 38% por mujeres. Dentro de los/as JCL, casi el 67% son varones. La relación se va equiparando en los cargos con menos responsabilidad dentro de la estructura universitaria. Entre los/as JTP, el 51% son mujeres y entre los/as ayudantes diplomados/as casi el 49% son mujeres.

En la estructura presentada podemos observar lo que la bibliografía categoriza como "segregación vertical" o "techo de cristal" para las profesoras mujeres, un cuello de botella que redundará en un ensanchamiento de la brecha salarial entre varones y mujeres.

Tabla 11. Distribución de cargos por género. 2019. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP

Especialidad / Sexo	Mujeres		Varones		Total general		Relación Mujeres/Varones
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Titular	11	18,97%	47	81,03%	58	100,00%	0,23
Adjunto	58	38,41%	93	61,59%	151	100,00%	0,62
Asociado	1	50,00%	1	50,00%	2	100,00%	1,00
Libre		0,00%	7	100,00%	7	100,00%	0,00
JCL	4	33,33%	8	66,67%	12	100,00%	0,50
JCL Ad Honórem		0,00%	1	100,00%	1	100,00%	0,00
JTP	96	51,06%	92	48,94%	188	100,00%	1,04
Ayudante diplomado (AD)	268	48,64%	283	51,36%	551	100,00%	0,95
AD Ad Honórem	99	41,95%	137	58,05%	236	100,00%	0,72
Consulta	1	100,00%		0,00%	1	100,00%	N/A
Total general	538	44,57%	669	55,43%	1207	100,00%	0,80

Fuente:Elaboración propia en base a información de la Facultad de Ciencias Médicas.UNLP.

En los cargos de gestión de la Facultad se observa también segregación de las mujeres en una relación de 2 varones por mujer.

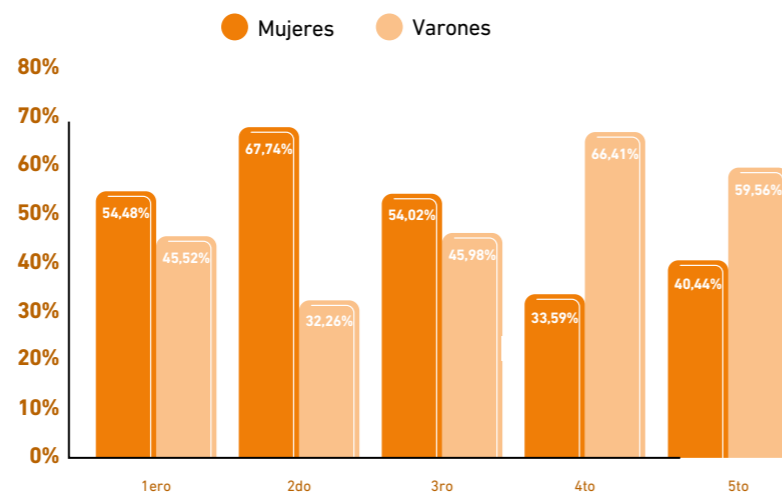
Tabla 12. Distribución de cargos jerárquicos por género. Facultad de Ciencias médicas. UNLP.

Régimen / Sexo	Mujeres		Varones		Total general	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Decano		0,00%	1	100,00%	1	100,00%
Vicedecana	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
Sec. General	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
Director Ejecutivo	1	50,00%	1	50,00%	2	100,00%
Secretario	3	33,33%	6	66,67%	9	100,00%
Prosecretario	1	10,00%	9	90,00%	10	100,00%
Director	1	50,00%	1	50,00%	2	100,00%
Jefe del Departamento	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
AD Ad Honórem	9	33,33%	18	66,67%	27	100,00%

Fuente:Elaboración propia en base a información de la Facultad de Ciencias Médicas.UNLP.

Si observamos la distribución de profesores y profesoras por año de la carrera, vemos una tendencia decreciente en la participación de las mujeres: se da una mayor concentración en los primeros años y disminuye en los últimos.

Gráfico 6. Distribución de docentes por género y año de la carrera. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP.



Fuente:Elaboración propia en base a información de la Facultad de Ciencias Médicas.UNLP.

## V. Percepciones y representaciones de profesionales médicas sobre las barreras simbólicas y materiales en las carreras laborales de las mujeres en los ámbitos hospitalarios y académicos.

Desde una perspectiva cualitativa, y aun con las limitaciones propias de un estudio de campo de tipo exploratorio, se pueden visualizar -a través de entrevistas a profesionales médicas que trabajan en hospitales y han alcanzado cargos de jefatura y/o gestión- algunos obstáculos que han atravesado en sus carreras. Aunque estos relatos conforman su biografía particular, se hacen extensibles como las barreras simbólicas que las mujeres atraviesan en sus trayectorias laborales, en experiencias colectivas e individuales. Si bien la cantidad de variables que constituyen estas barreras no son abordadas en esta instancia de manera exhaustiva, se resaltan a continuación algunas dimensiones fundamentales de la problemática.

- Violencia simbólica. Segregación de género.

En cuanto a obstáculos no materiales que perjudican la carrera laboral de las mujeres, la violencia machista aparece en los relatos como vivencia sistemática, corroyendo subjetivamente la seguridad de las mujeres profesionales en su ámbito de trabajo. Y también a las estudiantes mujeres en sus ámbitos de estudio.

Por ejemplo, una terapia intensiva, entra una mujer a una interconsulta, todos los que están ahí escriben algo, del 1 al 10, le ponen puntaje. '¡Qué forma de perder el tiempo!' pensaba yo, me reía. Pero ahora lo veo desde otra óptica. Esas complicidades masculinas, el club de viejos amigos (D., médica, 63 años).

Docentes que dicen no puede ser que haya tantas minas en la facultad, qué a va a pasar con esta facultad, son una plaga, que agreden, que entra una estudiante con un pañuelo por la legalización del aborto y son totalmente agredidos, ridiculizados, desde lo discursivo, las formas, el tono. Docentes que hacen comentarios totalmente inapropiados como "Qué linda que sos", mensajes de Messenger, de Whatsapp, cosas muy burdas (Informe clave, médica, 34 años).

Estas formas de cosificación sobre las mujeres redundan en una segregación de las mismas de ámbitos de socialización profesionales.

Es imposible ser parte de 15 tipos que están hablando de fútbol, del golf, incluso de política, eso la única solución que tiene es que se aumente el porcentaje de mujeres y se diluyan esas ideas. Eso sí lo viví, ahora con la literatura feminista voy viendo cosas que sí sentí, eso lo viví(D., médica, 63 años).

En relación a las barreras simbólicas, que no son explícitas ni formales, se observan al interior de la Facultad de Ciencias Médicas, diferencias en el trato hacia alumnas mujeres y varones que podrían influir de modo negativo en la carrera de las mujeres al interior de la institución:

Hay una lógica de mucha violencia, hay una cuestión ahí de jerarquía, de roles muy puesta en juego sobre todo en los exámenes finales y de meritocracia, muy evidente, y cuando vos llegás, sí se dan, sobre todo cuando el docente es un varón, el trato es diferente, sí. Las minas salimos llorando de los exámenes, mucho mucho, con mucha frecuencia(Informante clave, médica, 34 años).

Estas dinámicas son lógicas de funcionamiento que van naturalizándose al interior de las instituciones, llegando a "pasar desapercibidas" en muchos casos y así reproducirse a lo largo del tiempo:

Lo que tiene medicina es que hay como una lógica tan disciplinadora e individualista una vez que entrás, que entrás como en una carrera, donde hay una segregación y no te das cuenta, digo, quedás más fácilmente expuesto porque rápidamente quedás medio solo(Informante clave, médica, 34 años).

#### - Estereotipos de género

Los estereotipos de género son representaciones sociales acerca de las conductas y los lugares que "deben" ocupar varones y mujeres en los distintos ámbitos en que se desarrollan. Estos estereotipos influyen de modo significativo en las elecciones personales, en detrimento del desarrollo de las mujeres fuera del ámbito doméstico. En la medicina estos estereotipos se reflejan en las especialidades "masculinizadas" y las "feminizadas", vinculado a las características que se asignan culturalmente como propias de varones y mujeres.

Todas las especialidades pediátricas, las de cuidado, las de rehabilitación y todo lo que es ginecología, obstetricia...eso está vinculado a las especialidades que tienen que ver con el rol biológico de la mujer, como de madre, de cuidadoras, que da a luz. Y las especialidades quirúrgicas que son las más duras, las que dan

más plata, obviamente los hombres van allí(D., médica 63 años).

Cada dos días llega una piba diciendo "che este docente dijo espero que no haya mujeres terapistas", que no se especialicen en terapia intensiva(Informante clave, médica, 34 años)

Como puede observarse en la cita anterior, la distribución de género de las especialidades, vinculada a los estereotipos sociales de género, redundan en desigualdades materiales de orden salarial y político ya que son las especialidades "masculinizadas" las que mejores ingresos y mayor status social tienen. Esto marca también una desigualdad en el acceso a puestos jerárquicos constituyéndose como barreras de orden simbólico.

Los mandatos de género devenidos en estereotipos conducen a muchas mujeres que quieren "abrirse camino" en ciertos ambientes monopolizados por varones, a imitar las conductas de ellos, una mimetización con los códigos masculinos, que no es más que una mimetización con la forma masculina de ejercer la autoridad o el poder.

Y también esa cuestión que tiene el hombre de, dicho guarangamente, ver quién la tiene más larga, que en la mujer no existe. Pero a mí me ha pasado con varones acá adentro, y viste tenés que decir, querido, si no te gusta, concursás en la próxima. O decirle, mirá acá la que la tiene más larga soy yo. Cosas así eh. Y se acomodan, lo que tiene los varones es que se acomodan a la autoridad, eso sí(D., médica, 63 años).

Después, lo que se ve mucho, que las mujeres que llegan a estos cargos vos ves que actitudinalmente reproducen muchas lógicas machistas, hay algo ahí, para llegar a ese lugar hay que ser coherente con esa lógica de poder y es bien notorio(Informante clave, médica, 34 años).

#### - Trabajo doméstico. Maternidad

Las mujeres son las principales encargadas de lo que de forma general se llama "trabajo doméstico" y que incluye tareas de reproducción de la vida, de cuidado de niños/as y/o ancianos/as o familiares a cargo. La bibliografía feminista identifica como "doble jornada" la realidad de las mujeres sobre las que recae no sólo la responsabilidad y el tiempo del trabajo "fuera del hogar", sino también al interior del mismo. Esta realidad muchas veces lleva a las mujeres a tener que optar entre la carrera laboral y la vida familiar, lo cual deteriora las posibilidades de las mismas de alcanzar puestos jerárquicos dentro de los ámbitos de trabajo.

Sí, tenés que optar. Tenés que optar y a veces ni lo elegís, es una no elección que se da de antemano. Si vos entrás a una residencia, sin duda que la mayoría de quienes tienen hijos son varones, no son las mujeres. La mayoría de las residentes no son madres. En medicina también se da que no tenés franjas horarias inclusivas, no tenés posibilidades para estudiar (Informe clave, médica, 34 años).

Yo creo que todavía las mujeres se dedican o se tienen que ocupar de cosas que no les permiten dedicarse a esto... las tareas con los hijos con la casa, te lleva mucho tiempo. No hay muchas mujeres dispuestas a levantarse a las 2 am para ir a un infarto agudo y yo creo que hoy día mucha gente no está haciendo esas cosas. De hecho se está planteando que las guardias de todos (médicos y médicas) sean de 12 hs. Ahora se viene todo repartido, hay mucha gente que está separada, los hijos unas semanas los tienen unos otros, otros. Entonces se comparte más. Sino todavía sigue siendo la mujer la que más carga con ese trabajo (M., médica, 52 años).

## VI. Reflexiones Finales

En Argentina, los logros educativos de las mujeres en el ámbito de la salud y los de registración y estabilidad laboral en el conjunto del sector, impulsaron el acceso de las mujeres a puestos de calificación profesional en un proceso que se denominó de "feminización profesionalizada" en un sector históricamente feminizado, fundamentalmente por el peso estadístico de las trabajadoras técnicas y operativas. En la actualidad, las profesionales de la salud tienen una participación mayoritaria respecto a sus colegas varones, como pudimos ver reflejado en este estudio.

Sin embargo, este proceso aún no es acompañado de una paridad en el acceso a cargos jerárquicos a nivel institucional. Como se puede observar en este trabajo, los cargos de mayor jerarquía, tanto en la Facultad de Ciencias Médicas, como en hospitales públicos y sanatorios y clínicas privadas siguen siendo ocupados fundamentalmente por varones.

Como se mencionó en diferentes partes del trabajo, su carácter exploratorio implica un alcance limitado para formular explicaciones concluyentes respecto varias de las situaciones que de él se desprenden y que son material para nuevas investigaciones.

La persistencia de patrones culturales y estereotipos machistas horadan las posibilidades de las mujeres de desarrollarse en el ámbito profesional. La distribución de la carga del trabajo doméstico no remunerado y el cuidado de niños/as, ancianos/as y/o familiares a cargo sigue siendo desigual, recayendo fundamentalmente sobre las mujeres. Los estereotipos de género, que reducen a las profesionales a ciertas especialidades médicas vinculadas con los cuidados de las mujeres y niños/as, se constituyen como barreras invisibles hacia el alcance de puestos más altos en las carreras laborales. A la vez que reproducen las violencias simbólicas que corroen las subjetividades de las mujeres en el ámbito público.

## VII. Bibliografía

- Azpiazu E. L. (2016), Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo, Revista Pilquen Sección Ciencias Sociales, Vol 19 n°1, <http://www.curza.net/revistapilquen/index.php/Sociales>.
- Dure M.I., Cosacov N., Dursi C. (2009), "La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa", Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN: 1667-3700 • Año 7- No 13.
- Estensoro E., Genderdisparity in ICU staffing in Argentina, XXVIII Congreso Argentino de Terapia Intensiva, Rosario, 2018.
- Gamba S.B. (coord.) (2007), Diccionario de estudios de género y feminismos, Editorial Biblos, Buenos Aires, Argentina.
- Lagarde M. (1996), Género y feminismos. Desarrollo humano y democracia, Horas y horas, España.
- PNUD (2018), Género en el sector salud: feminización y brechas laborales, Aportes para el desarrollo humano en Argentina, n°9.



# MUJERES PROFESIONALES EN ÁMBITOS HOSPITALARIOS

En Argentina, el empleo en el ámbito de la salud, tanto pública como privada, es mayoritariamente femenino. Las mujeres representan el 71% de las personas trabajadoras del sector. Este tuvo históricamente una fuerte presencia femenina, principalmente en las tareas semicalificadas con mayor carga de cuidado, como la enfermería. Sin embargo, en las últimas décadas asistimos a un proceso que se llamó de "feminización profesionalizada", que refiere al aumento de la proporción de las profesionales, sobre todo médicas. Diversos estudios muestran que este aumento de la proporción en el ámbito de la salud no ha significado un aumento en el porcentaje de mujeres que ocupan cargos jerárquicos en dichas instituciones.

*La Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2017, considera la creciente feminización de los recursos humanos en el sector, y recomienda incorporar la perspectiva de género y las necesidades de las trabajadoras en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud (PNUD 2018, p. 46).*

El objetivo de este estudio es observar la distribución de cargos entre varones y mujeres en los hospitales públicos y privados de la ciudad de La Plata y en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata (en adelante, UNLP) pudiendo dar cuenta, desde una perspectiva de género, de las diversas barreras de orden simbólico y material que producen una brecha en la accesibilidad a los cargos jerárquicos de estas instituciones, en detrimento de las mujeres.