

Brechas de género en el sector de la salud: Caso de una entidad de salud en Colombia

Claudia Patricia Cote Peña, Alexandra Cortés Aguilar y Greissly Cárdenas (Universidad Industrial de Santander)

1. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OTI) (2022), el sector de la salud constituye una importante fuente de empleo, en el 2022 este gremio representó aproximadamente el 3,4% del empleo a nivel mundial. Una característica importante de este sector es la elevada participación de mujeres en su fuerza laboral, representando alrededor del 67% a nivel mundial, el 75,3% en los países de ingresos altos, y el 63,8% en los países de ingresos bajos y medios. En Colombia la participación de las mujeres en el sector es del 80,3%, esta participación superior al 70% se mantiene en los niveles auxiliar, técnico, tecnológico y universitario, con excepción de la especialización en donde los hombres son mayoría (Florián et al., 2022). No obstante, a pesar de la evidente feminización del sector, se observa una relevante segregación laboral, techos de cristal, brechas salariales, hechos de violencia basados en género, entre otros aspectos que reflejan una clara discriminación y desventaja para las mujeres (García y Tapias, 2010; Musoke et al., 2018; Cohen y Kiran, 2020; McKague et al., 2021).

El género tiene una relación fundamental con la forma en que se distribuyen y mantienen privilegios a la vez que las normas relacionadas tienen la capacidad de determinar las oportunidades de vida. En esta medida, diferentes países e instituciones han concentrado esfuerzos por cerrar la brecha de género, sin embargo, en ningún país se ha alcanzado la igualdad de género, por el contrario, se ha denunciado al sistema social predominante como sexista y patriarcal. El compromiso de las organizaciones inicia con hacer público la incorporación de la igualdad de género en su visión, misión y documentos. Según Global Health (2020), de las 200 organizaciones más influyentes en el área de la salud, el 75% manifiestan la incorporación de la igualdad de género, sin embargo, el 17% aún guarda silencio sobre el tema.

Bajo este contexto, esta ponencia se basa en una investigación cuyo objetivo fue crear una propuesta metodológica para identificar y cerrar brechas de género en las instituciones de salud, a partir del caso de una entidad de salud en Colombia. En este documento se presentará los resultados más relevantes del diagnóstico situacional de género, el cual permite identificar las desigualdades de género en aspectos como el ambiente laboral, las percepciones, el nivel de satisfacción, las condiciones laborales y salariales, y los casos de acoso y violencia presentes en la entidad. La importancia de realizar un diagnóstico va más allá de solo conocer lo que sucede en la entidad, este proporciona un cuadro situacional que brinda información para la identificación de necesidades y la formulación de estrategias, acciones, proyectos y programas (Mori, 2008).

El documento se divide de la siguiente manera: en el apartado 2 se presenta una breve revisión bibliográfica, en la sección 3 la metodología, la sección 4 reúne los resultados, y la 5 las conclusiones.

2. Revisión Bibliográfica

El sector de la salud es una de las actividades económicas más feminizadas en el mundo. No obstante, a su vez presenta importantes brechas de género con altos índices de segregación laboral donde las mujeres tienen una baja representación en los cargos mejor remunerados y de poder de decisión. De acuerdo con Global Health (2019), de las 198 organizaciones de salud con mayor relevancia a nivel mundial, 10 no tienen ninguna mujer en su equipo directivo, y menos del 30% tienen paridad en su junta. Además, el 71% de las presidencias y el 72% de las jefaturas son ocupadas por hombres, lo que sugiere que los hombres tienen aproximadamente un 50% más de probabilidades de ascender a puestos directivos en organizaciones de salud en comparación con las mujeres.

La perpetuación de los malos hábitos en la elección del personal es motivada por los métodos de selección discrecionales especialmente en los cargos directivos, que se convierten en un techo de cristal para las mujeres. Al no contar con estrategias y mecanismos que eviten la discriminación, los estereotipos sobre los que culturalmente se han establecido las características femeninas y masculinas, reconocen a los hombres con mayores competencias y capacidades para ejercer los cargos de liderazgo, rezagando a las mujeres (García y Tapias, 2010). De este modo, las condiciones laborales de las mujeres se ven afectadas durante toda su carrera por sesgos de género que persisten aun después de controlar variables como la edad, especialidad, características de la práctica y número de horas trabajadas. Lo que se traduce no solo en segregaciones verticales si no también en brechas salariales (Bloguer et al., 2019).

Según estadísticas de la OMS y OIT (2022), en el mundo las mujeres asalariadas ganan aproximadamente 20% menos que los hombres en el sector de la salud. En el caso de Colombia, de acuerdo con Florián et al. (2022) la brecha es en promedio del 12,8%, y puede ser más amplia en especialidades como cirugía (24,5%). Estas distinciones entre especialidades son resultado de los estereotipos de género sobre las capacidades de los hombres y las mujeres, lo que conlleva a que las mujeres se distancien de ciertas actividades y se concentren en aquellas que naturalmente se han considerado como femeninas, las cuales usualmente operan como una extensión natural del trabajo de cuidado que realizan las mujeres al interior del hogar (OPS, 2007).

Conforme con Cohen y Kiran (2020), en Canadá las mujeres están sobrerrepresentadas en las 3 especialidades médicas con menor ingreso neto estimado (medicina familiar, psiquiatría y pediatría), sin embargo, los hombres ganan un 30% más en esas áreas. Este panorama se agudiza cuando se considera que las mujeres están ausentes en los roles de liderazgo o de mayor rango académico, donde incluso después de trabajar las mismas jornadas laborales perciben un menor reconocimiento.

A su vez, estas desigualdades se reflejan en las condiciones laborales de las mujeres. En Uganda, aunque el personal sanitario comunitario comparte las mismas responsabilidades sin distinción de género, en la práctica, las labores que desempeñan varían según su sexo. Esto se debe al acceso preferencial que tienen

los hombres a motocicletas, lo que les permite cubrir distancias geográficas más extensas durante las actividades de movilización comunitaria (Musoke et al., 2018). Por otro lado, las mujeres enfrentan dificultades para acceder a equipos, medicamentos, capital, apoyo social y oportunidades para establecer contactos (McKague et al., 2021).

Finalmente, los estereotipos de género contribuyen a la promoción de la violencia (Newman et al., 2011), las normas y costumbres culturales de discreción, secreto, modestia y fatalismo frente a la violencia, especialmente la violencia sexual, obstaculizan la denuncia, visualización y corrección de estos actos, perpetuándolos en las tradiciones y respaldándolos en todos los ámbitos de la vida. Un estudio en Ruanda estimó que el 39 % del personal de la salud ha experimentado al menos una forma de violencia en el lugar de trabajo, siendo la más habitual el abuso verbal, y la menos frecuente la agresión física. Las mujeres son quienes tienen una mayor probabilidad de ser afectadas, con una proporción del 68% frente al 32% de los hombres.

De acuerdo con lo anterior, la desigualdad de género es un fenómeno estructural que permea incluso las áreas donde las mujeres son mayoría, como lo es el sector de la salud. La buena gobernanza de los recursos humanos para la salud requiere un enfoque integral donde el cierre de brechas este en el centro de los esfuerzos. Lograr un cambio profundo y duradero requiere más que un abordaje técnico, este debe darse en los sistemas de significaciones y modelos mentales, en los comportamientos, en las estructuras, normas y procedimientos de las organizaciones (Díaz, 2000).

3. Metodología

Esta ponencia presenta los resultados principales del diagnóstico de una entidad de salud en Colombia, el cual se enmarca en una investigación cuyo objetivo fue crear una propuesta metodológica para identificar y cerrar brechas de género en las instituciones de salud.

Para realizar el diagnóstico situacional de género, se hizo necesario identificar un sistema de indicadores que permitieron entender la situación de acceso a oportunidades laborales y de desarrollo del profesional. Para la creación del sistema de indicadores se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, y se empleó la experiencia del diagnóstico de la Universidad Industrial de Santander y el Sello de Equidad Laboral EQUIPARES. Se identificaron tres ejes temáticos sobre los que se abordó el diagnóstico:

1. Igualdad de oportunidades en la vinculación, permanencia, condiciones laborales y desarrollo profesional
2. Cultura organizacional incluyente con enfoque de género.
3. Marco normativo para la transversalización del enfoque de género en el sector de la salud.

Los indicadores empleados responden a estos ejes, los cuales evalúan no solo la apariencia externa de las entidades como su estructura organizacional, normativa, salarial, etc. sino también las percepciones, ideas, nociones y experiencias del

personal de la unidad de salud. Para la aplicación de los indicadores se requirió tanto de información suministrada por la entidad como la administración de una encuesta.

La encuesta fue respondida por 48 personas de las 75 que conforman la entidad, entre las cuales 14 son hombres y 34 mujeres. La encuesta fue aplicada durante abril de 2023. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes antes de completar la encuesta, y se utilizó una urna para recopilar las respuestas. No se ofrecieron incentivos ni recompensas a los participantes, y su participación fue completamente voluntaria. Se aseguró la confidencialidad de todas las respuestas, manteniendo el anonimato de las personas encuestadas y la entidad.

Finalmente, la estimación de los indicadores se realizó diferenciando entre el personal administrativo y asistencial, puesto que dada la naturaleza de sus ocupaciones presentan contrastes significativos.

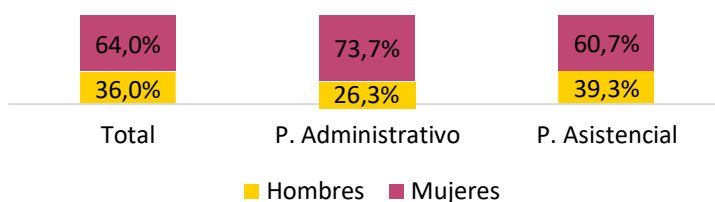
4. Resultados

Los resultados del diagnóstico se exponen a continuación de conformidad con los ejes identificados en la metodología.

4.1. Igualdad de oportunidades en la vinculación, permanencia, condiciones laborales y desarrollo profesional

La entidad de salud tiene como propósito el aseguramiento y prestación de servicios asistenciales a toda la comunidad afiliada. Según las cifras reportadas a marzo del 2023, el equipo de trabajo se encuentra conformado por 75 personas de las cuales el 25,3% (19) es personal administrativo y el 74,7% (56) personal asistencial. Del total de personas vinculadas el mayor porcentaje son mujeres, teniendo una participación del 64%. Estas proporciones son acordes a las características del sector de la salud a nivel mundial, el cual presenta una elevada feminización con una participación de mujeres aproximadamente del 67% (OMT y OIT, 2022).

Figura 1. Porcentaje de mujeres y hombres



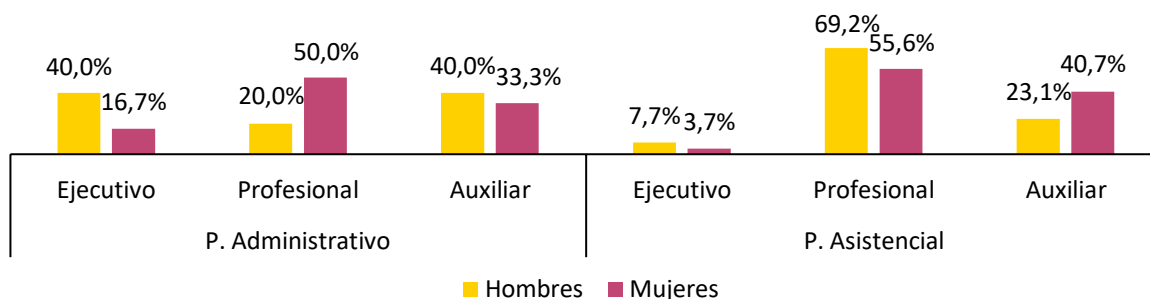
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la entidad de salud

Ahora bien, en lo que respecta al cargo, el Manual de Funciones establece distintos niveles conforme con las jerarquías y las características de las funciones y competencias, dividiéndose entre el nivel ejecutivo, profesional y auxiliar. Como se observa en la figura 2, en el personal administrativo, del total de mujeres la mayor proporción se ubica en el nivel profesional (50%), mientras que en los hombres la mayor proporción se distribuye entre los niveles ejecutivo (40%) y auxiliar (40%).

En lo que respecta al personal asistencial, se observa que la mayoría de los hombres se encuentran en el nivel profesional (69,2%), mientras que la mayor proporción de

mujeres se sitúa en el nivel auxiliar (40,7%). Estos resultados son acordes a los hallados por la OMS y OIT (2022), aunque el sector de la salud está claramente dominado por mujeres, estas tienden a ocupar principalmente roles de menor categoría, como el de auxiliar.

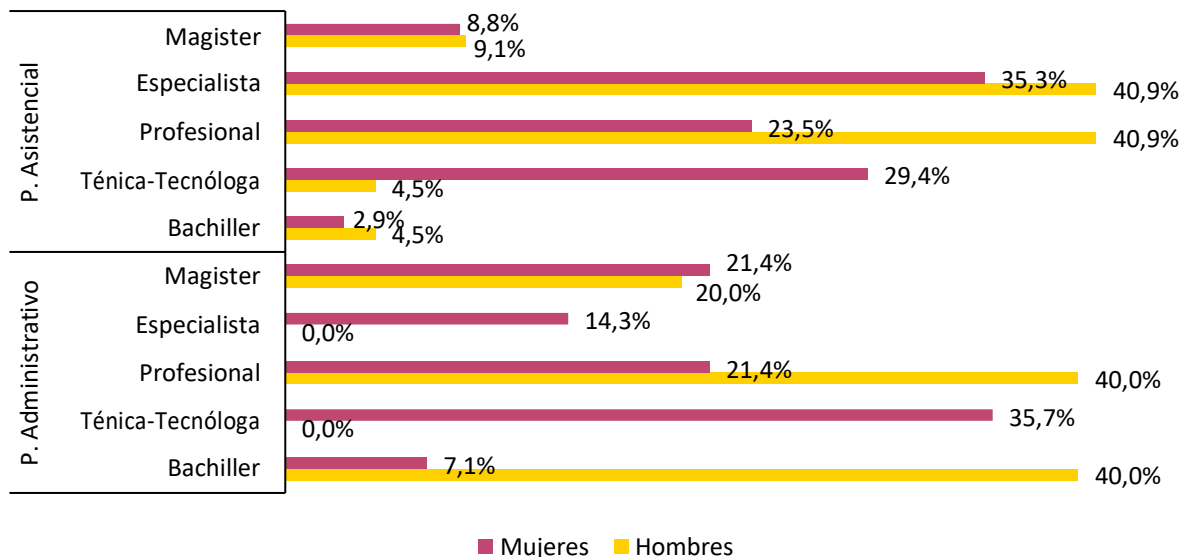
Figura 2. Porcentaje de personas según nivel de cargo y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la entidad de salud

Al pormenorizar las características del personal según máximo nivel educativo alcanzado, se observa que, si bien relativamente las mujeres tienen una menor distribución en la clasificación de bachiller, la proporción de hombres con niveles superiores de posgrado en el área asistencial es significativamente mayor que la de las mujeres (Ver figura 3).

Figura 3. Porcentaje de personas según nivel educativo y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la entidad de salud

En la encuesta se preguntó si consideraban que, dado el nivel educativo, merecían mejores condiciones laborales, los resultados reflejan una alta disparidad entre las áreas y los géneros. Los hombres son quienes en mayor proporción consideran que merecen mejores condiciones laborales. A su vez, el personal asistencial expresa una mayor inconformidad (ver figura 4).

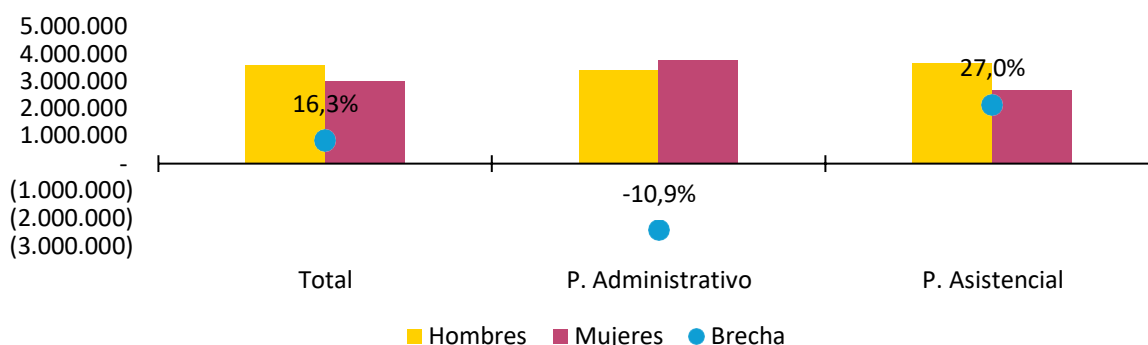
Figura 4. Porcentaje del personal que considera que por su nivel educativo merecen mejores condiciones laborales



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

Siguiendo los factores de desigualdad observados en la literatura académica, se estimaron las brechas salariales. Los salarios y honorarios constituyen una de las razones principales que motivan a las personas para hacer parte del mercado laboral. En esta medida, la remuneración salarial es un factor clave para detallar las condiciones laborales de las personas en una empresa o entidad. Al calcular el salario mensual promedio de las mujeres y hombres, se estima que en 2023 en promedio el salario mensual de las mujeres fue menor que el de los hombres en un 16,3%. En el personal administrativo las mujeres ganan un 10,9% más que los hombres, y en el personal asistencial un 27% menos (ver figura 5).

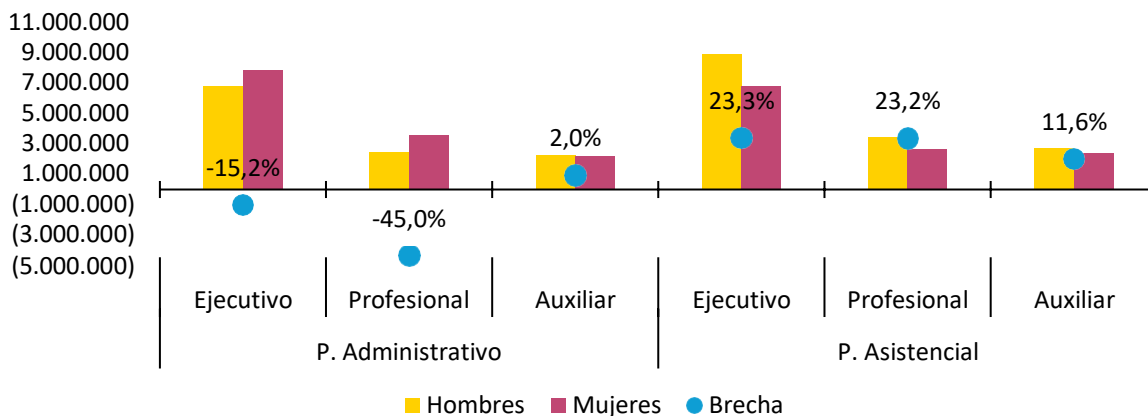
Figura 5. Salario mensual promedio según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la entidad de salud

Al analizar las brechas salariales por nivel de cargo, se encontró que, en el personal administrativo, en promedio las mujeres con cargos ejecutivos y profesionales ganan más que los hombres, con una diferencia del 15,2% y 45,0% respectivamente. En contraste, en los cargos auxiliares, los hombres ganan en promedio un 2% más que las mujeres. En cuanto al personal asistencial, en todos los niveles de cargo, los hombres ganan en promedio más que las mujeres (Ver figura 6).

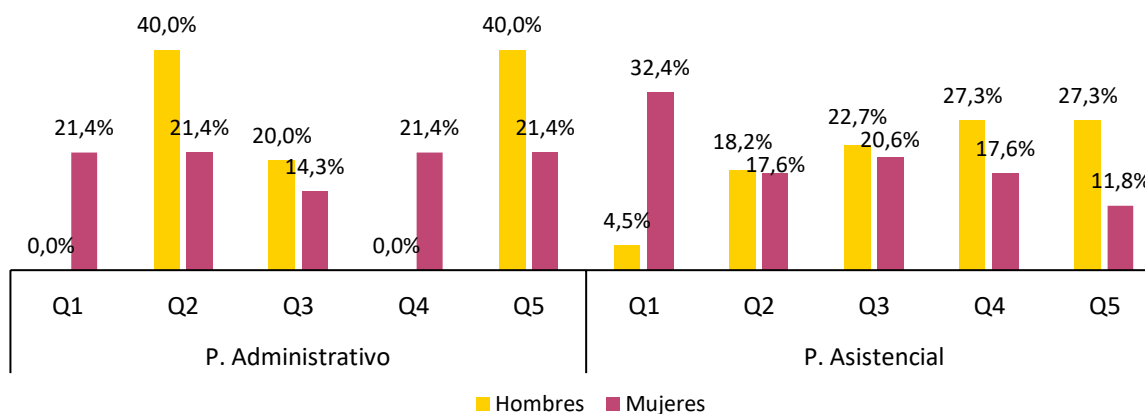
Figura 6. Salario promedio según nivel del cargo y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la entidad de salud

Dado que el valor promedio no permite identificar diferencias entre los distintos niveles de ingreso, se establecieron quintiles de acuerdo con la distribución de los salarios y honorarios. En el caso del personal administrativo, las mujeres muestran una distribución uniforme en los quintiles 1, 2, 4 y 5, representando el 21,4% en cada uno. Únicamente en el quintil 3, tienen una proporción menor (14,3%). Mientras que en el caso de los hombres la mayor proporción se ubica en el quintil 2 y 5 con una distribución del 40% en cada uno. En cuanto al personal asistencial, la mayor proporción de mujeres se encuentra en el quintil 1, con un 32,4%, mientras que para los hombres, la mayor proporción se distribuye en los quintiles 4 y 5, con un 27,3% en cada uno (Ver figura 7).

Figura 7. Proporción del personal por quintiles de ingreso



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UISLAUD

Al preguntar por la satisfacción con el salario actual, se observó un alto índice de satisfacción. En el personal administrativo el 100% de los hombres y el 92,9% de las mujeres manifestaron estar satisfechas con su salario actual. En el caso del personal asistencial, estas cifras son del 66,7% para los hombres y el 90,0% para las mujeres. Se detalla en el área asistencial que a pesar de que las mujeres ganan en promedio menos que los hombres, se encuentran más satisfechas que ellos (Ver figura 8). Respecto a esta situación, Cohen y Kiran (2020) sugieren que las mujeres en el sector

de la salud tienen más probabilidades de experimentar el síndrome del impostor, asociado a la incapacidad de evaluar de la manera realista las propias habilidades y de atribuir a factores externos el éxito obtenido, lo que las lleva a tener expectativas salariales más bajas que las de los hombres. Estos comportamientos y percepciones se deben especialmente a los valores, prejuicios y estereotipos de las sociedades patriarcales. Por esta razón, aunque las mujeres reciben una menor remuneración, presentan mayores niveles de satisfacción y menores iniciativas en la negociación de salarios.

Figura 8. Porcentaje del personal satisfecho con el salario actual



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

Otra variable de gran interés es el ambiente laboral. De acuerdo con Contreras et al. (2015) el ambiente laboral es un conjunto de factores físicos, sociales, ambientales y psicológicos que influyen en las actividades laborales creando condiciones aptas o inhumanas para el personal. Por tal motivo el ambiente laboral hace parte del clima organizacional de las empresas y es un factor clave para que estas alcancen sus metas. Al indagar por la satisfacción respecto al ambiente laboral, se encuentra que la mayor parte de las personas encuestadas se encuentran satisfechas (Ver figura 9).

Figura 9. Porcentaje del personal satisfecho con su ambiente laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

No obstante, a pesar de los altos índices de satisfacción, un significativo porcentaje del personal prefiere no ventilar inconformidades por temor a que afecte la promoción o el puesto. Presentando una mayor frecuencia en las mujeres.

Figura 10. Porcentaje del personal que prefieren no ventilar inconformidades por temor a que afecte la promoción o el puesto



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

4.2. Cultura organizacional incluyente con enfoque de género.

Las construcciones sociales sobre las que se ha enmarcado el género han creado estereotipos y roles sociales sobre el deber ser del ideal de los hombres y mujeres. Estas distinciones han dado lugar a segregaciones en el mercado laboral, asociando las tareas domésticas, de reproducción y de cuidado como femeninas (Aguilar, 2008), y los cargos de dirección y coordinación como masculinos.

Al detallar la participación de las mujeres en el consejo de dirección, el cual es el mayor órgano de poder dentro de la unidad, se observa que tan solo son el 20%, reflejando una alta desigualdad en la conformación de la junta. No obstante, al descender un poco en la jerarquía ocupacional, el 50% de los cargos de coordinación se encuentran conformados por mujeres.

A partir de estas diferencias, por medio de la encuesta se preguntó si ha percibido obstáculos en la participación en espacios de representación y toma de decisiones. Los resultados exhiben que el 20,0% de los hombres del personal administrativo, el 11,1% de los hombres y el 15,0% de las mujeres del personal asistencial manifiestan haber presentado obstáculos en la participación en espacios de representación y toma de decisiones (ver figura 11), debido a razones como acoso laboral, falta de tiempo por sobrecarga académica, falta de aceptación y credibilidad, la edad, y el pertenecer a un género u orientación sexual.

Figura 11. Porcentaje de personas que han percibido obstáculos en la participación en espacios de representación y toma de decisiones



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

Asimismo, se consultó si alguna vez han percibido ser excluidos o excluidas de algún permiso, actividad, evento, premio o ascenso. Las respuestas indican que, del total de personal administrativo, el 20,0% de los hombres y el 7,1% de las mujeres han percibido ser excluidos. En el caso del personal asistencial, estas cifras son del 11,1% para los hombres y el 10,0% para las mujeres (ver figura 12). Al detallar las razones por las cuales las personas manifiestan ser excluidas se encuentra el acoso laboral,

la falta de aceptación, la falta de “palanca”, la modalidad de vinculación/contratación, y por el área de desempeño.

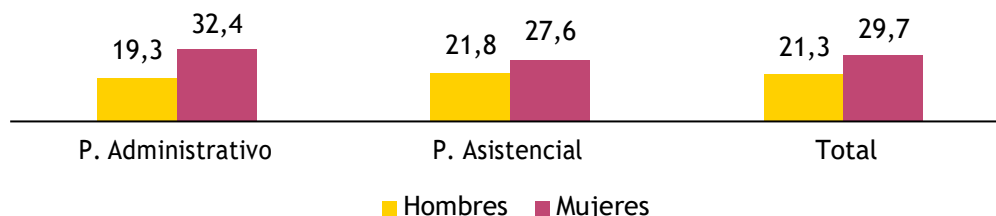
Figura 12. Porcentaje de personas que perciben ser excluidos de algún permiso, actividad, evento, premio o ascenso



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

La conciliación entre la vida laboral y personal es un aspecto clave para alcanzar la igualdad de género. De acuerdo con el DANE (2021), en Colombia las mujeres dedican más tiempo a actividades de cuidado no remunerado que los hombres, lo cual se puede convertir en obstáculos en la trayectoria laboral. En este contexto la encuesta indagó por la dedicación a actividades de cuidado no remunerado del personal. Los datos exhiben que las mujeres en promedio dedican un mayor número de horas a la semana, con una brecha de 8,4 horas. En el personal administrativo, esta brecha es de 13,1 horas a la semana, y en el personal asistencial 5,8 horas (Ver figura 13).

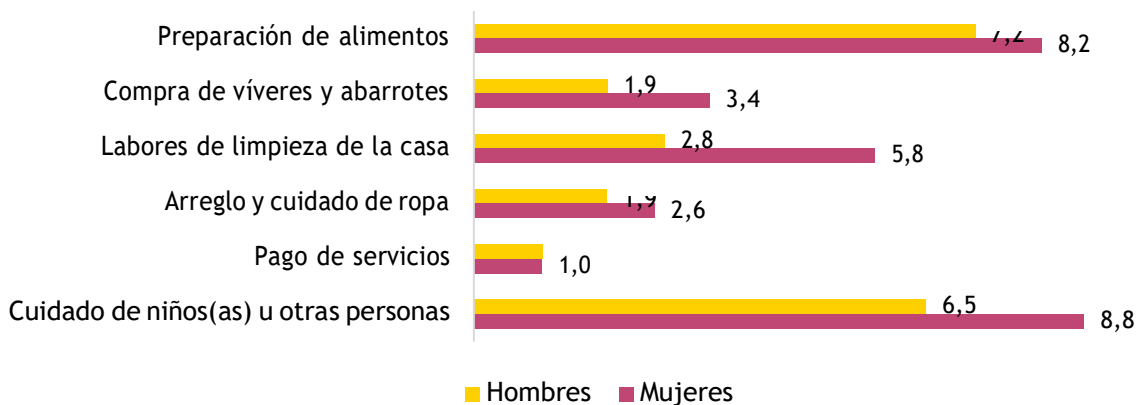
Figura 13. Promedio de horas a la semana dedicadas a actividades de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

Como se detalla en la figura 14, las actividades que mayor brecha de género presentan son las labores de limpieza de la casa donde las mujeres dedican en promedio 3 horas más que los hombres, y el cuidado de niños(as) u otras personas donde las mujeres dedican en promedio 2,3 horas más que los hombres. La única actividad donde en promedio no se observó una brecha de género es en el pago de servicios, que es a su vez la actividad que menor tiempo demanda.

Figura 14. Promedio de horas dedicadas a actividades de cuidado por tipo de actividad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

Conforme con lo planteado sobre el uso del tiempo y la importancia del equilibrio entre la vida laboral y personal, en la encuesta se indagó por la proporción de hombres y mujeres que consideran que la entidad presenta medidas para la conciliación de la vida laboral y personal (como la flexibilidad de entrada y salida, teletrabajo, permisos, reducciones de jornada, entre otros). Los resultados reflejan que, en el personal administrativo el 80,0% de los hombres y el 64,3% de las mujeres consideran que si se cumple. En el caso del personal asistencial estas cifras son del 44,4% de los hombres y el 95,0% de las mujeres.

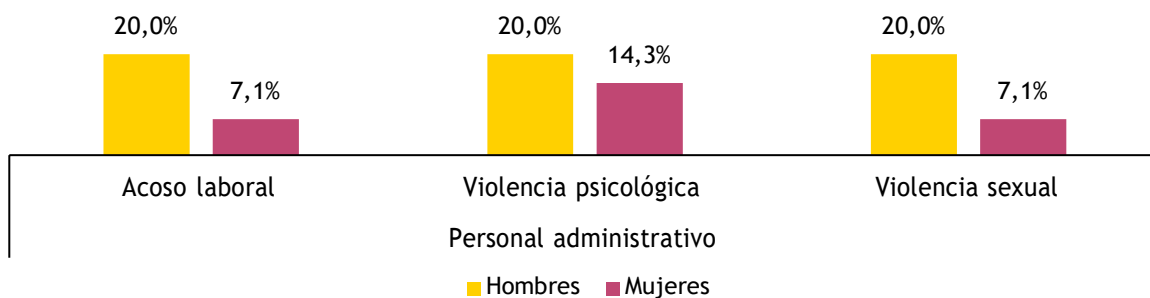
Figura 15. Personal que considera que la entidad presenta medidas conciliadoras entre la vida personal y laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

La violencia basada en el género es también un reflejo de la cultura de una sociedad, institución u organización. En este marco, se exploraron los casos de acoso laboral, violencia psicológica, física o sexual, que se hallan experimentado al interior de la entidad. Los resultados reflejan que en el área administrativa el porcentaje de hombres que han experimentado alguna vez estos tipos de violencia es mayor que el de las mujeres (Ver figura 16).

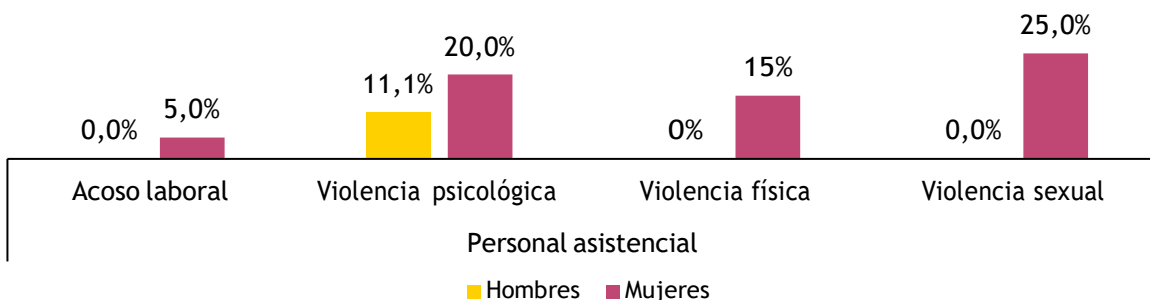
Figura 16. Personal administrativo que manifiesta haber sufrido algún tipo de acoso o violencia en la entidad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

Mientras que, en el personal asistencial, la proporción de mujeres que han sufrido algún tipo de acoso o violencia es significativamente mayor a la de los hombres, siendo más frecuente la violencia sexual.

Figura 17. Personal asistencial que manifiesta haber sufrido algún tipo de acoso o violencia en la entidad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Situacional de Género

Al indagar por quienes son los que perpetran estos actos se encuentra con mayor frecuencia los pacientes y el personal administrativo, tanto hombre como mujer.

Finalmente, al consultar por la denuncia de estos hechos, se encuentra que el 50% de las mujeres del personal administrativo, el 100% de los hombres y el 57,1% de las mujeres del personal asistencial señalaron no haber buscado ayuda ante estos hechos de violencia. Al preguntar las razones por las cuales no buscaron ayuda manifestaron sentir miedo, desinterés, porque “no va a cambiar nada”, “porque en su mayoría son los pacientes quienes hacen los comentarios o tienen acciones no deseadas y es difícil poner una queja”. Estas respuestas reflejan un flagelo común en las instituciones de salud en donde se normaliza los hechos de violencia y donde no se confía en las instituciones para poner una denuncia como lo observado en los antecedentes.

4.3. Marco normativo para la transversalización del enfoque de género en el sector de la salud.

Según un extracto del curso “I Know Gender” del centro de capacitación de ONU Mujeres que se centra en la necesidad de una sociedad más igualitaria para sus habitantes, los proyectos, políticas y programas a implementar deben transversalizar el enfoque de género con el fin de corregir las desigualdades existentes (ONU

Mujeres, 2016). En esta medida se exploró por las medidas y estrategias de la entidad para integrar el enfoque del género (Ver tabla 1).

Tabla 1. Medidas con enfoque de género

Medidas que evidencian el compromiso de la entidad con la inclusión en el reclutamiento, selección y vinculación laboral	La entidad no emplea un proceso de reclutamiento y selección del talento humano, por tanto, tampoco presenta medidas que evidencien el compromiso con la inclusión.
Capacitaciones orientadas a favorecer la comprensión y la apropiación del enfoque y de las violencias de género ofrecidas en la entidad	Durante el 2022 se realizó la capacitación “Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual”.
Medidas institucionales que fomentan la participación equitativa en instancias de dirección y coordinación.	No se evidencian medidas al respecto.
Indicadores de género e inclusión empleados en los modelos internos para los procesos de autoevaluación institucional.	Se emplean indicadores desagregados por sexo únicamente en la caracterización demográfica de la población usuaria. No se emplean indicadores desagregados por sexo en los índices de dinámica demográfica, morbilidades, atenciones, pqr, programas, gestión, etc. Tampoco se emplean indicadores de género en las autoevaluaciones institucionales.

5. Conclusiones

La investigación sobre intervenciones para abordar las desigualdades en la contratación y la promoción puede proporcionar medidas de resultados útiles para guiar el desarrollo de políticas. A fin de observar el impacto que estas tienen, es fundamental implementar un análisis de género, iniciando con la recopilación de datos y la observación de las múltiples formas en que los hombres y las mujeres, como actores sociales, se involucran en estrategias de transformación de roles, relaciones y procesos motivados por intereses individuales y colectivos.

La presente ponencia exhibe los resultados de un diagnóstico aplicado a una institución de salud, en el marco de un proyecto sobre la creación de una metodología para identificar y cerrar brechas de género. Entre los aspectos a resaltar encontrados en el diagnóstico se encuentra el alto índice de la satisfacción laboral y la participación paritaria de hombres y mujeres en los cargos de coordinación. Mientras que entre los aspectos a mejorar se encontró: la presencia de brechas salariales por género, la baja de participación de mujeres en el Consejo de dirección, la presencia de hechos de violencia basados en género con una mayor frecuencia en el acoso laboral y violencia psicológica y sexual, la baja tasa

de denuncia de los hechos de violencia, y las escasas medidas y estrategias con enfoque de género que se emplean en la entidad.

Estos resultados permitieron conocer los aspectos que requieren de un cambio en la entidad, sobre lo cual se hace posible crear estrategias, políticas y planes para el cierre de brechas de género en el sector de la salud.

6. Referencias

- Aguilar, T. (2008). El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Amnis. Revue d'études des sociétés et cultures contemporaines Europe/Amérique*, (8).
- Bogler, Lazare, K., y Rambihar, V. (2019). Female family physicians and the first 5 years: In pursuit of gender equity, work-life integration, and wellness. *Canadian Family Physician*, 65(8), 585-588.
- Cohen, M., y Kiran, T. (2020). Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *Canadian Medical Association Journal*, 192(35). Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32868274/>
- Contreras, V., Reynaldos, K., y Cardona, L. (2015). Clima, ambiente y satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000100007&lng=es&tlng=en.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). Encuesta nacional de uso del tiempo (ENUT) septiembre a diciembre 2020. [Boletín técnico]. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ENUT/Bol_ENUT_sep_tiembre_diciembre_2020.pdf
- Díaz, G. (2000). Género y cambio en la cultura organizacional : herramientas para crear una organización sensible al género. Santa Fe de Bogotá, PROEQUIDAD/GTZ.
- Florian, I., Lara, M. y De la Hoz, M. (2022) Mujeres trabajadoras en el sector de la salud Colombia. (Documento de trabajo). Programa De Las Naciones Unidas para el Desarrollo y Mpodera. ISSN 2806-0687
- García, E., y Tapias, L. (2010). Equidad de género en el empleo del sector salud Colombia, 2008-2010. [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Javeriana]. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/871/pol151.pdf?sequence=1>
- Global Health (2019). La igualdad funciona. Recuperado de <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2019/03/Equality-Works.pdf>
- Global Health (2020). Power, privilege, and priorities. Recuperado de <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>

- McKague, K., Harrison, S y Musoke, J. (2021). Gender intentional approaches to enhance health social enterprises in Africa: a qualitative study of constraints and strategies. *International Journal for Equity in Health*, 20(1). Recuperado de <https://www-webofscience-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/wos/woscc/full-record/WOS:000639107100001>
- Mori, M. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14(14), 81-90. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100010&lng=es&tlng=es.
- Musoke, D., Ssemugabo, C., Ndejjo, R., Ekirapa-Kiracho, E., y George, A. (2018). Reflecting strategic and conforming gendered experiences of community health workers using photovoice in rural Wakiso district, Uganda. *Human Resources for Health*, 16(41).
- Newman, C., Fogarty, L., Makoae, L., y Reavely, E. (2011). Occupational segregation, gender essentialism and male primacy as major barriers to equity in HIV/AIDS caregiving: Findings from Lesotho. *International Journal for Equity in Health*, 10(24).
- ONU Mujeres. (2016). Profundicemos en términos de género. Guía de terminología y uso del lenguaje no sexista. Recuperado de https://mailuis-my.sharepoint.com/personal/ccote_uis_edu_co/Documents/G%20C3%A9nero%20UISALUD/Documentos%20para%20comunicaci%C3%B3n%20incluyente/Guia-lenguaje-no-sexista_onumujeres.pdf?CT=1669392677752&OR=ItemsView
- Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. (2022). La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial. Un análisis mundial en tiempos de Covid-19. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052895>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/guia-para-analisis-monitoreo-equidad-genero-politicas-salud>