



# MUJERES TRABAJADORAS EN EL SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA



Documento de Trabajo

# MUJERES TRABAJADORAS EN EL SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA

2022/001



**Mpodera**  
Mujeres + Liderazgo + Salud

## **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, PNUD**

**Sara Ferrer Olivella**

Representante Residente

**Alejandro Pacheco**

Representante Residente Adjunto

**Javier Ignacio Pérez Burgos**

Gerente Nacional Área de Reducción de Pobreza e Inequidad

**Diana Lucía Rojas Sarmiento**

Coordinadora Nacional del Sello Equipares

**Laura Palacios Astorquiza**

**María Camila de la Hoz Moncaleano**

Equipo Técnico, Área de Reducción de Pobreza e Inequidad

**María Camila de la Hoz Moncaleano**

**Ingrid Daniela Florián León**

**María Alejandra Lara**

Autoras

**Lina María Montes Ramos**

Diseño y diagramación

## **MPODERA**

**Diana Isabel Cárdenas Gamboa**

Consultora, Ex viceministra de Salud y Ex Directora de la ADRES

**María Clara Angarita**

Directora Global Políticas Públicas de Oncología, MSD

**Sandra Aramburo Arenas**

Gerente General de Vacunas para la región COPAC (Colombia, Perú, Centroamérica y el Caribe), Sanofi

**Sandra Cifuentes**

VP Marketing, Customer Excellence and Market Access International Markets, Astellas

## **Agradecimientos**

Las autoras agradecen a Amelia Rey Bonilla, María Andrea Trujillo Dávila, Álvaro Alexander Guzmán Vásquez, Laura Palacios Astorquiza, Diana Rojas, María Clara Angarita, y a Diana Cárdenas por sus valiosos comentarios y rigurosa revisión a este documento.

Se agradece la participación de Mpodera, MSD, Pfizer, Sanofi, Biomarin, Cruz Verde y Afidro como financiadores de este estudio independiente.

*Los contenidos de este documento pueden ser reproducidos en cualquier medio, citando la fuente.*

ISSN 2806-0687

Colombia © 2022

# MUJERES TRABAJADORAS EN EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Elaborado por:

Ingrid Daniela Florián León<sup>1</sup>  
María Camila de la Hoz Moncaleano<sup>2</sup>  
María Alejandra Lara<sup>3</sup>

## RESUMEN

El sector de la salud es un sector altamente feminizado donde las mujeres representan el 71,0% de la fuerza laboral mundial, y el 80,3% para Colombia, a pesar de ello, persisten altas brechas salariales. El presente estudio busca ofrecer un panorama que permita reflejar el estado actual de la composición del talento humano del sector salud en Colombia desde una perspectiva de género, ilustrando la composición del sector según nivel educativo, mediante un análisis de brechas salariales y condiciones laborales de informalidad, para finalmente analizarlo a la luz de los roles de género y las tareas y trabajo de cuidado. En Colombia prevalecen las brechas salariales entre hombres y mujeres para todos los niveles educativos del sector salud, siendo más grandes en los niveles de especialización.

*Palabras Clave: Brechas de género, Sector Salud, Mercado Laboral.*

*Clasificación JEL: J16, J31, J44*

---

<sup>1</sup> Consultora PNUD.

<sup>2</sup> Profesional Técnica Especializada en Investigación, PNUD.

<sup>3</sup> Consultora Mpodera.

# **WOMEN IN THE HEALTH SECTOR IN COLOMBIA**

**Written by:**

**Ingrid Daniela Florián León<sup>4</sup>**  
**María Camila de la Hoz Moncaleano<sup>5</sup>**  
**María Alejandra Lara<sup>6</sup>**

## **ABSTRACT**

The health sector is a highly feminized sector where women represent 71,0% of the global workforce and for Colombia this percentage rises to 80,3%, yet high wage gaps persist. This study presents an overview that accounts for the current state of the composition of the workforce in the health sector in Colombia from a gender perspective, illustrating the composition of the sector according to educational level, analyzing the wage gaps and working conditions of informality, linking it with gender roles and care tasks. In Colombia wage gaps between men and women prevail for all educational levels in the health sector, being larger at specialization levels.

*Keywords: Gender Gaps, Health Sector, Labor Markets*

*JEL Classification: J16, J31, J44*

---

<sup>4</sup> UNDP Consultant.

<sup>5</sup> Technical Professional Specialized in Research, UNDP.

<sup>6</sup> Mpodera Consultant.

## TABLA DE CONTENIDO

Lista de Gráficos.....	5
Lista de Tablas.....	5
Lista de siglas, abreviaturas y acrónimos.....	6
1. Introducción.....	7
2. Revisión de la literatura.....	11
2.1. La salud y el desarrollo humano.....	11
2.2. Los determinantes sociales de la salud.....	12
2.3. La igualdad/desigualdad de género como un determinante social de la salud.....	14
2.4. Brechas de género en el mercado laboral.....	16
2.5. Las brechas de género en el mercado laboral del sector de la salud.....	19
3. Datos y Metodología.....	24
4. Resultados.....	27
4.1. La participación de las mujeres en el Talento Humano en Salud.....	27
4.2. Condiciones laborales y salariales de las mujeres en el sector salud.....	31
4.3. Informalidad, oficios del hogar no remunerados y tareas de cuidado.....	36
5. Conclusiones.....	39
6. Bibliografía.....	43
7. Anexos.....	49

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Distribución regional de profesionales en medicina por género.....	20
Gráfica 2. Distribución regional de personal en enfermería, por género .....	21
Gráfica 3. Proporción de mujeres en diferentes áreas de la salud a nivel global. ....	21
Gráfica 4. Modelo Ecológico. Los factores que inciden en que las mujeres alcancen roles de liderazgo.....	22
Gráfica 5. Distribución del Talento Humano en Salud, según sexo y edad.....	27
Gráfica 6. Distribución del Talento Humano según género y nivel educativo, y porcentaje de mujeres por nivel. ....	28
Gráfica 7. Distribución de profesionales en medicina según género y especialidad.....	30
Gráfica 8. Top 10 de especialidades con mayor cantidad de profesionales por género .....	31
Gráfica 9. Porcentaje de hombres y mujeres según tipo de cotizante dependiente o independiente, 2019 .....	32
Gráfica 10. Proporción de mujeres (der) y brechas salariales (H-M) (izq) según nivel educativo, 2019 .....	33
Gráfica 11. Brecha salarial entre hombres y mujeres por nivel educativo en Colombia, 2018. ....	33
Gráfica 12. Participación femenina en las 10 especialidades con mayor número de personal en Colombia. 2019.....	35
Gráfica 13. Brechas salariales (H-M) para el top 10 de las especialidades según cotizante dependiente, 2019.....	35
Gráfica 14. Brechas salariales (H-M) para el top 10 de las especialidades según cotizante independiente, 2019 .....	36
Gráfica 15. Porcentaje de la población ocupada del sector salud que realizaron de forma no remunerada oficios en su hogar y cuidado de niños según género, 2019-2020 .....	38

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número de personas activas en ReTHUS, según sexo, diciembre 2021.....	25
Tabla 2. Población ocupada en actividades del sector salud, según sexo. 2019 y 2020.....	25
Tabla 3. Población ocupada en actividades del sector salud, según sexo y posición ocupacional. 2019 y 2020 .....	26
Tabla 4. Población ocupada por máximo nivel educativo según sexo. Total Nacional (2018-2019). Cifras en miles .....	28
Tabla 5. Proporción de población ocupada informal total 13 ciudades y áreas metropolitanas y total sector salud, por sexo entre 2019 y 2020 .....	37
Tabla 6. Programas de talento humano en salud, según nivel educativo.....	49
Tabla 7. Regiones .....	52

## **LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS**

<b>EPP</b>	Equipo de Protección Personal
<b>GEIH</b>	Gran Encuesta Integrada de Hogares
<b>IBC</b>	Ingreso Base de Cotización
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PNUD</b>	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>p.p.</b>	Puntos porcentuales
<b>ReTHUS</b>	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud
<b>THS</b>	Talento Humano en Salud

# 1. INTRODUCCIÓN

La desigualdad de género ha sido una característica histórica y un problema estructural de América Latina y de Colombia que se observa en todos los niveles de las esferas públicas y privadas. Estas desigualdades se ven reflejadas en el acceso a recursos y oportunidades, en la acumulación de capital humano, en una significativa feminización de la pobreza, en brechas salariales entre hombres y mujeres para un mismo nivel de capacidades y formación, en prejuicios sobre el que debería ser el rol de las mujeres en el hogar y en la sociedad, entre muchas otras. Aunque a nivel nacional e internacional se han adelantado esfuerzos importantes para el cierre de brechas de género, aún persisten retos importantes a nivel nacional y regional para garantizar los derechos de las mujeres e impulsar el avance hacia su autonomía, sentando las bases para una sociedad con igualdad y equidad.

En el mercado laboral, las brechas de género también representan un problema estructural: a nivel global las mujeres tienen una participación inferior a la de los hombres (47% comparada con el 72% de los hombres) y enfrentan mayores barreras para ascender y ocupar cargos de liderazgo (ILO, 2022). Lo anterior se debe, en parte, a factores de discriminación salarial, discriminación ocupacional, reglas formales e informales, y a la división sexual del trabajo. Esta problemática se observa de forma general y persistente en todos los sectores económicos, manifestándose en forma de segregación vertical<sup>7</sup> y horizontal<sup>8</sup>. Más aún, y a pesar de que la segregación laboral suele traer implicaciones negativas para una economía, ésta parece ser resiliente al crecimiento económico, pues prevalece en países desarrollados y en desarrollo de forma similar (Das & Kotikula, 2019).

En este contexto, y en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030<sup>9</sup>, el Objetivo 5 “Igualdad de género” resalta lo fundamental que es identificar y visibilizar las brechas de género presentes en diversos contextos y sectores económicos con el fin de proponer y gestionar acciones y políticas públicas para avanzar hacia la igualdad de género. La libertad de trabajar, por elección, en condiciones de dignidad, seguridad y equidad, representa una parte integral del bienestar y el desarrollo humano, por lo que garantizar que las mujeres tengan acceso a este derecho es un fin importante en sí mismo (ILO, 2022).

---

<sup>7</sup> La segregación vertical hace referencia a la concentración desigual de mujeres y hombres en cargos de diferentes grados y responsabilidades.

<sup>8</sup> La segregación horizontal hace referencia a la concentración desigual de mujeres y hombres en diferentes sectores y ocupaciones.

<sup>9</sup> La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en el año 2015 la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. La Agenda plantea 17 Objetivos con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental.

Con este fin, Mpodera, movimiento orientado a reducir las brechas de género<sup>10</sup> y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) han sumado esfuerzos para la elaboración de la presente investigación sobre las desigualdades de género haciendo énfasis en el sector de la salud en Colombia, y en los factores que desencadenan las inequidades de género que actualmente se observan en este importante sector.

El sector de la salud cumple un rol fundamental a la hora de determinar la calidad de vida y las capacidades de las personas en una sociedad, así como de promover el desarrollo humano. Por lo anterior, los ODS incluyen un objetivo que hace referencia explícita al tema de la salud (ODS 3), el cual hace énfasis en que debe alcanzarse para el 2030 cobertura universal en salud y acceso a los servicios de salud sin dejar a nadie atrás. Con este objetivo en mente, resulta crucial comprender las dinámicas internas del sector de la salud en Colombia, su estructura y composición, con el fin de identificar y promover sus potencialidades, así como de abordar los aspectos que pueden estar generando ineficiencias e inequidades, como lo son las brechas de género que prevalecen en el sector.

Las mujeres representan casi el 70 % de la fuerza laboral del sector de la salud y los servicios sociales y de cuidado en todo el mundo (representan casi el 90 % de la fuerza laboral de enfermería y obstetricia) (WHO, 2021). Sin embargo, se estima que ocupan solo alrededor del 25% de los puestos de liderazgo en la salud (WHO, 2021). Para Colombia el porcentaje de mujeres en la fuerza laboral del sector de la salud asciende a 80,3%<sup>11</sup>. Al igual que a nivel global, en Colombia también se observa una concentración de las mujeres en el sector en trabajos de menor visibilidad y remuneración que los hombres. Esto en gran parte se debe a los estereotipos de género, barreras estructurales, normas formales e informales, y la discriminación, puesto que limitan el acceso de las mujeres al liderazgo en las entidades y organizaciones. El Centro de Equidad de Género de la Red Mundial de Personal Sanitario de la OMS reconoce que, de todo el personal sanitario y de atención social, las mujeres están sustancialmente subrepresentadas en la gestión, el liderazgo y la gobernanza (Hub, 2018; WHO, 2019).

Como consecuencia de lo anterior, la formulación de políticas y dinámicas sectoriales se ven altamente influenciadas y determinadas por los hombres, lo que a su vez resulta en barreras para alcanzar el cumplimiento del ODS 3 en tanto que se pierde una fracción importante del talento, ideas y conocimiento femenino que no puede hacer parte de la toma de decisiones (WHO, 2019). Esta brecha de liderazgo limita a su vez la reducción de ineficiencias, y el mejoramiento de los sistemas de salud. Además de las consecuencias negativas para el sector, la brecha de género es un problema en sí mismo, puesto que refleja la persistencia

---

<sup>10</sup> Mpodera es un movimiento de líderes que busca empoderar a mujeres en el sector salud en Colombia. Puede ampliar la información en: <https://www.m-podera.org/>

<sup>11</sup> ReTHUS, datos a corte 31 de diciembre de 2021.

de barreras estructurales que impiden que las mujeres vean realizado su derecho a la igualdad y equidad.

Sumado a lo anterior, la pandemia del COVID-19 revirtió muchos de los logros laborales alcanzados en el cierre de brechas de género a nivel global, en tanto que aumentó la carga del cuidado de los niños, niñas y personas mayores, y las labores del hogar: análisis al respecto muestran una pérdida importante de puestos de trabajo, especialmente en los sectores más feminizados (World Economic Forum, 2021). En Colombia, las mujeres ocupadas pasaron de 9,2 millones en el 2019, a 6,7 millones para el mismo periodo en el 2020, lo que significa que más de 2,5 millones de mujeres perdieron sus trabajos durante este periodo (el 27% de mujeres comparadas con el 18% para el caso de los hombres) (DANE, 2020). Esta variación negativa también se observa para las diferentes ramas de actividad económica<sup>12</sup>, para las que se observa una variación negativa de la ocupación absoluta femenina de 482.000 mujeres (para una variación porcentual del 28,5% en comparación con el 14,1% para el caso de los hombres)<sup>13</sup> en la rama en donde se agrupa la población ocupada del sector salud: Administración Pública y defensa, educación, y atención de la salud humana (DANE, 2020).

En el contexto regional de América Latina, las mujeres en el sector salud han tenido que enfrentar a una serie de condiciones de trabajo difíciles, incluyendo extensas jornadas laborales que se suman al mayor riesgo de contagiarse del virus - el diseño de la mayoría de equipo de protección personal (EPP), como tapabocas, está diseñado tomando el cuerpo del hombre y no el de mujeres como referencia para su fabricación, lo que pone en mayor riesgo de contagio al personal de salud femenino; el 90% del personal de enfermería, quienes tienen roles de atención directa y presencial con pacientes, son mujeres (WGH, 2021) -. Lo anterior se suma a la persistente discriminación salarial, donde los ingresos laborales de las mujeres que trabajan en el ámbito de la salud son un 23,7% inferiores a los de los hombres del mismo cargo (CEPAL, 2021).

La crisis sanitaria generada por el COVID-19 ha resaltado la necesidad de volver a poner sobre la mesa las desigualdades de género que enfrentan las mujeres en el sector de la salud. Ha quedado clara la necesidad para el país de analizar cuantitativamente las dinámicas de género relacionadas con el personal sanitario, con el fin de ser insumo para la formulación de políticas públicas orientadas a avanzar en la igualdad de género del sector salud, que conduzcan en el corto y mediano plazo a impulsar un cambio estructural visible, que promuevan y contribuyan al crecimiento del sector, al cumplimiento de los ODS y a alcanzar

---

<sup>12</sup> El DANE clasifica y agrupa las ramas de actividad económica de la población ocupada en 14 grupos usando el CIU 4 A.C.

<sup>13</sup> Para el trimestre abril-junio 2019-2020.

equidad e igualdad en y desde sus prácticas, proyectos, investigaciones, normas y estructura.

El presente documento presenta cifras que permiten dar cuenta de las dinámicas del sector salud en Colombia a partir de la utilización de diferentes fuentes de información<sup>14</sup>. La caracterización desde una perspectiva género indaga por las diferencias en la distribución del personal sanitario a lo largo del territorio nacional, y analiza categorías como salario, educación, empleo y tareas de cuidado. Los hallazgos para Colombia van en línea con las dinámicas globales del sector y responden a los fenómenos inherentes de la segregación de género descritos por la literatura.

El resto del documento aborda las dinámicas del sector salud en Colombia con perspectiva de género en cinco secciones incluyendo esta introducción. La segunda sección desarrolla la revisión de la literatura, seguida por la sección de datos y metodología donde se presentan las principales fuentes de información y el uso de estas. Posteriormente, la sección de resultados aborda los rasgos más relevantes del sector salud con perspectiva de género con una aproximación regional de la composición del Talento Humano en Salud (THS), haciendo especial énfasis en el nivel educativo, brechas salariales y tareas de cuidado. Finalmente, se presentan las conclusiones.

---

<sup>14</sup> Datos administrativos del sector salud y educación, así como información proveniente de la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE.

## 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1. La salud y el desarrollo humano

El concepto y paradigma del desarrollo ha evolucionado constantemente, adoptando diferentes enfoques y definiciones a lo largo de los años. El enfoque de desarrollo adoptado por las Naciones Unidas es el de Desarrollo Humano, el cual parte del análisis de Sen (1999) y consiste en que el desarrollo es el proceso de expandir las libertades y capacidades humanas, y abrir más opciones para que las personas tracen sus propios caminos de desarrollo de acuerdo con sus valores, en lugar de prescribir uno o más caminos particulares (UNDP, 2020). En este sentido, el desarrollo se lleva a cabo a través del empoderamiento de las personas para que identifiquen y sigan sus propios caminos hacia una vida significativa, anclada en la expansión de las libertades (Sen, 1999).

Bajo esta conceptualización de Desarrollo Humano, la salud emerge no solo como un elemento habilitador del desarrollo<sup>15</sup>, sino también como un fin en sí mismo: la equidad en salud como un aspecto fundamental de la justicia social (Restrepo-Ochoa, 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la equidad en salud se entiende como la ausencia de diferencias injustas, evitables, o remediables en la salud de los diferentes grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (OMS, 2022)

El concepto de salud, al igual que el del desarrollo, es un concepto que se ha ido transformando en el tiempo. La OMS entiende la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2022). En este sentido, la salud se entiende interrelacionada con una serie de variables sociales relevantes, y es un elemento crucial que facilita la agencia individual, en tanto que da a las personas las capacidades de vivir una vida que valoran, y les permite ser agentes activos de cambio en el proceso de desarrollo (Ruger, 2003).

Como consecuencia de lo anterior, los ODS incluyen en uno de sus 17 objetivos el objetivo 3: Salud y Bienestar. El ODS 3 tiene como objetivo evitar el sufrimiento innecesario por enfermedades prevenibles y muertes prematuras centrándose en factores clave<sup>16</sup> que pueden potencialmente mejorar la salud de la población general de un país. Asimismo, el ODS3 hace un llamado a mayores inversiones en investigación y desarrollo, financiamiento de la salud y reducción y gestión de riesgos para la salud (UN, 2015).

---

<sup>15</sup> Se ha encontrado que existe una relación estrecha bidireccional entre la salud y el desarrollo económico (Ruger, 2003).

<sup>16</sup> Por ejemplo, la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente; enfermedades transmisibles y no transmisibles; cobertura universal de salud; y acceso para todos a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, de calidad y asequibles.

De acuerdo con lo anterior, la promoción e inversión en salud, así como la estructura y funcionamiento de este sector es crucial para promover el desarrollo humano en las sociedades y el cumplimiento de los ODS. En la medida en que existan ineficiencias o inequidades en salud y en el sector prestador de salud, existirán barreras para alcanzar un desarrollo humano inclusivo y sostenible.

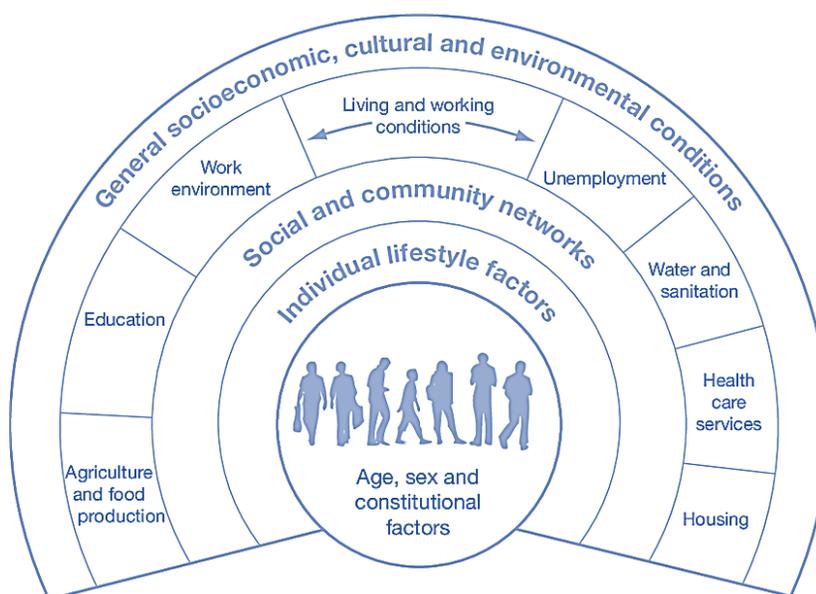
## 2.2. Los determinantes sociales de la salud

La salud, la oferta de servicios de salud y el acceso a éstos por parte de individuos y de una sociedad están determinados por diversos factores que van más allá de los factores biomédicos, entre ellos, factores sociales (ingreso, bienestar, justicia, ambiente, educación, normas sociales, costumbres, políticas sociales, agendas de desarrollo etc.) (OMS, 2022; Dahlgren & Whitehead, 1991) (Ver Figura 1). Lo anterior indica que la salud va más allá del comportamiento individual y de los atributos genéticos y biológicos, y que por lo tanto es necesario enfocarse también en los atributos que tiene una comunidad o una sociedad (Parry & Willis, 2019).

Dahlgren & Whitehead (1991) desarrollaron un modelo que busca explicar cómo estas dimensiones sociales interactúan para determinar los niveles e indicadores de salud en una sociedad. De acuerdo con la Figura 1, en el modelo hay cuatro niveles de influencia: factores de estilo de vida individuales seguidos de tres niveles de determinantes sociales. La primera capa (capa externa) incluye las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; la segunda capa incluye la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el entorno laboral, el desempleo, el saneamiento y el suministro de agua, los servicios de salud y la vivienda. La tercera incluye a las redes sociales, las también tienen un impacto en los resultados de salud. Finalmente, la cuarta capa incluye los determinantes propiamente individuales y su comportamiento. Este modelo sugiere que las capas externas son características de una sociedad que determinan la salud de sus miembros y que cada capa da forma a la siguiente capa interna (Dahlgren & Whitehead, 1991; Parry & Willis, 2019).

La evidencia ha mostrado que los factores sociales juegan un rol fundamental a la hora de explicar una amplia gama de indicadores de salud por encima de los avances médicos, del cuidado médico, o el estilo de vida de las personas (Braveman & Gottlieb, 2014; OMS, 2022). En este sentido, resulta evidente la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de avanzar en el proceso de mejorar la salud general de una sociedad y así cerrar las brechas y desigualdades en este aspecto.

Figura 1. Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: (Dahlgren & Whitehead, 1991)

Por ejemplo, se ha encontrado que la discriminación racial afecta negativamente los resultados en salud de las personas de todos los niveles socioeconómicos al actuar como un factor estresante generalizado en las interacciones sociales, incluso en ausencia de la intención consciente de discriminar (Paradies, 2006). En ese sentido, vivir en una sociedad con un fuerte legado de discriminación racial podría afectar negativamente la salud a través de vías psicobiológicas, incluso sin la existencia de incidentes abiertamente discriminatorios (Williams & Mohammed, 2009; Braveman & Gottlieb, 2014).

En general, los mecanismos a través de los cuales los factores sociales inciden en los resultados e indicadores en salud son diversos, y existe una amplia evidencia que los estudia y analiza (Braveman & Gottlieb, 2014). En este contexto, al buscar una política o estrategia que pueda abordar dichos determinantes, se encuentra una amplia gama de partes interesadas dentro y fuera del sector de la salud y en todos los niveles de gobierno y sociedad civil, lo que representa un reto importante en materia de política pública para hacer frente a las barreras que impiden alcanzar la equidad en salud.

Con miras a apoyar a los países y socios estratégicos en el proceso de abordar los determinantes sociales de la salud, la OMS estableció en marzo del 2005 la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. En el 2008, la Comisión publicó su reporte final<sup>17</sup>, el cual contenía tres grandes recomendaciones: (i) Mejorar las condiciones diarias de vida, (ii) Abordar la desigual distribución del poder, el dinero, y los recursos, y (iii) Medir y comprender el problema, así como evaluar el impacto de la acción (OMS, Closing the gap in a generation:

<sup>17</sup> El reporte se titula “Closing the gap in a generation: health equity through action”.

health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health final report., 2008). Asimismo, el reporte incluye un capítulo sobre equidad de género, en donde se muestra que la falta de equidad de género es uno de los determinantes sociales de la salud y, en la medida que no se aborde esta desigualdad, habrá en consecuencia inequidades en el acceso y disfrute de los servicios y efectos de la salud.

### **2.3. desigualdad de género como un determinante social de la salud**

La igualdad de género, más allá de ser un derecho humano fundamental, es también uno de los fundamentos necesarios para poder construir una sociedad próspera, pacífica y sostenible (ONU, 2022). Es por lo anterior que los ODS, en su objetivo 5, tiene como meta lograr la igualdad entre los géneros y lograr el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. De acuerdo con ONU Mujeres (2022), la igualdad de género...

[...] parte del reconocimiento de que históricamente las mujeres han sido discriminadas y es necesario llevar a cabo acciones que eliminen la desigualdad histórica y acorten las brechas entre mujeres y hombres de manera que se sienten las bases para una efectiva igualdad de género, tomando en cuenta que la desigualdad que de facto padecen las mujeres puede agravarse en función de la edad, la raza, la pertenencia étnica, la orientación sexual, el nivel socioeconómico, entre otros. La igualdad sustantiva supone la modificación de las circunstancias que impiden a las personas ejercer plenamente sus derechos y tener acceso a oportunidades de desarrollo mediante medidas estructurales, legales o de política pública.

En este contexto, la igualdad de género ha sido también identificada por la OMS como uno de los determinantes sociales de la salud (OMS, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health final report., 2008), en tanto que la ausencia de esta tiene implicaciones graves en los resultados en indicadores de salud y ampliación de brechas. En particular, las inequidades de género existentes en las normas sociales y culturales, así como la participación desigual de las mujeres en el mercado laboral, son un determinante estructural de las inequidades en salud (tanto de quienes ofrecen este servicio, como de quienes lo reciben) (OMS, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health final report., 2008; Miani, Wandschneider, Niemann, Batram-Zantvoort, & Razum, 2021).

Las poblaciones más vulnerables presentan retos importantes y barreras de acceso a los servicios de salud, ya sea por su nivel de ingresos, ubicación geográfica con respecto a las entidades prestadoras de salud, la información disponible con respecto a estos servicios, y los niveles de educación que permiten a un individuo tomar decisiones informadas que no

afecten de forma negativa su bienestar ni el de sus hogares. Sin embargo, la vulnerabilidad en el acceso a la salud debe analizarse de manera interseccional, pues los estereotipos y los prejuicios afectan con mayor frecuencia a las mujeres y las niñas, las personas mayores, las personas con discapacidad o se basan en la raza, el origen étnico o la identidad sexual. Lo anterior tiene como consecuencia que estas poblaciones (y las mujeres en particular) queden subrepresentadas en la toma de decisiones en todos los niveles, reciban servicios inferiores y de peor calidad y, por lo tanto, experimenten peores indicadores de salud en muchos casos (WHO, 2021).

El género incide en los resultados de salud a través de la exposición diferencial a los determinantes intermedios de la salud, es decir, los determinantes materiales (vivienda, calidad del vecindario, potencial de consumo), los psicosociales (estilos de afrontamiento, factores estresantes, relaciones), y los factores biológicos y conductuales (Miani, Wandschneider, Niemann, Batram-Zantvoort, & Razum, 2021). El género, así como los conceptos con los que se relaciona como la masculinidad, feminidad, el machismo, sexismo y la heteronormatividad, pueden tener efectos perjudiciales para la salud a través de diferentes vías, incluida la exposición diferenciada al riesgo, los comportamientos de género, el uso y el acceso a los servicios de salud y el sesgo de género en los sistemas de salud (Miani, Wandschneider, Niemann, Batram-Zantvoort, & Razum, 2021; Heise, y otros, 2019).

La desigualdad de género y la falta de un enfoque de género en las actividades del sector de la salud, como la investigación o los diagnósticos, tiene efectos importantes que no solo amplían las brechas de género, sino que las reproducen y perpetúan en el tiempo. De acuerdo con la OMS (2008), la mayoría de la investigación en ciencias de la salud, así como los procesos de diagnóstico, tienen en algún grado sesgos de género, tanto en términos de qué se estudia, como en términos de cómo se llevan a cabo los estudios y diagnósticos. Los problemas de salud que afectan particularmente a las mujeres tienden a reconocerse y estudiarse más lentamente; algunos de los problemas de salud de las mujeres se descartan como psicológicos (también en parte porque los síntomas de las mujeres difieren de los de los hombres para ciertas condiciones), sin incluirlos como objetos de investigación; la interacción entre el género y otros factores sociales a menudo no se reconocen; y los datos desagregados por sexo a menudo no se recopilan, por lo que una parte importante del conocimiento contemporáneo sobre enfermedades y factores de riesgo se construye sin considerar la relevancia ni del sexo ni del género (Holdcroft, 2007; Hamberg, 2008; Criado-Pérez, 2019; OMS, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health final report., 2008; Iyer, Sen, & Östlin, 2008). Lo anterior resulta en el sub-diagnóstico de muchas enfermedades que presentan las mujeres y en falta de tratamiento adecuado y pertinente.

Asimismo, la escasez de mujeres en puestos de autoridad o influencia puede reducir el potencial de descubrimiento científico, ya que es más probable que las mujeres desarrollen

y promuevan nuevos programas e investigaciones relacionadas con la salud y características propias de la mujer (Plank-Bazinet, Heggeness, Lund, & Clayton, 2017). Investigaciones también han abordado el impacto de una mayor diversidad y equidad de género en métricas específicas de resultados en salud y encontraron que éstas resultan más favorables cuando había mayor participación de personal sanitario femenino a pacientes dentro de la gestión y el bienestar general (Champagne-Langabeer & Hedges, 2021).

De acuerdo con lo anterior, abordar las desigualdades de género en una sociedad es importante y crucial, no solo por la importancia en sí misma de alcanzar igualdad de género en una sociedad, sino porque estas desigualdades tienen a su vez efectos negativos en resultados en salud, que a su vez inciden negativamente en otras dimensiones como el gasto social, la calidad de vida, niveles de productividad, pobreza multidimensional, resultados en educación, entre otros.

## **2.4. Brechas de género en el mercado laboral**

Como se mencionó previamente, las brechas de género en el mercado laboral representan un problema estructural: a nivel global las mujeres tienen una participación inferior a la de los hombres (47% comparada con el 72% de los hombres) y enfrentan mayores barreras para ascender y ocupar cargos de liderazgo (ILO, 2022). Factores como la discriminación salarial, la discriminación ocupacional, las reglas formales e informales, y a la división sexual del trabajo son en gran parte las responsables de estas brechas. Esta problemática es además persistente en todos los sectores económicos, manifestándose en forma de segregación vertical y horizontal.

Lo anterior resulta en una oportunidad perdida para las economías y los países, en tanto que una baja participación de las mujeres en el mercado laboral resulta en baja productividad, y un crecimiento económico inferior al potencial: se estima que la incorporación masiva de las mujeres en el mercado laboral tendría un impacto positivo en el crecimiento del PIB de América Latina y el Caribe hasta en un 34% en las próximas décadas (CAF, 2017).

El trabajo de cuidado es una característica importante que explica gran parte de estas dinámicas en las diferencias de género en el mercado laboral. El trabajo de cuidado es una labor social, cultural y económicamente valiosa e indispensable para el bienestar de los individuos y sociedades. Es a través del trabajo de cuidado que se mantienen y reproducen de manera inter-generacionalmente las fuerzas de trabajo: reduce los costos para el gobierno de los servicios sociales adicionales que, de lo contrario, tendría que proporcionar para garantizar el cuidado de la fuerza laboral actual y futura; (ONU Mujeres, 2019; Kabeer, 2022). Gran parte de estos cuidados se brindan al interior de los hogares de manera no remunerada y es provisto por las mujeres como consecuencia de estereotipos y roles de género prevalentes aún en las sociedades (DANE & ONU Mujeres, 2020), y que inciden en

la menor probabilidad de empresas y empleadores a contratar mujeres. De acuerdo con cálculos de Oxfam (2022) las mujeres y las niñas realizan 12.500 millones de horas de trabajo no remunerado cada día en el mundo. Incluso si esto se contabilizara al salario mínimo, todavía representaría una contribución a la economía global de al menos \$10,8 billones de dólares al año.

La participación en las labores de cuidado no remunerado de las mujeres restringe enormemente la posibilidad de éstas de contar con ingresos propios, de participar activamente en el mercado laboral (por el desgaste y doble jornada que implican), participar activamente en la política y en la sociedad, al tiempo que las excluye de los sistemas de protección social y aumenta su dependencia (DANE & ONU Mujeres, 2020). La división desigual del trabajo de cuidado no remunerado se asocia con normas sociales de feminidad y maternidad (Razavi, 2007) y está directamente relacionada con la división ocupacional, por la cual las mujeres permanecen segregadas en condiciones de trabajo a tiempo parcial. Lo que resulta en condiciones de mayor vulnerabilidad (Hegewisch A, 2011)

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, las mujeres responsables del trabajo de cuidado no remunerado en sus hogares tienen mayor probabilidad a estar autoempleadas, a trabajar en la economía informal y a no ser contribuyentes al sistema de seguridad social con relación a las mujeres que no desempeñan trabajo de cuidado no remunerado (OIT, 2018). Como consecuencia de lo anterior, las mujeres suelen optar por buscar trabajo remunerado con horarios más flexibles, eligen carreras incorporando las decisiones de maternidad y cuidado de la familia, y entran a mercados informales y peor remunerados (ante la falta de opciones de flexibilidad horaria), lo que reproduce y perpetúa los ciclos de pobreza y brechas en el mercado laboral para esta población (Pineda, 2010; Agüero, Marks, & Raykar, 2017).

Para el caso colombiano durante el año 2020, la producción del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados equivalió al 20% del PIB, lo que significa que, si este trabajo se pagara, éste sería el sector más importante de la economía de la economía del país, por encima del sector de comercio (18% del PIB), el sector de administración pública (15%) y el de industria manufacturera (12%). A su vez, el 78% de las horas anuales que se destinaron a todos los cuidados no remunerados en los hogares fueron realizados exclusivamente por mujeres (DANE & ONU Mujeres, 2020). Diariamente las mujeres dedican 7 horas 14 minutos al trabajo de cuidado, el doble de tiempo en comparación con los hombres, que dedican 3 horas 25 minutos (DANE, 2020).

Lo anterior ilustra cómo las desigualdades de género que se manifiestan en el hogar se transfieren al plano profesional, al dejar menos tiempo disponible para las labores remuneradas (o jornadas laborales más largas) para las mujeres. Por lo anterior, no sorprende que las tasas de participación laboral femenina sean más altas en países donde hay mayor

inversión de recursos en servicios públicos de primera infancia, cuidado de corto y largo plazo, prestaciones de maternidad, discapacidad, enfermedad, entre otros (OIT, 2019).

A pesar de la baja participación en el mercado laboral con respecto a los hombres, las mujeres que participan enfrentan barreras adicionales al interior de este como la segregación ocupacional, la cual se manifiesta en un conjunto más reducido de opciones y oportunidades laborales (segregación horizontal), y de estereotipos que generan y profundizan brechas salariales de género y refuerzan las estructuras desiguales de poder (segregación vertical) (European Institute for Gender Equality, 2017). Además, existen riesgos de penalización por maternidad que terminan condicionando la flexibilidad de la ocupación femenina (Correll, Benard, & Paik, 2007).

Asimismo, las mujeres se enfrentan también a las brechas salariales. Estas brechas existen cuando, para un mismo nivel de habilidades, educación y capacidades, un hombre recibe mayor remuneración en el mercado laboral que una mujer. A nivel mundial, las mujeres ganan 77 centavos por cada dólar que gana un hombre, lo que genera una desigualdad estructural de ingresos entre mujeres y hombres que se perpetúa en el tiempo (ONU Mujeres, 2022). En 2022, la brecha global de género se cerró en un 68,1% y, al actual ritmo, se necesitarán 132 años para alcanzar la paridad total, lo que representa una ligera mejora de cuatro años en comparación con la estimación del 2021 (136 años para la paridad) (WEF, 2022).

La brecha salarial de género en Colombia se encuentra entre 37 p.p. y 19 p.p. de acuerdo con el nivel educativo: para un mismo nivel educativo bajo, una mujer recibiría sólo 63 pesos por cada 100 pesos que recibiría un hombre. Esta brecha se reduce, pero aún sigue existiendo para mismos niveles educativos altos: las mujeres reciben 81 pesos por cada 100 pesos que recibe el hombre (Ramos & Bolívar, 2020).

Adicional a esto, están los techos de cristal, que son aquellos obstáculos y barreras informales que impiden que una mujer alcance puestos de alto nivel en las empresas y organizaciones. Se dice que esta es una barrera de cristal porque son no están en la legislación ni son establecidas formalmente de forma explícita pero que aun así existen y evitan de forma sistemática el crecimiento profesional de una mujer para alcanzar altos cargos de liderazgo. Como consecuencia de lo anterior, existe una subrepresentación de las mujeres en los puestos más altos de todas las jerarquías ocupacionales a pesar de los avances en su educación y preparación.

De acuerdo con el informe *Delivered by women, led by men*, las brechas de género en el liderazgo son generalizadas en todos sectores, incluido el de la salud. Donde las mujeres representan solo el 5% de los 500 directores generales de Fortune (WHO, 2019); 24% de los escaños parlamentarios; y el 39% del total mano de obra. Sin embargo, mientras que las mujeres se enfrentan a la discriminación basada en el género y al “techo de cristal” que limita

su avance en los trabajos de mayoría masculina, los hombres que acceden a profesiones de mayoría femenina tienen ventajas que pueden acelerar su promoción, lo que se conoce como la “escalera mecánica de cristal” (Williams C. , 1992).

## 2.5. Las brechas de género en el mercado laboral del sector de la salud

El sector de la salud es una importante fuente de empleo a nivel mundial. El personal sanitario y asistencial representa aproximadamente el 3,4 % del empleo mundial total (WHO & ILO, 2022). Este sector está también altamente feminizado: las mujeres son casi el 70 % de la fuerza laboral del sector de la salud y los servicios sociales y de cuidado en todo el mundo (representan casi el 90 % de la fuerza laboral de enfermería y obstetricia) (WHO, 2021). Sin embargo, se estima que las mujeres ocupan solo alrededor del 25% de los puestos de liderazgo en la salud (WHO, 2021).

En 2013, mientras que la proporción de mujeres en la fuerza laboral en todo el mundo era del 39,5%, la proporción de mujeres empleadas por los sectores sociales y de salud a nivel mundial ascendieron al 70,3% (International Labor Organization, 2017). Para Colombia, la proporción es relativamente similar: durante el 2019 la proporción de mujeres en la fuerza laboral era del 41,4%, mientras que la proporción de mujeres empleadas en el sector salud era de 73,2%<sup>18</sup>. A pesar de ser un sector altamente feminizado, es un sector que enfrenta barreras y brechas de género que afectan particularmente a las mujeres en términos salariales, techos de cristal, reclutamiento, y en términos de discriminación vertical y ocupacional.

### Brecha salarial

Las brechas salariales de género en el sector de la salud son más altas que en los sectores no relacionados con la salud, y están explicados en mayor grado por factores como la edad, educación, y género para ciertas categorías ocupacionales (OMS y OIT, 2022). Lo anterior se ha traducido que, a nivel mundial, por cada dólar que ganan los hombres en el sector de la salud, las mujeres ganan 20% menos, es decir, 80 centavos. A esta problemática se suma el hecho de que la crisis del COVID-19 afectó desproporcionadamente a los trabajadores en el extremo inferior de la escala salarial, la mayoría de los cuales son mujeres.

Estudios recientes sugieren que las brechas en los salarios de los médicos persisten, incluso, después de desagregar por especialidad, tipo de práctica y horas trabajadas (Seabury SA, 2013). Por ejemplo, según Kavilanz (2018) encuentra que en Estados Unidos durante el 2017, las doctoras ganaron 27,7% menos que sus pares masculinos. De igual forma, con relación a las especialidades se evidencia que, en los Estados Unidos, pese a que el número de

---

<sup>18</sup> Datos para 2019 a partir de la GEIH. DANE

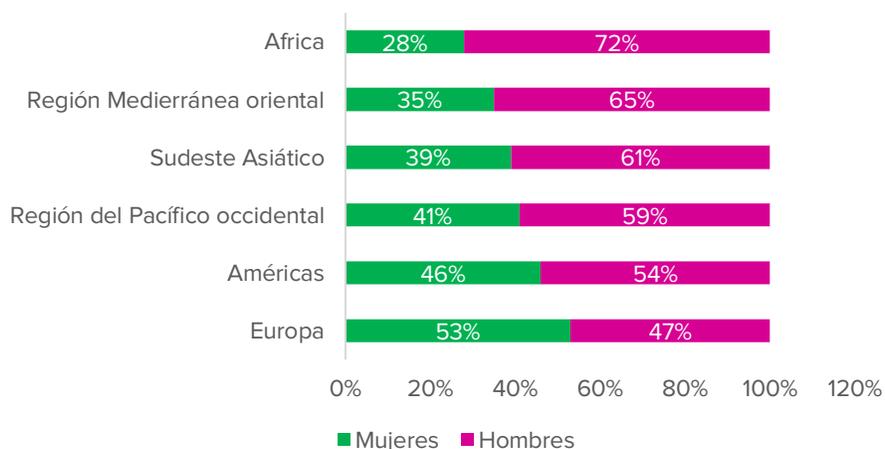
mujeres anesthesiólogas ha aumentado, todavía ganan un 25% menos que sus homólogos masculinos (Baird M, 2015; Seabury SA, 2013). Incluso en los sectores de la salud feminizados como la odontología, las mujeres continúan ganando menos que sus colegas hombres (Vujcic M, 2013).

Las decisiones con relación a la conformación de familia también tienen efectos negativos en la remuneración de las mujeres médicas; un estudio encontró que las mujeres médicas en Estados Unidos ganaban un 11% menos si estaban casadas; 14% menos si tenían un hijo; y un 22% menos si tenían más de un hijo (Sasser A. C., 2005). Las implicaciones de ganar salarios más bajos significa, entre otros efectos, pensiones más bajas y menos ingresos de la seguridad social para las mujeres jubiladas en comparación con los hombres jubilados (Raghavan, 2014), así como menos acceso a activos, vivienda, inversión, ahorro, etc.

### Segregación Ocupacional

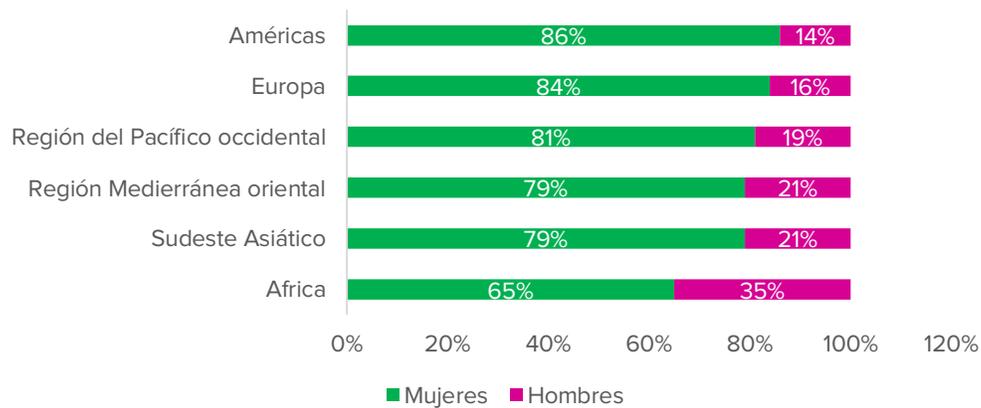
A nivel global, en el sector salud prevalece una profunda segregación de género en la ocupación, tanto horizontal como vertical. Para el caso de la segregación horizontal, esta se ve determinada por normas sociales y estereotipos que etiquetan algunos trabajos como femeninos o masculinos. A nivel global, esto se ve reflejado en que las mujeres están altamente concentradas en la atención primaria, enfermería y obstetricia (Russo G, 2015), y en que tienen una mayor probabilidad con respecto a los hombres a elegir especializaciones en los campos de pediatría, cirugía pediátrica, obstetricia, ginecología, y dermatología (Lambert E, 2005; Ng-Sueng LF, 2016) (Ver Gráfica 1 y Gráfica 2). Además, sólo un tercio de las mujeres médicas seleccionan la especialización en cirugía en comparación con los hombres (Novielli K, 2001).

Gráfica 1. Distribución regional de profesionales en medicina por género



Fuente: WHO (2019)

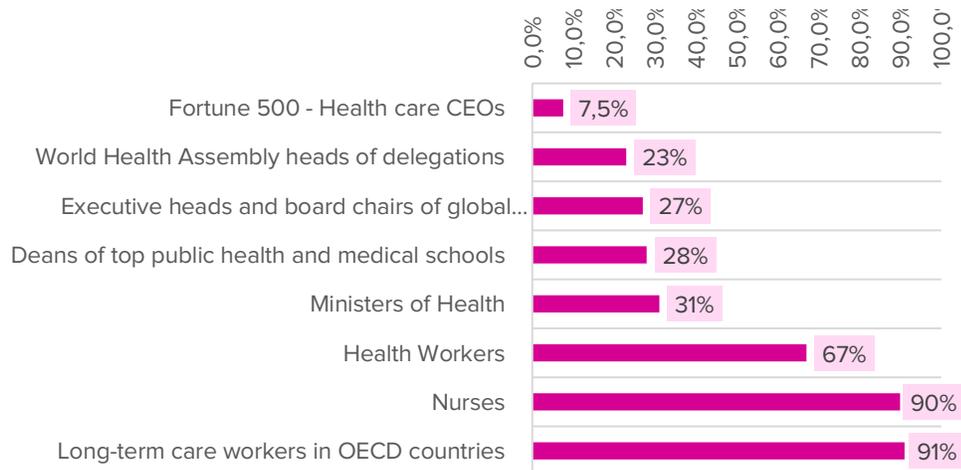
Gráfica 2. Distribución regional de personal en enfermería, por género



Fuente: WHO (2019)

Por otro lado, la segregación vertical se evidencia en el hecho de que los hombres ocupan la mayoría de los puestos de mayor rango salarial entre las profesiones médicas y del sector salud (WHO, 2019). Como consecuencia de esta segregación de género, las mujeres suelen estar concentradas en trabajos con rangos salariales inferiores y con oportunidades limitadas para ejercer roles de liderazgo (Reskin, 1993; WHO & ILO, 2022) (Ver Gráfica 3). En Colombia el 84,9% de quienes ingresan a la profesión de enfermería son mujeres, mientras que los hombres ocupan la mayoría de los trabajos en especialidades quirúrgicas<sup>19</sup>.

Gráfica 3. Proporción de mujeres en diferentes áreas de la salud a nivel global



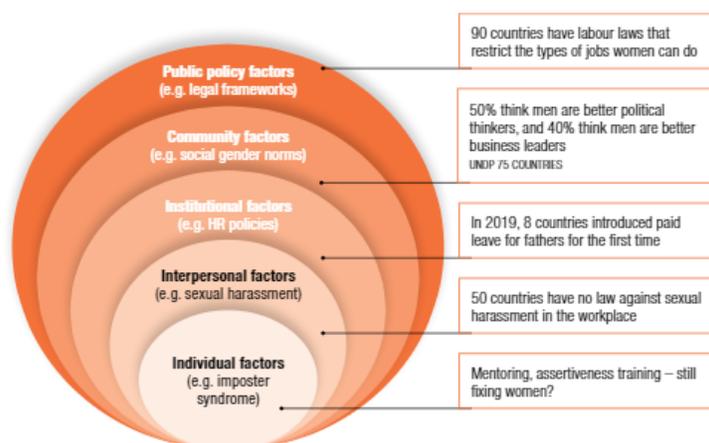
Fuente: WHO (2021)

<sup>19</sup> Datos promedio de estudiantes próximos a graduarse 2016 a 2020. Pruebas Saber Pro.

Además, se ha encontrado que es más probable que los hombres obtengan empleos en el sector privado en ocupaciones en las que, a menudo, existen topes salariales en el sector público. En contraste, es más probable que las mujeres obtengan empleos en el sector privado peor remunerados, y que tienden a ofrecer menor seguridad laboral y favorecen el empleo a tiempo parcial (WHO, 2019). Lo anterior se suma al hecho de que las mujeres cuentan con menos herramientas a su disposición para hacer frente a estas barreras como consecuencia de los otros factores mencionados previamente (doble jornada, mayor responsabilidad con labores de cuidado, menos disponibilidad de tiempo, etc.). En este sentido, se ha encontrado que una menor proporción de mujeres que hombres están organizadas en sindicatos, por lo que se benefician menos del diálogo social y la negociación colectiva, lo que podría fortalecer sus condiciones de trabajo y oportunidades para acceder al liderazgo (WHO, 2021).

Para comprender las razones estructurales de los techos de cristal que enfrentan las mujeres en el sector de la salud para alcanzar roles de liderazgo, se planteó el Modelo Ecológico (Women in Global Health, 2019), el cual busca identificar y clasificar las diferentes capas y factores que impactar el camino de una mujer hacia los roles de liderazgo (Ver Gráfica 4). El modelo sitúa a las personas en su contexto social y de políticas públicas e identifica factores en diferentes niveles que inciden en la acción individual. El modelo destaca entornos de políticas públicas y factores sociales sistémicos que permiten o restringen lo que puede percibirse como decisiones individuales (WHO, 2021). Una conclusión importante que se deriva del modelo es que resalta el hecho de que acciones son requeridas en todas las capas y niveles allí expuestos para que las mujeres puedan superar las barreras que están impidiendo que alcancen cargos de influencia y liderazgo en el sector de la salud.

Gráfica 4. Modelo Ecológico. Los factores que inciden en que las mujeres alcancen roles de liderazgo.



Fuente: Women in Global Health (2019)

La segregación laboral de las mujeres en el sector salud trae consecuencias no solo para las mujeres trabajadoras del sector, sino que tiene consecuencias negativas para todas las

personas: pacientes, la prestación y calidad del servicio, las sociedades, la reducción de desigualdades, y para lograr los objetivos de desarrollo sostenible y lograr la cobertura sanitaria universal (WHO, 2021). En ese sentido, y como se resalta en el Modelo Ecológico, la igualdad de género (en el liderazgo, en ocupaciones, y en rangos salariales) no se puede lograr a menos que se aborden factores legales, sociales y culturales más amplios que no necesariamente se acotan al sector salud únicamente sino a esferas más amplias de la sociedad.

### 3. DATOS Y METODOLOGÍA

Con el propósito de realizar un diagnóstico de cómo se encuentra el sector salud en Colombia desde un enfoque de género, se realiza un análisis descriptivo a partir de las fuentes estadísticas nacionales disponibles. Para el análisis, consultaron diversas fuentes de información que dan cuenta de las personas que conforman el talento humano en el sector. Primero, el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) que contiene información de las personas autorizadas para ejercer profesiones y ocupaciones relacionadas con la salud en Colombia<sup>20</sup>. Segundo, se utiliza información de las personas ocupadas del sector salud usando la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) para el año 2019 y 2020.

La base de datos de ReTHUS<sup>21</sup> permite conocer el nivel educativo y programa académico de las personas y brinda información sobre el Ingreso Base de Cotización (IBC)<sup>22</sup>, el cual se emplea como una aproximación del ingreso laboral individual del personal en salud. Sobre el IBC promedio vale aclarar que, al tratarse de un promedio aritmético, este puede ser impreciso a la hora de reflejar los niveles reales de ingreso del personal de salud analizado. Esta limitante del indicador se incrementa en muestras pequeñas por lo que no se incluyen en el análisis de brechas salariales a profesionales de programas de maestrías y doctorados, ya que tienen bajas prevalencias. Se incluye, por lo tanto, únicamente a los niveles educativos de auxiliar, técnico profesional, tecnología, universitario y especialización<sup>23</sup>. De igual forma, al analizar el IBC promedio como una variable proxy del ingreso, se debe tener en cuenta que la información de ReTHUS no dispone de información sobre los años de experiencia de los individuos, lo cual suele ser un factor determinante en el ingreso.

En el análisis se usan también los microdatos de la GEIH de 2019 y 2020 para explorar las dinámicas de la pandemia COVID-19 entre los ocupados del sector y las tareas de cuidado no remuneradas por género. La GEIH es una operación estadística por muestreo probabilístico, lo que implica que tiene representatividad limitada y, por tanto, cuando se acude a grupos muy pequeños de la muestra, con prevalencias bajas, la precisión de los resultados se puede ver comprometida. Por consiguiente, en las estadísticas descriptivas

---

<sup>20</sup> Se dispone de información con corte al 31 de diciembre de 2021. El ReTHUS no contiene información acerca de quién está efectivamente ejerciendo una determinada profesión, años de experiencia (lo que suele determinar los niveles de remuneración), ni su ubicación geográfica. Lo anterior deberá entenderse como un limitante de los datos que puede, a su vez, limitar el análisis y alcance de los resultados.

<sup>21</sup> El Cubo de Información integra información de ReTHUS y PILA (Planilla Integra de Liquidación de Aportes).

<sup>22</sup> Ingreso Base de Cotización (IBC) hace referencia a una porción del salario del trabajador dependiente o independiente que se toma como base para aplicar el porcentaje de aporte respectivo al momento de realizar la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud: salud, pensión, riesgos laborales y caja de compensación familiar. El IBC de los trabajadores independientes corresponde al 40% del valor mensualizado del contrato y para los trabajadores dependientes corresponde al total de los ingresos percibidos. (Ministerio de Educación Nacional, 2022).

<sup>23</sup> En la sección de Anexos se encuentra el detalle de cada uno de los programas académicos que conforman cada nivel educativo (Tabla 6). Los niveles educativos en la base de ReTHUS referentes a niveles de especialización, subespecialización, maestría y doctorado equivalen al nivel educativo de Postgrado en la Gran Encuesta Integrada de Hogares.

presentadas en este apartado se señalan con letra cursiva, los resultados de especial atención por las bajas prevalencias.

A continuación, se presentan estadísticas descriptivas generales de las bases de datos de ReTHUS y GEIH. La Tabla 1 y la Tabla 2 resumen la información de la base ReTHUS por género. A partir de la información de ReTHUS, con datos a corte 31 de diciembre de 2021, el 80,3% de las personas activas para ejercer en el sector salud, eran mujeres, una proporción que corresponde con la tendencia global.

Tabla 1. Número de personas activas en ReTHUS,<sup>24</sup> según sexo, diciembre 2021

Sexo	Número de Personas	%
Mujeres	967.899	80,3
Hombres	236.686	19,6
No definido y/o no reportado	686	0,1
<b>Total general</b>	<b>1.205.271</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de ReTHUS

Por otro lado, según la GEIH en promedio para 2019 y 2020 el 72,6% de los ocupados del sector salud son mujeres (Tabla 2). Como consecuencia de la pandemia, en 2020 hubo una disminución del empleo de 6,7 p.p. Sin embargo, la pérdida en la ocupación de las mujeres fue mayor que la de los hombres por 5,3 p.p.

Tabla 2. Población ocupada en actividades del sector salud<sup>25</sup>, según sexo. 2019 y 2020

Sexo	2019	%	2020	%	% Var
Mujeres	509.181	73,2	468.067	72,0	-8,1
Hombres	186.788	26,8	181.591	28,0	-2,8
<b>Total</b>	<b>695.969</b>	<b>100</b>	<b>649.658</b>	<b>100</b>	<b>-6,7</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de GEIH

Con relación a la posición ocupacional, la mayoría de ocupados en el sector son empleados particulares, con un 68,2% para las mujeres y 63,7% para los hombres, seguido por trabajadores por cuenta propia con 24,2% y 24,6% respectivamente. Sin embargo, en el caso

<sup>24</sup> Datos a corte 31 de diciembre de 2021.

<sup>25</sup> Para la identificación de la población ocupada en el sector salud se consideraron las siguientes ramas de actividad de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas Revisión 4 adaptada para Colombia (CIIU Rev.4 A.C.); 8610: Actividades de hospitales y clínicas, con internación; 8621: Actividades de práctica médica, sin internación; 8622: Actividades de la practica odontológica; 8691: Actividades de apoyo diagnostico; 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.

de empleado del gobierno, a pesar de ser cifras de baja prevalencia, se observa una mayor participación de los hombres con 8,1% en comparación con 6,1% para las mujeres. De igual forma, para patrón o empleador con un 3,5% para los hombres y 1,3% para las mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Población ocupada en actividades del sector salud, según sexo y posición ocupacional. 2019 y 2020

Posición ocupacional	2019		2020	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Empleado particular	347.156	118.997	331.380	116.682
Cuenta propia	123.190	46.014	100.723	43.566
Empleado del gobierno	30.993	15.147	28.943	16.009
Patrón o empleador	6.487	6.524	6.772	5.027
Trabajador sin remuneración*	994	11	176	114
<b>Total ocupados</b>	<b>509.181</b>	<b>186.788</b>	<b>468.067</b>	<b>181.591</b>

\* Trabajador sin remuneración incluye las categorías trabajador familiar sin remuneración y trabajador sin remuneración en empresas de otros hogares.

Notas: Por efecto de redondeo y la no inclusión de la categoría "Otro, ¿cuál?", la suma de las distribuciones, variaciones absolutas y contribuciones puede diferir del total.

Las estadísticas que se presentan a continuación ofrecen un panorama de la composición del talento humano del sector salud en Colombia. Se construyó a partir de un análisis estadístico de tipo descriptivo, considerando variables como nivel educativo, brechas salariales, informalidad y tareas de cuidado no remunerado y distribución territorial. Con el fin de caracterizar la distribución del talento humano del sector salud a lo largo del territorio nacional, se realiza un análisis regional siguiendo a Ruiz et al. (2008) de la siguiente manera: Bogotá D.C, Centro, Centro Occidente, Costa Atlántica, Sur Occidente y Orinoquía, Amazonía y Chocó. Esta distribución combina elementos territoriales con elementos de nivel de desarrollo de las regiones. Por esta última razón se separa Bogotá D.C, de la región Centro y se integra al departamento de Chocó con los departamentos de la Amazonia y Orinoquia<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> En la sección de Anexos se encuentra la agrupación de las regiones según departamento (Tabla 7)

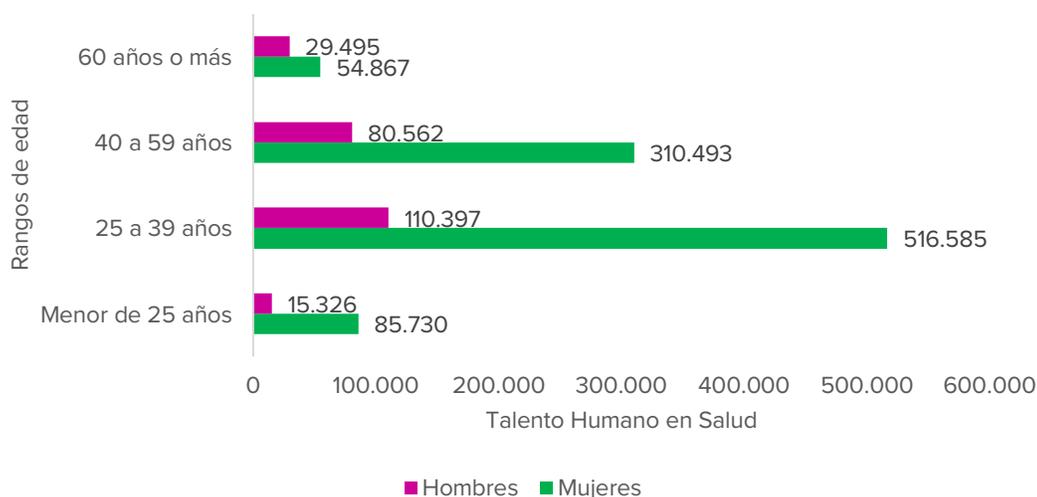
## 4. RESULTADOS

Esta sección presenta los principales resultados sobre el estado actual del Talento Humano en Salud en Colombia con perspectiva de género. En primer lugar, se ilustra una visión general de la participación de las mujeres en el sector, así como una aproximación regional, posteriormente se presenta información sobre las condiciones laborales y salariales de las mujeres. Finalmente, se comparten cifras relevantes sobre informalidad en el sector, así como cifras sobre tareas de cuidado y oficios del hogar no remunerados vinculados a los roles de género.

### 4.1. La participación de las mujeres en el Talento Humano en Salud

En línea con la literatura, el sector de la salud en Colombia está altamente feminizado: las mujeres representan el 80,3% del total de las personas autorizadas para ejercer profesiones y ocupaciones relacionadas con la salud. Cerca del 53,4% (516.585) de las mujeres, se encuentran entre los 25 a 39 años, mientras que la proporción de hombres de este grupo de edad es de 46,6% (110.397) (Ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución del Talento Humano en Salud, según sexo y edad



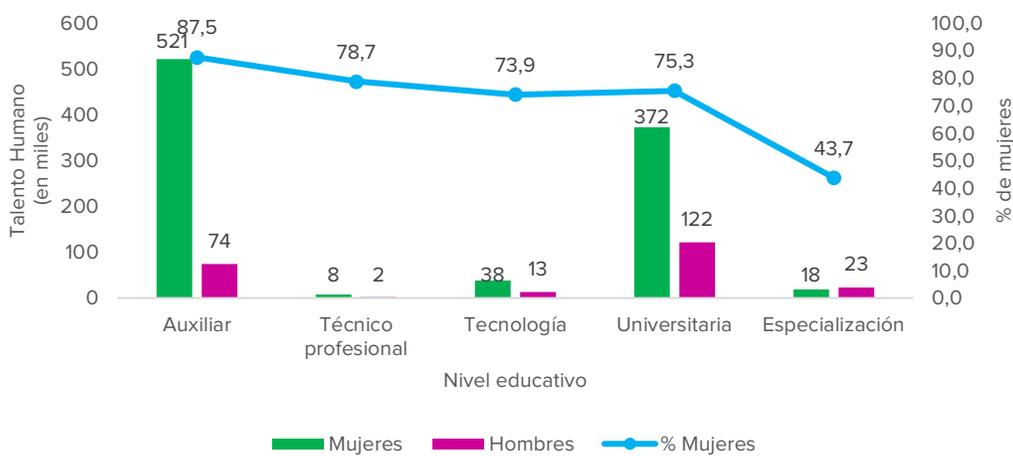
Fuente: Elaboración propia con información de ReTHUS<sup>27</sup>

En la Gráfica 6 se observa la distribución de hombres y mujeres por nivel educativo, así como la participación de las mujeres en cada nivel. Cabe resaltar que desde el nivel auxiliar hasta el universitario se mantiene una tendencia de alta participación de las mujeres superior al

<sup>27</sup> Datos a corte 31 de diciembre 2021.

70%, sin embargo, esta tendencia se revierte para los estudios de especialización donde la mayor participación es de los hombres con 56,2%.

Gráfica 6. Distribución del Talento Humano según género y nivel educativo, y porcentaje de mujeres por nivel



Fuente: Elaboración propia con información de ReTHUS<sup>28</sup>

Nota: el porcentaje de mujeres corresponde al total de mujeres sobre el total de la población en cada nivel educativo.

Como se puede observar en la Gráfica 6, la formación auxiliar<sup>29</sup> tiene la mayor concentración de mujeres, pues el 53,8% (520.505) del total de mujeres del sector salud tienen este nivel educativo, en comparación con el 31,2% (73.946) de los hombres. Le sigue la formación universitaria con un 38,5% (372.355) de las mujeres en este nivel y 51,5% (121.938) de los hombres. Estas cifras preocupan cuando se comparan con las cifras de ocupación agregadas a nivel nacional, en donde se observa una mayor concentración de mujeres ocupadas en los niveles de educación más altos, en comparación con los hombres (DANE & Comisión legal para la equidad de la mujer, 2020) (Ver Tabla 4), en tanto que esto muestra que las mujeres contarían con mayores tasa de ocupación de poderse matricular en mayor proporción a programas de educación superior.

Tabla 4. Población ocupada por máximo nivel educativo según sexo. Total Nacional (2018-2019). Cifras en miles

Sexo	Máximo nivel educativo	2018	2019	% 2019
Hombre	Total Hombres	13.131	13.063	100%
	Ninguno	2.283	2.179	16,7%
	Educación básica primaria	3.388	3.257	24,9%
	Educación básica secundaria	767	788	6,0%
	Educación media	4.244	4.332	33,2%

<sup>28</sup> Datos a corte 31 de diciembre 2021.

<sup>29</sup> El término de Auxiliares en salud es utilizado en reemplazo del término acuñado en Colombia para el nivel de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (FTDH). (Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2012).

	Educación técnica profesional y tecnológica	1.160	1.175	9,0%
	Educación superior	887	908	7,0%
	Postgrado	399	423	3,2%
	<b>Total Mujeres</b>	<b>9.326</b>	<b>9.224</b>	<b>100%</b>
Mujer	Ninguno	1.101	997	10,8%
	Educación básica primaria	1.846	1.747	18,9%
	Educación básica secundaria	483	466	5,1%
	Educación media	3.180	3.253	35,3%
	Educación técnica profesional y tecnológica	1.279	1.287	14,0%
	Educación superior	1.003	1.015	11,0%
	Postgrado	433	459	5,0%

Fuente: DANE & Comisión legal para la equidad de la mujer (2020)

En términos generales por cada 1000 mujeres con formación universitaria en el sector salud, solo 48,3 tienen estudios de especialización, mientras que esta relación para los hombres es de 189,8, reflejando que proporcionalmente los hombres acceden en mayor medida a estos programas especializados de posgrado que, en el mediano y largo plazo, resultan en mayores ingresos y estabilidad laboral. Específicamente para medicina, hay 242 mujeres médicos especializados por cada 1000 formadas en medicina general, mientras que esta relación para los hombres es de 371, reflejando mayores niveles de acceso y permanencia a la educación superior en modalidad de posgrado para los hombres que para las mujeres.

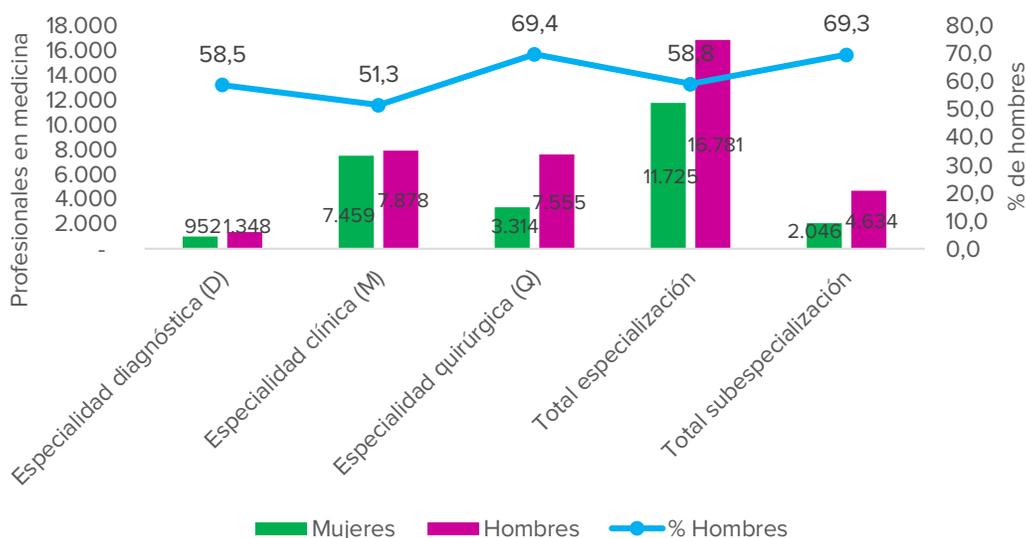
De acuerdo con lo planteado en la literatura, la segregación horizontal para los profesionales de medicina se ve evidenciada para el caso de Colombia en la Gráfica 7, donde el 69,4% de los Especialistas quirúrgicos (Q)<sup>30</sup> y el 69,3% de los Subespecialistas son hombres. Por su parte, la mayor participación de las mujeres está en las Especialidades clínicas (M)<sup>31</sup> con 48,6% de mujeres seguido por las Diagnósticas (D)<sup>32</sup> con 41,3% mujeres.

<sup>30</sup> Las especialidades quirúrgicas (Q) utilizan medios invasivos o no invasivos para tratar, modificar o extirpar físicamente la estructura patológica, incluyen: cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, ginecología y obstetricia, neurocirugía, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, urología y otra especialidad quirúrgica.

<sup>31</sup> Las especialidades clínicas (M) asisten personalmente al paciente con actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas, generalmente utilizando técnicas NO quirúrgicas, incluyen: pediatría, anestesiología, medicina interna, dermatología, psiquiatría, entre otras.

<sup>32</sup> Las especialidades diagnósticas (D) realizan diagnósticos y sugieren tratamientos a los clínicos, por lo que en ellas la relación con el paciente es reducida, incluyen: radiología e imágenes diagnósticas, patología y medicina nuclear.

Gráfica 7. Distribución de profesionales en medicina según género y especialidad



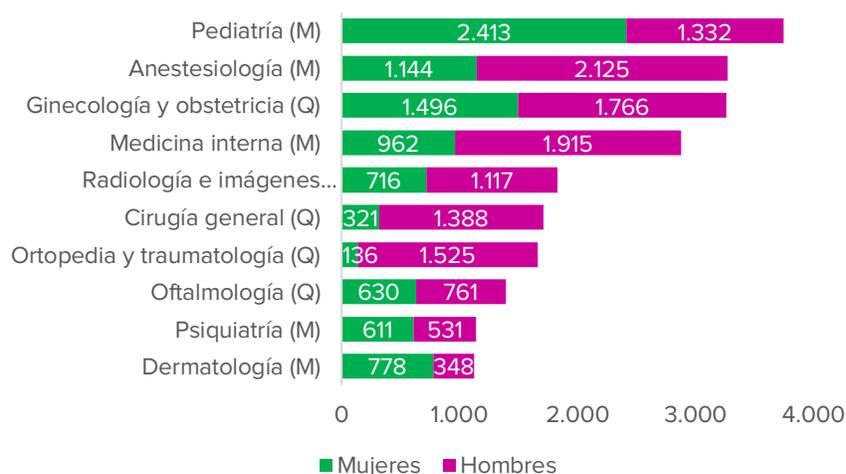
Fuente: Elaboración propia con información de ReTHUS<sup>33</sup>

Nota: el porcentaje de hombres corresponde al total de hombres sobre el total de la población en cada nivel de especialidad.

La Gráfica 8 presenta la distribución por género del top 10 de especialidades con mayor cantidad de profesionales, se indica entre paréntesis el tipo de especialidad al que pertenece, de acuerdo con lo mencionado previamente. Dentro de las especialidades, hay tres en las cuales la participación de las mujeres es mayor que la de los hombres, y tienen la característica que son especialidades clínicas, a saber; Pediatría 64,4% (2.413), Dermatología 69,1% (778) y Psiquiatría 53,5% (611). Sin embargo, para el resto de las especialidades, la cantidad de hombres supera a la cantidad de mujeres, siendo Ortopedia y traumatología la especialidad con mayor proporción de hombres (91,8%). Para futuros estudios resultaría interesante profundizar en el análisis acerca de las motivaciones y determinantes diferenciados por género que influyen en la elección de estas carreras, más allá de la segregación ocupacional y los prejuicios culturales.

<sup>33</sup> Datos a corte 31 de diciembre 2021.

Gráfica 8. Top 10 de especialidades con mayor cantidad de profesionales por género



Fuente: Elaboración propia con información de ReTHUS<sup>34</sup>

Estos hallazgos van en línea con la literatura internacional la cual afirma que las mujeres tienen una mayor probabilidad a elegir especializaciones en los campos de pediatría, cirugía pediátrica, obstetricia, ginecología, oncología y dermatología (Lambert E, 2005). Algunos estudios atribuyen este tipo de distribución entre especialidades al equilibrio que, por lo factores culturales mencionados previamente, tendría que hacer una mujer entre la carrera de medicina y su familia (licencia por maternidad, tiempo para amamantar, maternidad, etc.). Burton KR, (2004) encuentra en este sentido que en Canadá las mujeres trabajan menos horas remuneradas (aunque más que los hombres si se considera la doble jornada con el trabajo de cuidado no remunerado), atienden a una menor cantidad de pacientes, tienen una mayor probabilidad de dejar la medicina antes y se unen a una mayor proporción de organizaciones profesionales en comparación con los hombres . Estos aspectos se correlacionan en parte con especialidades como Dermatología y Oncología, que no suelen tener escenarios de urgencias ni largas jornadas hospitalarias, sino más horas de consulta, ofreciendo una mayor flexibilidad horaria que las mujeres, a la luz de la distribución de sus cargas laborales y familiares, pueden ver como una ventaja en mayor proporción que los hombres (Ng-Sueng LF, 2016).

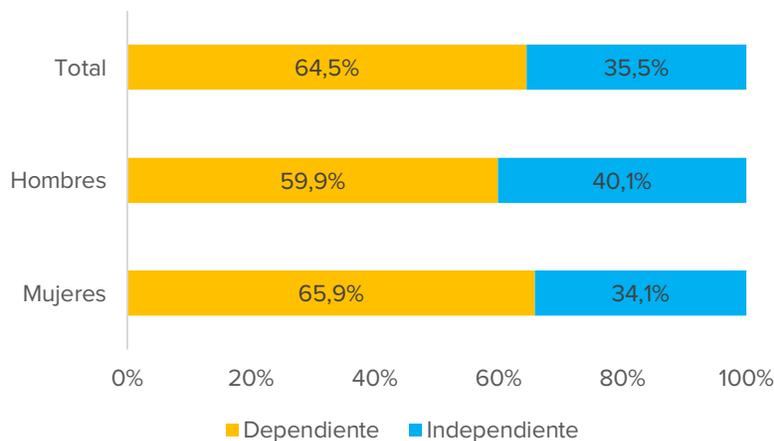
<sup>34</sup> Datos a corte 31 de diciembre 2021.

## 4.2. Condiciones laborales y salariales de las mujeres en el sector salud

La estructura del empleo en Colombia de acuerdo con el DANE para el año 2019<sup>35</sup> muestra que el 89,6% del total de empleados se distribuyen entre asalariados o dependientes y trabajadores independientes. Los asalariados privados y públicos representan el 43,6% del empleo, mientras los trabajadores independientes el 46,0% (cuenta propia el 42,4% y patronos el 3,6%). A nivel nacional bajo la perspectiva de género, el 43,7% de las mujeres son dependientes y el 42,9% independientes, mientras que para el caso de los hombres estas cifras son de 43,5% y 48,2%, respectivamente.

Con relación a la composición del mercado laboral dentro del sector salud en Colombia, entre cotizantes dependientes<sup>36</sup> e independientes<sup>37</sup> por género, se evidencia en la Gráfica 6 que, en promedio, el 64,5% de la población que conforma el talento humano cotizan como dependientes (581.757), siendo esta proporción 1,4 p.p. mayor para las mujeres, lo que sugiere mejores condiciones laborales para las mujeres en este sentido dado que las personas con contratos laborales frente a aquellas con contratos por honorarios reciben una serie de beneficios no salariales como el pago de cesantías, vacaciones, y el empleador asume parte de la cotización a seguridad social del empleado.

Gráfica 9. Porcentaje de hombres y mujeres según tipo de cotizante dependiente o independiente, 2019



Fuente: Elaboración propia con información de ReTHUS

Con relación a las brechas salariales, en Colombia éstas prevalecen entre hombres y mujeres para todos los niveles educativos del sector salud, así como en el resto de los sectores económicos y por nivel educativo (DANE & ONU Mujeres, 2020). Los datos muestran que

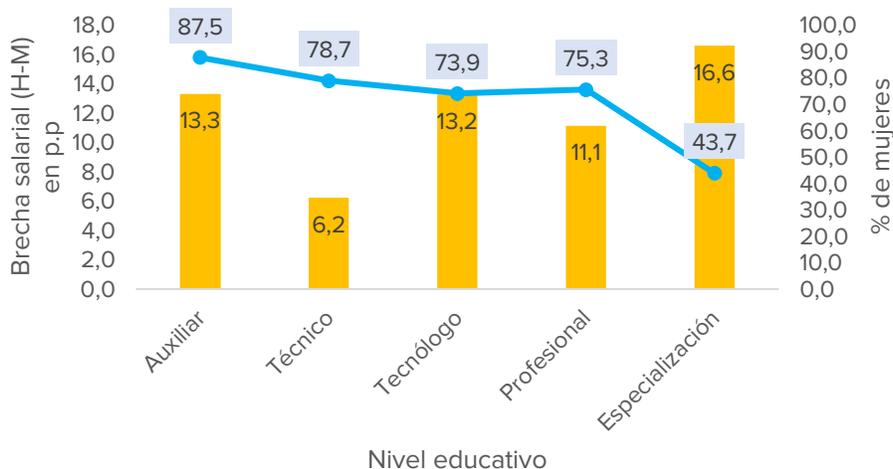
<sup>35</sup> Datos para 2019 a partir de los anexos de la GEIH por sexo. DANE

<sup>36</sup> Aquellos vinculados mediante un contrato laboral.

<sup>37</sup> Aquellos trabajadores por honorarios.

esta brecha es mayor al 10 % en todos los niveles educativos del sector salud con excepción del técnico, en donde es del 6,2, siendo mayor la brecha entre hombres y mujeres con especialización (Ver Gráfica 10). Aunque en sí mismas las cifras son preocupantes, contrastan con las cifras a nivel nacional, cuyas brechas son más amplias: a nivel nacional la brecha salarial entre hombres y mujeres era del 12,1% para el 2018, siendo especialmente más altas para niveles inferiores de escolarización y zonas rurales (DANE & ONU Mujeres, 2020) (Gráfica 11).

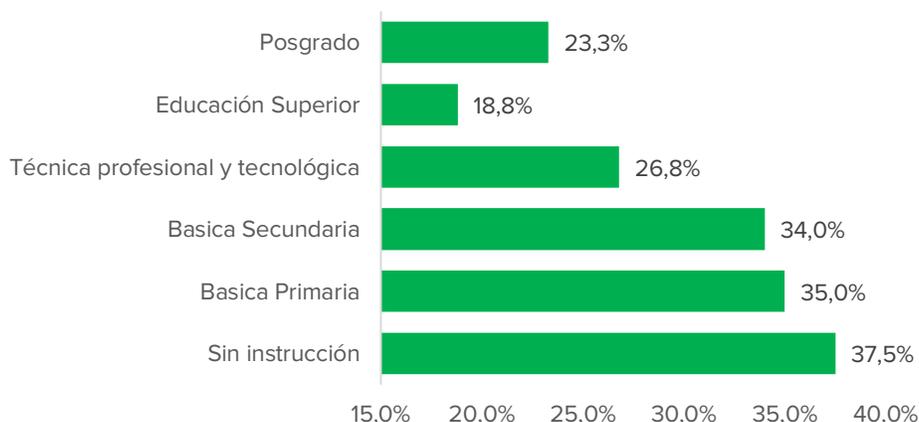
Gráfica 10. Proporción de mujeres (der) y brechas salariales (H-M) (izq) según nivel educativo, 2019



Fuente: Elaboración propia con información de ReTHUS, 2019

Nota: La brecha salarial consiste en la diferencia de los salarios promedio mensuales de hombres y mujeres, expresada como un porcentaje del salario promedio masculino. Una cifra negativa nos indica que el salario promedio de las mujeres es superior que el de los hombres.

Gráfica 11. Brecha salarial entre hombres y mujeres por nivel educativo en Colombia, 2018.



Fuente: DANE & ONU Mujeres (2020)

En términos generales, la mayor cantidad de personal auxiliar está compuesto principalmente por mujeres, sin embargo, existe una brecha salarial promedio a favor de los hombres, pues mientras las mujeres ganan en promedio \$4.256.298 pesos los hombres ganan \$4.908.475 pesos colombianos<sup>38</sup>. De manera análoga ocurre en el nivel profesional, donde hay 372 mil mujeres (75,3% del total de profesionales), pero existe una brecha salarial de 11,1 p.p. a favor de los hombres. Lo anterior puede ser el reflejo de lo indicado por la OMS acerca de las asimetrías de poder de negociación que se observan entre hombres y mujeres (WHO, 2021).

La brecha salarial es particularmente alta para los niveles de especialización, donde la tendencia se revierte siendo mayor la participación de hombres, y continúa la tendencia de brecha salarial aún en este nivel de educación en donde las mujeres ganan en promedio \$41.534.422 pesos mensuales mientras los hombres ganan \$49.776.028 pesos colombianos<sup>39</sup>.

Dentro del top 10 de especialidades (Gráfica 12) con mayor cantidad de profesionales se observan amplias brechas salariales para todas las especialidades con excepción de Radiología e imágenes diagnósticas donde esta es de 0,3 p.p. De igual forma, se observa que las brechas salariales se hacen más grandes especialmente en las especialidades de Cirugía general (24,5 p.p.) y Ortopedia y traumatología (18,2 p.p.), a su vez que son las especialidades con menor participación femenina, 18,8% y 8,2%, respectivamente. Los especialistas en Cirugía general ganan \$34.627.586 pesos, mientras los hombres reciben \$45.835.779 pesos colombianos<sup>40</sup>. Las mujeres especialistas en Ortopedia y traumatología ganan en promedio \$29.699.799 pesos, mientras que los hombres ganan \$36.295.014 pesos colombianos<sup>41</sup> (Ver Gráfica 13).

---

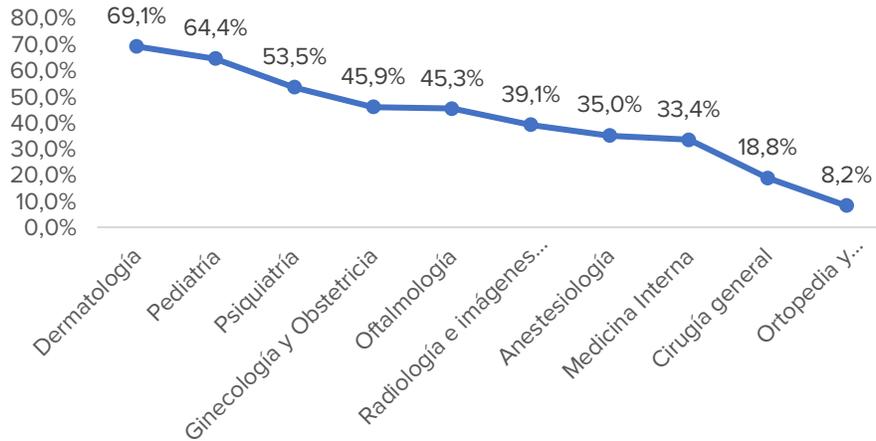
<sup>38</sup> Equivale a \$1.110 USD para mujeres y \$1.281 USD para hombres. TRM a \$3.829,6 USD/COP.

<sup>39</sup> Equivale a \$10.839 USD para mujeres y \$12.990 USD para hombres. TRM a \$3.829,6 USD/COP.

<sup>40</sup> Equivale a \$9.037 USD para mujeres y \$11.962 USD para hombres. TRM a \$3.829,6 USD/COP.

<sup>41</sup> Equivale a \$10.839 USD para mujeres y \$12.990 USD para hombres. TRM a \$3.829,6 USD/COP.

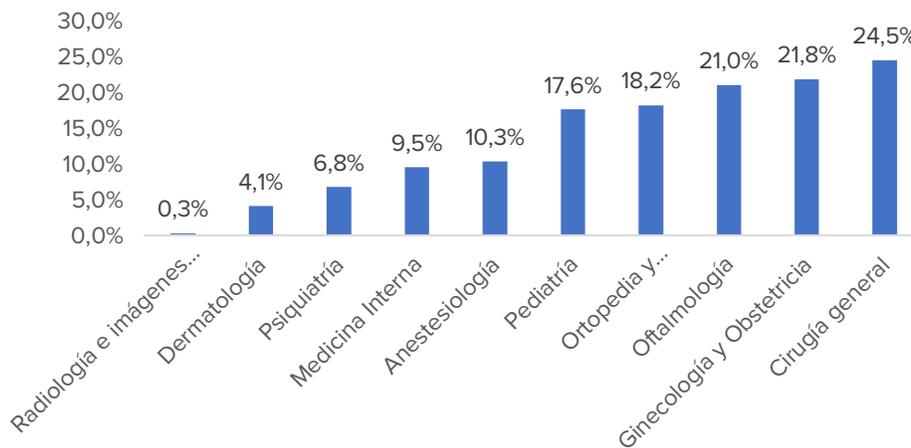
Gráfica 12. Participación femenina en las 10 especialidades con mayor número de personal en Colombia. 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de ReTHUS

Nota: Incluye trabajadoras independientes y dependientes.

Gráfica 13. Brechas salariales (H-M) para el top 10 de las especialidades según cotizante dependiente, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de ReTHUS

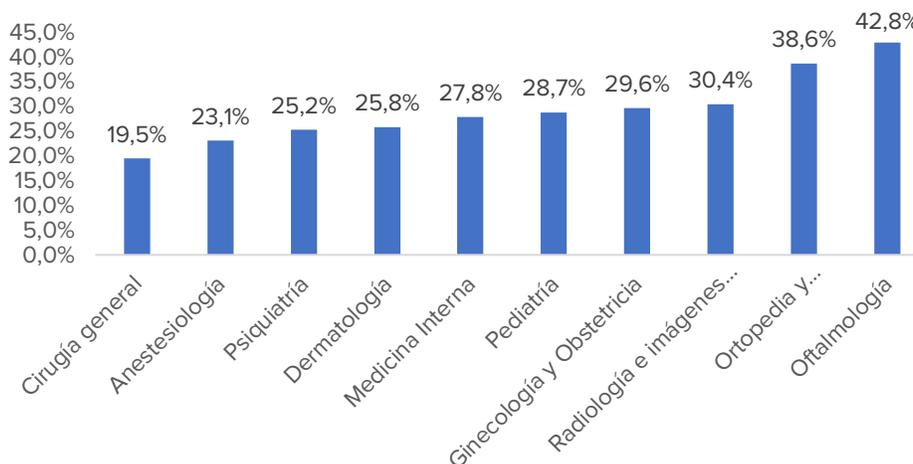
Nota: el porcentaje de mujeres corresponde al total de mujeres sobre el total de la población en cada especialidad.

Con relación a las brechas salariales de los trabajadores independientes dentro del top 10 de especialidades, en la Gráfica 14 se evidencian brechas superiores al 19,5 para todas las especialidades, presentado brechas más altas que para los trabajadores dependientes. La brecha más alta se encuentra en Oftalmología (42,8 p.p.), lo cual equivale a una diferencia salarial entre hombres y mujeres de \$13.445.844 pesos colombianos<sup>42</sup>. Ortopedia y

<sup>42</sup> Equivale a \$3.511 USD. TRM a \$3.829,6 USD/COP.

traumatología presenta la segunda brecha salarial más alta con 38,6 p.p. lo que es equivalente a una diferencia salarial de \$11.782.112 pesos<sup>43</sup>.

Gráfica 14. Brechas salariales (H-M) para el top 10 de las especialidades según cotizante independiente, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de ReTHUS

Nota: el porcentaje de mujeres corresponde al total de mujeres sobre el total de la población en cada especialidad.

Lo anterior da cuenta de las profundas desigualdades existentes en el mercado laboral del sector salud en Colombia, ya que a pesar de ser un sector altamente feminizado los hombres continúan ganando sistemáticamente más que las mujeres para todos los niveles educativos, aumentando significativamente esta brecha en los niveles de especialización. Este hallazgo está en línea con la literatura ya que, estudios recientes sugieren que las brechas en los salarios de los médicos persisten incluso después de controlar por especialidad, tipo de práctica y horas trabajadas (Seabury SA, 2013). Además, resalta también la problemática que existe entre los tipos de vinculación laboral y cómo estos se correlacionan con la amplitud de las brechas salariales: para el caso de mujeres independientes, la brecha salarial suele ser significativamente más amplia que para las mujeres dependientes trabajando en las mismas especialidades. Mayor énfasis debería hacerse en futuros estudios que exploren qué mecanismos están influyendo en esta ampliación de brechas para los diferentes tipos de contratación.

### 4.3. Informalidad, oficios del hogar no remunerados y tareas de cuidado

En Colombia las mujeres tienen mayor probabilidad de ser informales que los hombres. Según cifras del DANE, para el total de las 13 ciudades principales y áreas metropolitanas la

<sup>43</sup> Equivale a \$3.077 USD. TRM a \$3.829,6 USD/COP.

proporción de población ocupada informal<sup>44</sup> en 2019 para las mujeres fue de 48,7% y de 44,1% para los hombres. Esta tendencia se mantiene para el sector salud donde para 2019 la proporción de mujeres informales fue de 13,6%, mientras las de los hombres de 11,1%, tendencias que se mantienen para el 2020<sup>45</sup>. (Ver Tabla 5). La informalidad en la población femenina tiene consecuencias que implican un mayor nivel de pobreza, precariedad laboral, alto desempleo y bajo empoderamiento económico, entre la profundización de otras vulnerabilidades interseccionales (Bolívar, 2021).

Tabla 5. Proporción de población ocupada informal total 13 ciudades y áreas metropolitanas y total sector salud, por sexo entre 2019 y 2020<sup>46</sup>

Proporción de población ocupada informal	Género	2019	2020	Variación absoluta en p.p.
13 ciudades y áreas metropolitanas	Hombre	44,1	47	3,1
	Mujer	48,7	48	-0,6
Sector salud	Hombre	11,1	9	-2,5
	Mujer	13,6	10	-3,3

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de DANE, GEIH (2019-2020)

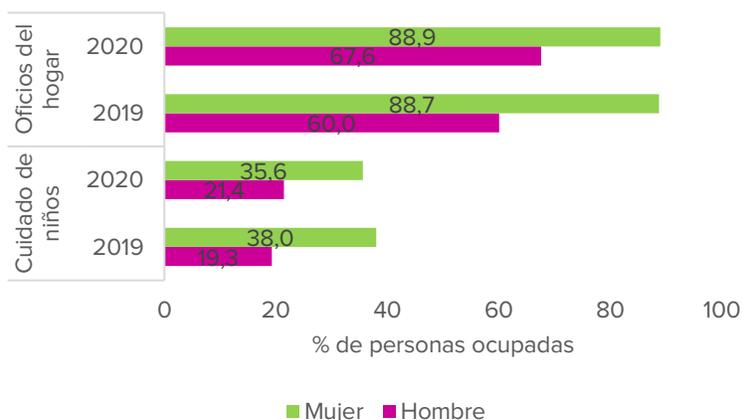
Adicional al componente de la informalidad que afecta en mayor medida a mujeres que hombres, existen dinámicas sociales y culturales que conllevan a una mayor participación de las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidado, el cual incluye oficios del hogar y tareas de cuidado no remunerado. Estas dinámicas también se observan en el sector de la salud, como se ilustra en la Gráfica 15. En 2019 el 88,7 % de las mujeres reportaron haber realizado de forma no remunerada oficios en su hogar, mientras que en el caso de los hombres este porcentaje fue de 60,0%. De igual forma, se mantiene la misma tendencia en relación con el cuidado de niños, donde para las mujeres este porcentaje es de 38,0%, mientras para los hombres es de 19,3%.

<sup>44</sup>Con respecto a la definición de informalidad se usa la dispuesta por el DANE 2016 donde los ocupados informales son las personas que durante el período de referencia se encontraban en una de las siguientes situaciones: 1. 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; 2. Los trabajadores familiares sin remuneración en empresas de cinco trabajadores o menos; 3. Los empleados domésticos en empresas de cinco trabajadores o menos; 4. Los jornaleros o peones en empresas de cinco trabajadores o menos; 5. Los trabajadores por cuenta propia que laboran en establecimientos hasta de cinco personas, excepto los independientes profesionales; 6. Los patrones o empleadores en empresas de cinco trabajadores o menos; 7. Se excluyen los obreros o empleados del gobierno. La tasa de informalidad se estima como la cantidad de informales dentro del total de ocupados del sector salud.

<sup>45</sup> La definición de informalidad utilizada en la GEIH difiere a la clasificación de dependientes e independientes registrados en ReTHUS, los cuales provienen de PILA, como la población cotizante.

<sup>46</sup> Debido al cambio en el operativo de recolección de la GEIH por la pandemia del COVID-19, no fue posible obtener información de informalidad de los meses de marzo y abril de 2020. A partir de mayo de 2020, se recolectan nuevamente las variables que permiten obtener datos e indicadores de informalidad.

Gráfica 15. Porcentaje de la población ocupada del sector salud que realizaron de forma no remunerada oficios en su hogar y cuidado de niños según género, 2019-2020<sup>47</sup>



Fuente: Elaboración propia con información de GEIH

Siguiendo con las tendencias nacionales, en el sector de la salud las mujeres tienen a cargo mayores responsabilidades de trabajo no remunerado en oficios del hogar y de cuidado. En 2020 de cada 10 mujeres ocupadas en el sector salud aproximadamente 3 se ocupaba también de los cuidados de los niños del hogar, mientras que de cada 10 hombres ocupados aproximadamente 2 lo hacían. Frente a los oficios del hogar, de cada 10 mujeres ocupadas en el sector aproximadamente 9 se encargaban de dichos oficios, mientras que para los hombres 7 de cada 10 ocupados lo realizaban. Estas cifras van en línea con la tendencia que se ha encontrado a nivel nacional, del total de horas anuales dedicadas al trabajo de cuidado no remunerado, las mujeres realizan el 78%, mientras que los hombres realizan solo 22%. (DANE, 2020), mostrando que en el sector salud las mujeres también están teniendo jornadas laborales (de trabajo remunerado y no remunerado) más largas con relación a los hombres, sumado al hecho de que presentan brechas salariales.

En general, las cifras presentadas muestran que las mujeres en el sector salud en Colombia, al igual que para el resto de los sectores económicos, presentan barreras importantes, tanto al interior de sus hogares, en el mercado laboral, como en los procesos de formación que inciden negativamente en su bienestar al ponerlas en condiciones de desventaja frente a la población masculina con características similares. Esta primera aproximación a las cifras del sector salud con lente de género es un insumo importante para abrir y profundizar el debate con relación a las barreras estructurales que enfrentan las mujeres en el sector y para empezar el proceso de gestión de cambio que se requiere para alcanzar mayores niveles de igualdad que, como se mencionó previamente, no solo beneficiarían a las mujeres sino al sector mismo y a la sociedad en general.

<sup>47</sup> Dada la situación de la pandemia por Covid-19 los datos para 2020 tienen menores observaciones en los meses de marzo, abril y mayo, debido a que su operativo de recolección se vio afectado por los confinamientos decretados para enfrentar la expansión del coronavirus.

## 5. CONCLUSIONES

La existencia de sesgos de género en el mercado laboral genera efectos negativos no solo para las mujeres sino para la economía, el desarrollo humano, y las sociedades en general. La segregación laboral de las mujeres en el sector salud trae consecuencias no solo para las mujeres trabajadoras del sector, sino que tiene consecuencias negativas para todas las personas: pacientes, la prestación y calidad del servicio, las sociedades, la reducción de desigualdades, y para lograr los ODS y lograr la cobertura sanitaria universal (WHO, 2021). Sin embargo, el modelo ecológico ilustra que la paridad de género no se puede lograr a menos que se aborden factores legales, sociales y culturales más amplios

De acuerdo con la OMS, la salud global puede debilitarse enormemente al excluir el talento, ideas, y conocimiento de la población femenina, en tanto que las mujeres a menudo amplían la agenda de investigación en salud con enfoque diferencial, fortaleciendo la salud para todos (WHO, 2021). En este sentido, las mujeres en roles de liderazgo tienen la capacidad de ampliar las agendas de acción dando mayor prioridad a temas como la salud sexual y reproductiva, así como a problemáticas que afectan en mayor medida a mujeres y niñas y que actualmente no tienen la prioridad que deberían (WHO, 2021; Downs, Reif, Hokororo, & Fitzgerald, 2014).

La existencia y persistencia de discriminación de género afecta las decisiones relativas a la educación y la capacitación de las mujeres a partir de las expectativas que éstas perciban que pueda brindarles el mercado laboral, por lo que es un problema que tiene efectos intergeneracionales y debe ser abordado con premura (ILO & UNDP, 2019). Los estudios y estadísticas sobre talento humano del sector de la salud a nivel global muestran que existen de manera persistente y estructural situaciones de segregación por género que las afectan negativamente en términos oportunidades de crecimiento, desarrollo profesional y personal, se ven limitadas para ocupar posiciones de liderazgo, tienen menos incidencia en los procesos de toma de decisiones y dinámicas de negociación que los hombres y presentan una generalizada inequidad salarial con relación a sus pares hombres.

De acuerdo con lo anterior, y como se mostró a lo largo de este documento, estas dinámicas también se observan en el mercado laboral colombiano. Los resultados para Colombia en el sector de la salud muestran que las brechas salariales son en promedio 12,8%<sup>48</sup> (siendo más altas para los niveles de especialización), las cuales son muy similares a las encontradas para el total nacional (12,1%). Lo anterior sugiere que de manera generalizada las mujeres están

---

<sup>48</sup> Brecha salarial calculada para los profesionales auxiliares, técnico, tecnólogo, profesional universitario y con especialización a partir de RETHUS.

encontrando barreras que impiden la equidad en términos salariales y que deben estudiarse y abordarse tanto como un problema estructural, así como uno sectorial con el propósito de que las mujeres alcancen una remuneración que sea acorde al trabajo que realizan, desmontando las barreras formales e informales que están evitando la equidad salarial en el sector salud de forma particular.

De manera similar, los resultados reflejan que las mujeres trabajadoras en el sector de la salud también enfrentan una doble jornada entre actividades remuneradas y actividades de cuidado no remuneradas, las cuales recaen de manera desproporcionada sobre ellas. Los estudios al respecto señalan que hay una correlación entre esta carga y las decisiones profesionales de las mujeres de optar por especializaciones que permitan una mayor flexibilidad horaria lo que, en el mediano y largo plazo, repercute en una profundización de la segregación tanto horizontal como vertical, así como en el valor esperado de sus ingresos laborales. El documento muestra que en Colombia se revierte la tendencia nacional de una mayor participación femenina en los niveles de educación de especialización, pues para el caso del sector salud los hombres son mayoría en este nivel de posgrado. Adicional a esto, en las especialidades de medicina, los hombres tienen mayor prevaencia en las especialidades quirúrgicas, mientras las mujeres tienen mayor prevalencia en las especialidades clínicas de dermatología, pediatría y psiquiatría, las cuales se ha mostrado cuentan con una mayor flexibilidad horaria.

Los sesgos de género están presentes en todos los niveles organizacionales, sociales y políticos: en los mecanismos a través de los cuales se diseñan e implementan las estrategias y políticas, por lo que en cada nivel se requiere de atención y estrategias claras encaminadas a reducir y eliminar estos sesgos. Las desigualdades de género se rigen, en gran parte, por normas sociales, y se pueden cambiar para mejorar la salud de millones de niñas y mujeres en todo el mundo. Este proceso de cambio implica esfuerzos por garantizar que las leyes, normas, y metas organizacionales protejan y promuevan la equidad de género (OMS, 2008).

A la luz de los hallazgos en materia de brechas de género para las mujeres trabajadoras del sector de la salud en Colombia, del documento se puede concluir que, aunque hay dinámicas que explican y reproducen las desigualdades de género (en el mercado laboral y en los hogares) que trascienden al sector salud, es importante también abordar paralelamente las causas y factores que reproducen y perpetúan estas dinámicas desde un enfoque sectorial y organizacional. El sector de la salud en Colombia requiere de la incorporación sistemática de una perspectiva de género (Gender Mainstreaming) que se apropie y se implemente institucionalmente en todos los niveles (centros educativos, centros de investigación, EPS, IPS, clínicas, hospitales, unidades de reclutamiento, etc.). Es clave la presencia de mujeres en cargos de liderazgo en el sector de la salud en tanto que tienen un rol clave para el desarrollo sostenible y humano (Langer, y otros, 2015). Para lo anterior, es importante la

existencia de una unidad de género catalizadora con un fuerte posicionamiento institucional, autoridad y presupuesto (OMS, 2008).

En particular, las acciones deben ser interseccionales y abordar las causas individuales, colectivas, profesionales, educativas, culturales y sociales, así como promover una serie de acciones que incluya (pero no se limite a) las siguientes:

- La academia médica debe realizar un proceso reflexivo acerca de las dinámicas de poder e inclusión con sesgos de género que actualmente tienen en sus procesos de admisión, educación y promoción, y promover una cultura de equidad e inclusión.
- Diseñar e implementar acciones dirigidas a romper los “techos de cristal” en las diferentes esferas del sector salud que actualmente limitan el desarrollo profesional de las mujeres que cuentan con educación terciaria, quienes siguen enfrentando obstáculos que restringen sus posibilidades de lograr el empoderamiento económico, social y cultural en sus entornos de trabajo y comunidades. Esto incluye el diseño de políticas públicas dirigidas a promover la igualdad de oportunidades en el ámbito de la educación formal, de la formación profesional y de la inserción laboral y la intermediación. (ILO & UNDP, 2019)
- Abordar la segregación ocupacional y explorar los mecanismos que permiten dar cuenta sobre las decisiones y aspiraciones de las mujeres en áreas de liderazgo en el sector salud, así como formular estrategias basadas en datos que permitan solventar la crisis de personal sanitario y poner en pie sistemas sanitarios que atiendan las necesidades de las poblaciones desfavorecidas.
- Reconocer, en los diferentes ambientes laborales, que la segregación ocupacional no es neutra, y que afecta seriamente las posibilidades de las mujeres de conseguir autonomía social y económica. No abordar la segregación ocupacional perpetuaría no solo las condiciones desfavorables que las mujeres ya hoy enfrentan, sino que afectarían también a las futuras generaciones a través del efecto sobre las futuras decisiones de éstas en términos de ingreso al mercado laboral, elección de estudios y especializaciones, así como decisiones sobre sus hogares e inversión en capital humano (ILO & UNDP, 2019)

De acuerdo con la OMS, el cierre efectivo de brechas de género y el desmonte de las barreras estructurales que está impidiendo que las mujeres en el sector de la salud puedan trabajar en condiciones de equidad, promueve lo que la organización denomina el Triple Dividendo de Género (WHO, 2021): i) Mejor Salud, como consecuencia del mayor empoderamiento y más oportunidades de ocupar puestos de liderazgo por parte de las mujeres, que resultaría en una mejora en los servicios de salud. ii) Igualdad de Género, y iii) Crecimiento económico, como consecuencia de un sistema más eficiente que involucre de

manera justa a las mujeres, promoviendo a su vez el cumplimiento de los ODS y a la cobertura sanitaria universal. En este sentido, abordar la desigualdad existente que enfrentan las mujeres en el sector de la salud en Colombia no solo es importante en sí mismo, sino que tiene el potencial de traer beneficios más amplios para la sociedad en su conjunto.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Agüero, J., Marks, M., & Raykar, N. (2017). Economic Development and The Motherhood Wage Penalty.
- Anker R, M. H. (2003). Gender-based occupational segregation in the 1990s. . Geneva: International Labour Office.
- Aspiazu, E. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Pilquen*, 55-66.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2015). Medical practitioners workforce.
- Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Cartagena: Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 204, Banco de la República.
- Baird M, D. L. (2015). Regional and gender differences and trends in the anesthesiologist workforce. *Anesthesiology*, 123(5): 997-1012.
- Bolivar, M. C. (2021). La informalidad laboral femenina en Colombia: un análisis sobre su composición y determinantes socioeconómicos (2017-2019). Universidad Nacional de Colombia.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes.
- Burton KR, W. I. (2004). A force to contend with: The gender gap closes in Canadian medical schools. *CMAJ* , 170(9):1385–6.
- CAF. (2017). El determinante papel de las mujeres en el desarrollo económico de América Latina | CAF. Obtenido de <https://www.caf.com/es/actualidad/noticias/2017/03/el-determinante-papel-de-las-mujeres-en-el-desarrollo-economico-de-america-latina/>
- Calderon, A. P. (2019). Mujeres en el sector salud, ¿la balanza se inclina a su favor? Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cassel, J. (1997). Hacer género, hacer cirugía: mujeres cirujanas en la profesión de un hombre. *Órgano Hum*, 56 (1): 47-52.
- Cassells, R., & Duncan, A. (2019). Gender Equity Insights 2019: Breaking through the Glass Ceiling. Bankwest Curtin Economics Centre | WGEA Gender Equity Series. Obtenido de <https://bcec.edu.au/assets/2019/02/BCEC-WGEA-Gender-Equity-Insights-2019-Report.pdf>
- CEPAL. (2021). La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad. CEPAL.
- Champagne-Langabeer, T., & Hedges, A. (12 de 2021). Physician gender as a source of implicit bias affecting clinical decision-making processes: a scoping review. *BMC Medical Education*, 21(1).
- Connolly, S. &. (2009). The pay gap for women in medicine and academic medicine: an analysis of the WAM database. London (UK): British Medical Association.
- Correll, S., Benard, S., & Paik, I. (3 de 2007). Getting a job: Is there a motherhood penalty? *American Journal of Sociology*, 112(5), 1297-1338.

- Criado-Pérez, C. (2019). *Invisible women: data bias in a world designed for men*. Abrams Press.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Sweden: Institute for Futures Studies.
- DANE & ONU Mujeres. (2020). *CUIDADO NO REMUNERADO EN COLOMBIA: BRECHAS DE GÉNERO*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/Boletin-estadistico-ONU-cuidado-noremunerado-mujeres-DANE-mayo-2020.pdf>
- DANE & ONU Mujeres. (2020). *MUJERES Y HOMBRES: BRECHAS DE GÉNERO EN COLOMBIA*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe.pdf>
- DANE. (2018). Recuperado el 08 de 03 de 2022
- DANE. (2020). *Cuidado no remunerado en Colombia: brechas de género*. ONU MUJERES.
- DANE. (2020). *Informe sobre cifras de empleo y brechas de género. Covid y Mercado Laboral*, Bogotá.
- DANE. (2021). *Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema en 2020*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>
- DANE, & Comisión legal para la equidad de la mujer. (2020). *Participación de las mujeres colombianas en el mercado laboral*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/informes/Informe-participacion-mujer-mercado-laboral.pdf>
- Das, S., & Kotikula, A. (2019). *Gender-based Employment Segregation: Understanding Causes and Policy Interventions*. (B. Mundial, Ed.) Obtenido de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/483621554129720460/pdf/Gender-Based-Employment-Segregation-Understanding-Causes-and-Policy-Interventions.pdf>
- Downs, J., Reif, L., Hokororo, A., & Fitzgerald, D. (2014). Increasing Women in leadership in global health. *Academic Medicine*, 89(8), 1103-1107.
- Duré, M., 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*, 4-5.
- European Institute for Gender Equality. (2017). *Gender segregation in education, training and the labour market: review of the implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States*. Brussels: European Institute for Gender Equality.
- Galvis, L. A. (2010). Diferenciales salariales por género y región en Colombia: una aproximación con regresión por cuantiles. *Revista de Economía del Rosario*, vol 13 núm 2, pp. 253-277.
- Hall JA., R. D. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ Couns.*, 48:217–24.
- Hamberg, K. (5 de 2008). Gender bias in medicine. *Women's Health*, 4(3), 237-243.

- Hegewisch A, G. J. (2011). The impact of work-family policies on women's employment: a review of research from OECD countries. *Community, Work and Family*, 14(2):119-38.
- Heise, L., Greene, M., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., . . . Rao Gupta, G. (6 de 2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440-2454.
- Hojat M., G. J. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry* , 159(9):1563–9.
- Holdcroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? *Journal of the Royal Society of Medicina*. Obtenido de <http://www.eoc.org.uk/>
- Hub, G. E. (2018). Working Paper on Gender and Equity in the Health and Social Care Workforce: Consultative Draft Report. World Health Organization.
- ILO & UNDP. (2019). La segregación horizontal de género en los mercados laborales de ocho países de América Latina: implicaciones para las desigualdades de género.
- ILO. (2022). The gender gap in employment: What's holding women back? Obtenido de <https://www.ilo.org/infostories/en-GB/Stories/Employment/barriers-women#intro>
- International Labor Organization. (2017). Improving employment and working conditions in health services. International Labor Organization.
- Iyer, A., Sen, G., & Östlin, P. (2008). The intersections of gender and class in health status and health care. *Global Public Health*, 3(SUPPL. 1), 13-24.
- Kabeer, N. (2022). A fiercely contested omission — or why we need to keep talking about unpaid care. United Nations University. Obtenido de <https://www.wider.unu.edu/publication/fiercely-contested-omission-%E2%80%94-or-why-we-need-keep-talking-about-unpaid-care>
- Kavilanz, P. (14 de Marzo de 2018). CNN Business. Recuperado el 08 de 03 de 2022, de <https://money.cnn.com/2018/03/14/news/economy/gender-pay-gap-doctors/index.html>
- Kavilanz., P. (14 de Marzo de 2018). CNN Business. Recuperado el 08 de 03 de 2022, de <https://money.cnn.com/2018/03/14/news/economy/gender-pay-gap-doctors/index.html>
- Lambert E, H. E. (2005). The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Academic Medicine*, 80:797-802.
- Langer, A., Meleis, A., Knaul, F., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., . . . Frenk, J. (9 de 2015). Women and Health: The key for sustainable development. *The Lancet*, 386(9999), 1165-1210.
- McKinsey Global Institute. (2015). The power of parity: how advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth. McKinsey Global Institute.
- Miani, C., Wandschneider, L., Niemann, J., Batram-Zantvoort, S., & Razum, O. (11 de 2021). Measurement of gender as a social determinant of health in epidemiology—A scoping review. *Public Library of Science*.
- Ministerio de Educación Nacional. (09 de 03 de 2022). Obtenido de <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-136481.html#:~:text=%2D%20INGRESO%20BASE%20DE%20COTIZACI%C3%93N%2>

0(IBC)&text=Porci%C3%B3n%20del%20salario%20del%20trabajador,de%20Segurid  
ad%20Social%20en%20Salud.

- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. (2012). Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Moynihan, C. (1998). Teorías en el cuidado de la salud y la investigación. Teorías de la masculinidad. *BMJ*, 317: 1072-1075.
- Ng-Sueng LF, V.-M. I.-T.-E.-I.-B. (2016). Gender associated with the intention to choose a medical specialty in medical students: a cross-sectional study in 11 countries in Latin America. *PloS One*, 11(8):e0161000.
- Novielli K, H. M. (2001). Change of interest in surgery during medical school: a comparison of men and women. *Academic Medicine*, 76(10):S58-61.
- OCDE & Ministerio de Educación. (2016). Revisión de políticas nacionales de educación. La Educación en Colombia. OCDE. Obtenido de [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-356787\\_recurso\\_1.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-356787_recurso_1.pdf)
- OIT. (2018). Panorama Laboral 2018. América Latina y el Caribe.
- OMS. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.
- OMS. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.
- OMS. (2019). Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries.
- OMS. (2022). Health and well-being. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- ONU. (2022). Igualdad de género y empoderamiento de la mujer. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- ONU Mujeres. (2019). World Survey on the Role of Women in Development 2019. United Nations.
- ONU Mujeres. (2022). Una remuneración igual por trabajo de igual valor | ONU Mujeres. Obtenido de <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/csw61/equal-pay>
- Organización Internacional del Trabajo. (2015). ¿Qué es un trabajador asalariado? Recuperado el 16 de 03 de 2022, de [https://www.ilo.org/global/topics/wages/minimum-wages/beneficiaries/WCMS\\_536068/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/wages/minimum-wages/beneficiaries/WCMS_536068/lang--es/index.htm)
- Paradies, Y. (8 de 2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health.
- Parry, Y., & Willis, E. (2019). The social context of behaviour. *Psychology for Health Professionals*.
- Pineda, J. (2010). FAMILIA POSTMODERNA POPULAR, MASCULINIDADES Y ECONOMÍA DEL CUIDADO. *Revista Latinoamericana de Estudios Familiares*, 2(enero).

- Plank-Bazinet, J., Heggeness, M., Lund, P., & Clayton, J. (5 de 2017). Women's Careers in Biomedical Sciences: Implications for the Economy, Scientific Discovery, and Women's Health. *Journal of Women's Health*, 26(5), 525-529.
- Raghavan, D. (2014). Recuperado el 08 de 03 de 2022, de NextAvenue: (<https://www.nextavenue.org/howgender-pay-gap-harms-womens-retirement/>)
- Ramos, C. I., & Bolivar, M. C. (12 de 2020). Brecha de género en el mercado laboral colombiano en tiempos de la Covid-19. *Semestre Económico*, 23(55), 285-312.
- Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options. *Gender and Development Programme Paper Number 3*. United Nations Research Institute for Social Development.
- Reskin, B. (1993). Sex segregation in the workplace. *Annual Review of Sociology*, 19:241-70.
- Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de Saude Publica*.
- Rubin, G. (1975). El tráfico de mujeres: apuntes sobre la economía política del sexo. *Hacia una antropología de la mujer*. Nueva York: Monthly Review Press, 157-210.
- Ruger, J. P. (2003). Health and development. *The Lancet*.
- Ruiz, F., Camacho, S., Jurado, C. E., Matallana, M. A., O'Meara, G. S., Eslava, J. I., . . . Echeverri, B. (2008). Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Bogotá.
- Russo G, G. L. (2015). Feminization of the medical workforce in low-income settings: findings from surveys in three African capital cities. *Human Resources for Health*, 13(1):64.
- SAGE. (2016). SAGE. Obtenido de Gender equity in STEM: (<https://www.sciencegenderequity.org.au/>)
- Sandoval, T., & Delgado, A. (2020). Mujeres del sector salud: su protección en tiempos de Covid-19. Un abordaje desde la perspectiva de género. *Gaceta Laboral*, 156-184.
- Sasser, A. (2005). Gender differences in physician pay: tradeoffs between career and family. *Journal of Human Resources*, 40(2):477-504.
- Sasser, A. C. (2005). Gender differences in physician pay: tradeoffs between career and family. *Journal of Human Resources*, 40(2):477-504.
- Seabury SA, C. A. (2013). Trends in the earnings of male and female health care professionals in the United States, 1987 to 2010. *JAMA Internal Medicine*, 173:1748-50.
- Semega JL, F. K. (2017). Income and poverty in the United States: 2016. *Current Population Reports*. Washington (DC): United States Census Bureau.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York.
- UN. (2015). Envision2030 Goal 3: Good Health and Well-being. Obtenido de Department of Economic and Social Affairs: (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/envision2030-goal3.html>)
- UNDP. (2020). *Human Development Report 2020 The next frontier Human development and the Anthropocene*. United Nations Development Program.

- Vujicic M, W. T. (2013). Dentist income levels slow to recover. Health Policy Institute Research Brief. American Dental Association.
- WEF. (2022). Global Gender Gap Report. Geneva: World Economic Forum. Obtenido de [www.weforum.org](http://www.weforum.org)
- WGH. (2021). Fit for Women? Safe and Decent PPE for Women Health and Care Workers. Fit for Women? Safe and Decent PPE for Women Health and Care Workers.
- WHO & ILO. (2022). The gender pay gap in the health and care sector. A global analysis in the time of COVID-19. World Health Organization & International Labor Organization, Geneva. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052895>
- WHO. (2019). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. World Health Organization.
- WHO. (2019). Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries. Obtenido de <http://apps.who.int/bookorders>.
- WHO. (2021). Closing the leadership gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce. World Health Organization.
- WHO. (2021). Closing the leadership gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce.
- WHO. (2021). It's time to build a fairer, healthier world for everyone everywhere. Obtenido de [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5_1&download=true)
- Williams, C. (1992). The glass escalator: hidden advantages for men in the “female” professions. *Social Problems*, 39(3):253–67.
- Williams, D., & Mohammed, S. (2 de 2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research.
- Williams., C. (1992). The glass escalator: hidden advantages for men in the “female” professions. *Social Problems*, 39(3):253–67.
- Women in Global Health. (2019). The Ecological Model. Obtenido de <http://bit.ly/ECOMODEL>
- World Economic Forum. (2021). 'Shecession': What COVID-19 has meant for women and work. World Economic Forum.
- World Health Organization. (2006). Perfil mundial de los trabajadores sanitarios.
- World Health Organization. (2016). Working for health and growth: investing in the health workforce. Geneva: Report of the High-level Commission on Health Employment and Economic Growth.

## 7. ANEXOS

Tabla 6. Programas de talento humano en salud, según nivel educativo

TIPO DE PROGRAMA	CARRERA	
AUXILIAR	A01 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD	A04 - AUXILIAR EN SALUD PÚBLICA
	A02 - AUXILIAR EN ENFERMERÍA	A05 - AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS
	A03 - AUXILIAR EN SALUD ORAL	A99 - OTROS AUXILIARES DE LA SALUD
TÉCNICO PROFESIONAL	TC01 - TÉCNICO PROFESIONAL EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	TC07 - TÉCNICO PROFESIONAL EN CITOHISTOLOGÍA
	TC02 - TÉCNICO PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TC08 - TÉCNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL
	TC04 - TÉCNICO PROFESIONAL EN MECÁNICA DENTAL	TC99 - OTROS TÉCNICOS PROFESIONALES DE LA SALUD
TECNOLOGÍA	T02 - TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	T12 - TECNOLOGÍA EN RADIODIAGNÓSTICO Y RADIOTERAPIA
	T03 - TECNOLOGÍA EN CITOHISTOLOGÍA	T13 - TECNOLOGÍA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
	T05 - TECNOLOGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	T14 - TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
	T09 - TECNOLOGÍA EN MANEJO DE FUENTES ABIERTAS DE USO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	T16 - TECNOLOGÍA EN RADIOTERAPIA
	T10 - TECNOLOGÍA EN MECÁNICA DENTAL	T99 - OTROS TECNÓLOGOS DE LA SALUD
	T11 - TECNOLOGÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	
UNIVERSITARIA	P01 - BACTERIOLOGÍA	P10 - OPTOMETRÍA
	P02 - MICROBIOLOGÍA Y BIOANÁLISIS	P11 - PSICOLOGÍA
	P03 - ENFERMERÍA	P12 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	P04 - FISIOTERAPIA	P13 - TERAPIA OCUPACIONAL
	P05 - FONOAUDIOLOGÍA	P14 - TERAPIA RESPIRATORIA
	P06 - INSTRUMENTACION QUIRÚRGICA	P16 - GERONTOLOGÍA
	P07 - MEDICINA	P17 - QUÍMICA FARMACÉUTICA
	P08 - NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	P99 - OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
	P09 - ODONTOLOGÍA	
ESPECIALIZACION	D01 - MEDICINA NUCLEAR	M1504 - NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
	D02 - PATOLOGÍA	M1505 - NEONATOLOGÍA
	D03 - RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	M1506 - NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

TIPO DE PROGRAMA	CARRERA
D0301 - IMAGEN CORPORAL	M1507 - NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
D0302 - IMAGENOLOGÍA ONCOLÓGICA	M1508 - ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
D0303 - NEURORADIOLOGÍA	M1509 - CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO
D0304 - RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	M1510 - GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
D99 - OTRA ESPECIALIDAD DIAGNÓSTICA	M1511 - REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
E01 - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	M1512 - ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
E99 - OTRA ESPECIALIZACIÓN MULTIDISCIPLINARIA	M16 - PSIQUIATRÍA
E99P01 - OTRA ESPECIALIZACIÓN BACTERIOLOGÍA	M1601 - PSIQUIATRÍA DE ENLACE
E99P03 - OTRA ESPECIALIZACIÓN ENFERMERÍA	M1602 - PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
E99P04 - OTRA ESPECIALIZACIÓN FISIOTERAPIA	M17 - TOXICOLOGÍA CLÍNICA
E99P05 - OTRA ESPECIALIZACIÓN FONOAUDIOLOGÍA	M18 - MEDICINA FORENSE
E99P08 - OTRA ESPECIALIZACIÓN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	M19 - RADIOTERAPIA
E99P09 - OTRA ESPECIALIZACIÓN ODONTOLOGÍA	M20 - MEDICINA HOMEOPÁTICA
E99P10 - OTRA ESPECIALIZACIÓN OPTOMETRÍA	MC99 - OTRA ESPECIALIDAD CLÍNICA
E99P14 - OTRA ESPECIALIZACIÓN TERAPIA RESPIRATORIA	NO DEFINIDO
M01 - ALERGOLOGÍA	Q01 - CIRUGÍA GENERAL
M02 - ANESTESIOLOGÍA	Q0101 - CIRUGIA CARDIOVASCULAR
M0201 - ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	Q0102 - CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
M0202 - DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Q0103 - CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
M03 - DERMATOLOGÍA	Q0104 - CIRUGÍA DE TÓRAX
M0301 - DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA	Q0105 - CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
M04 - GENÉTICA MÉDICA	Q0106 - CIRUGÍA ONCOLÓGICA
M05 - MEDICINA AEROESPACIAL	Q0107 - COLOPROCTOLOGÍA
M06 - MEDICINA DE URGENCIAS	Q0108 - CIRUGÍA DE TRASPLANTES
M07 - MEDICINA DEL DEPORTE	Q0109 - CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
M08 - MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Q02 - CIRUGÍA PEDIÁTRICA

TIPO DE PROGRAMA	CARRERA
M09 - MEDICINA DEL TRABAJO	Q03 - CIRUGÍA PLÁSTICA
M10 - MEDICINA ESTÉTICA	Q0301 - CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
M11 - MEDICINA FAMILIAR	Q0302 - CIRUGIA PLASTICA ONCOLÓGICA
M12 - MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Q0303 - CIRUGÍA PLÁSTICA DE MANO
M1201 - REHABILITACION ONCOLÓGICA	Q04 - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
M1202 - REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA	Q0401 - GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
M13 - MEDICINA INTERNA	Q0402 - MEDICINA MATERNO FETAL
M1301 - CARDIOLOGÍA	Q0403 - MEDICINA REPRODUCTIVA
M130101 - CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA Y HEMODINAMIA	Q05 - NEUROCIRUGÍA
M1302 - CUIDADOS INTENSIVOS	Q06 - OFTALMOLOGÍA
M1303 - ENDOCRINOLOGÍA	Q0601 - OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA
M1304 - ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Q0602 - OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA
M1305 - GASTROENTEROLOGÍA	Q0603 - RETINA Y VITREO
M1306 - GERIATRÍA	Q07 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
M1307 - HEMATOLOGÍA	Q0701 - CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO
M1308 - HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA	Q0702 - CIRUGÍA DE COLUMNA
M1309 - MEDICINA VASCULAR	Q0703 - CIRUGIA DE CADERA Y RODILLA
M1310 - NEFROLOGÍA	Q0704 - CIRUGÍA DE MANO
M1311 - NEUMOLOGÍA	Q0705 - ORTOPEDIA INFANTIL
M1312 - ONCOLOGÍA	Q0706 - ORTOPEDIA ONCOLÓGICA
M1313 - REUMATOLOGÍA	Q08 - OTORRINOLARINGOLOGÍA
M1314 - HEPATOLOGÍA	Q0801 - LARINGOLOGÍA Y VÍA SUPERIOR
M14 - NEUROLOGÍA	Q0802 - OTOLOGÍA
M1401 - NEUROFISIOLOGÍA	Q09 - UROLOGÍA
M15 - PEDIATRÍA	Q0901 - UROLOGÍA PEDIÁTRICA
M1501 - CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	Q0902 - UROLOGÍA ONCOLÓGICA
M1502 - HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	Q99 - OTRA ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA
M1503 - INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Regiones

REGIÓN	DEPARTAMENTO
Bogotá D.C	Bogotá D.C.
Costa Atlántica	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
	La Guajira
	Magdalena
	Atlántico
	Cesar
	Bolívar
	Sucre
Centro	Córdoba
	Cundinamarca
	Boyacá
	Santander
Centro Occidente	Norte de Santander
	Antioquia
	Quindío
	Risaralda
Sur Occidente	Caldas
	Nariño
	Cauca
	Valle del Cauca
	Huila
Orinoquía, Amazonía y Chocó	Tolima
	Chocó
	Meta
	Casanare
	Arauca
	Vichada
	Vaupés
	Guainía
	Guaviare
	Putumayo
	Caquetá
Amazonas	

Fuente: Elaboración propia



 pnudcol

 @PnudColombia

 @pnudcolombia

 pnudcol

 PNUDenColombia

 comunicaciones.co@undp.org

Calle 84A #10-50, Piso 3  
+57 (1) 4889000  
Bogotá, Colombia