

EL LIDERAZGO DE LAS MUJERES EN LA SALUD DE LAS AMERICAS:

Por una gobernanza sanitaria paritaria e inclusiva



Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres

Durante la VIII Cumbre de las Américas (Perú, abril de 2018), los Estados Miembros aprobaron la creación del Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres, con la finalidad de promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres a través de una mayor cooperación y sinergias. El Task Force está compuesto por instituciones interamericanas e internacionales, con reconocida experiencia en las áreas relacionadas con el liderazgo, la participación política y el empoderamiento de las mujeres: la Organización de los Estados Americanos a través de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH/OEA); la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); ParlAmericas; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres); CAF-Banco de Desarrollo de América Latina; la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB), junto a dos organizaciones de la sociedad civil: Caribbean Women in Leadership (CIWiL) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM).

EL LIDERAZGO DE LAS MUJERES EN LA SALUD DE LAS AMÉRICAS: POR UNA GOBERNANZA SANITARIA PARITARIA E INCLUSIVA.

Esta publicación es una iniciativa de las instituciones socias del Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres:

©CAF, CEPAL, CIDH, CIM/OEA, CIWiL, CLADEM, ONU Mujeres, OPS, ParlAmericas, PNUD, 2024. Todos los derechos reservados.

Esta publicación debe citarse como:

Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres. El liderazgo de las mujeres en la salud de las Américas: Por una gobernanza sanitaria paritaria e inclusiva. Washington, D.C., 2024. Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres

Correo electrónico: womenleadership@oas.org

Página Web: <http://www.oas.org/es/taskforcewomenleadership/>

Este documento fue preparado por Carolina Casullo, bajo la dirección de la Comisión Interamericana de Mujeres de la OEA (CIM/OEA) en su calidad de Secretaria Técnica del Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres, y los aportes de todas las instituciones socias.

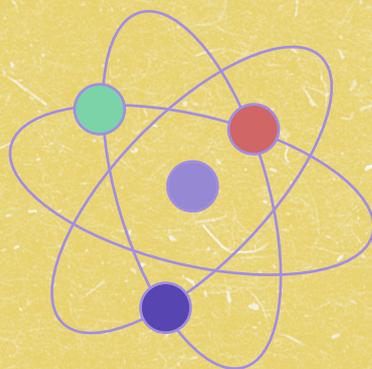
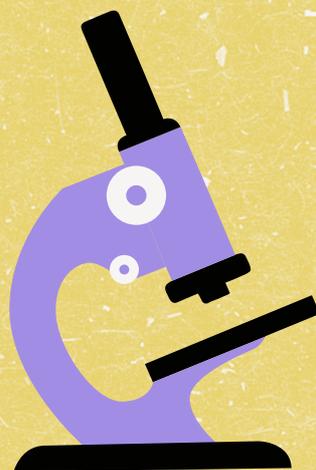
Diseño y diagramación: Patricio Bascuñán.

Las opiniones expresadas, argumentos utilizados y recomendaciones de política no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de las juntas ejecutivas ni de los Estados Miembros que hacen parte de cada una de las instituciones que integran el Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres.

ÍNDICE

1.	Introducción	4
2.	La paradoja piramidal de la representación de las mujeres en el sector de la salud	8
3.	Liderazgo en el sector salud: un camino de obstáculos para las mujeres	15
3.1.	Discriminación y sesgos de género e interseccionalidad en las posiciones de liderazgo	19
3.2.	Segregación vertical y horizontal basada en razones de género	25
3.3.	Desigualdad económica y brecha salarial	27
3.4.	Acoso y violencia en el ámbito laboral	30
3.5.	División sexual del trabajo e injusta organización social del cuidado	34
3.6.	Salud mental entre las lideresas y trabajadoras del sector salud	39
4.	La participación y el liderazgo de las mujeres en la gestión de las crisis: aprendizajes a partir de la pandemia del COVID-19	41
4.1.	Liderazgo en tiempos de pandemia: el rol de las mujeres en las respuestas a las crisis sanitarias	42
4.2.	El liderazgo de las mujeres en la respuesta social a la crisis	46
5.	Hacia el logro de la paridad en la toma de decisiones	49
5.1.	Compromisos internacionales y regionales sobre salud, igualdad de género y participación de las mujeres en la toma de decisiones	53
6.	Conclusiones	64
7.	Bibliografía	66

1. Introducción



En los últimos años, la región de las Américas ha atravesado situaciones de inestabilidad social y política que, junto a la pandemia del COVID-19, han dado lugar a la desaceleración del crecimiento económico y a una crisis multidimensional, con un descenso de la participación de las mujeres en el mercado laboral. La pandemia del COVID-19, en particular, ha evidenciado las debilidades de los sistemas de salud para responder a una emergencia sanitaria de tal magnitud, y ha exacerbado las brechas sociales, económicas y de género con repercusiones aún latentes en las dificultades para la recuperación post-pandemia.

Los sistemas sanitarios se encuentran en una situación compleja, debido a la creciente demanda por los cambios demográficos y tecnológicos, que se estima requerirá la creación de 40 millones de nuevos empleos a 2030 en el sector a nivel mundial. Además, se calcula que en los países de medianos y bajos ingresos se requieren 18 millones de puestos laborales de salud para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Cobertura Universal en Salud¹.

La Agenda 2030 refleja la complejidad del vínculo entre salud, desarrollo e igualdad de género, mediante 17 ODS que se interconectan entre sí y que abordan los desafíos más urgentes, como la pobreza, el hambre, la desigualdad, la salud, el cambio climático y la degradación ambiental. Este reporte destaca cuatro objetivos en particular: el ODS 3 sobre salud y bienestar, el ODS 5 sobre igualdad de género, el ODS 8 sobre trabajo decente y crecimiento económico y el ODS 10 sobre reducción de desigualdades. El desarrollo de políticas de igualdad de género no solo es un imperativo ético, sino que es parte central de los acuerdos internacionales adoptados por los países de la región y una condición necesaria para la salud de las poblaciones y su bienestar, el crecimiento económico y el desarrollo sostenible.

Más recientemente, y como resultado de la Novena Cumbre de las Américas en 2022, las y los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas aprobaron cinco grandes agendas para orientar los compromisos de los gobiernos de la región. Entre ellas, el **Plan de Acción para la Salud y Resiliencia en las Américas**² que más tarde fue adoptado en el marco de la 53ª Asamblea General de la OEA el 23 de junio de 2023 en Washington D.C. Este plan, en líneas generales, establece compromisos por parte de los Estados Miembros en relación con las siguientes esferas de intervención: i) Promover el acceso equitativo a servicios y productos de salud; ii) Invertir en sistemas de salud; iii) Fortalecer la preparación para emergencias; iv) Abordar las enfermedades no transmisibles; y v) Aprovechar la tecnología de forma adecuada.

1 Organización Mundial de la Salud (2019). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: (Human Resources for Health Observer Series No. 24).

2 Ver en: https://www.summit-americas.org/GRIC2023/documents/1GRIC_Ministerial/Action%20Plan%20on%20Health%20rev.%201%20ESP.pdf

Si bien este Plan de Acción plantea compromisos orientados a atender las desigualdades e inequidades de grupos que históricamente han sido marginados junto a promover la igualdad de género, son necesarias medidas concretas que aborden las raíces de las brechas por motivos de género, con una mirada interseccional que contemple los distintos factores que atraviesan y profundizan las desigualdades. Desde esta perspectiva es como se podrá avanzar en acciones para la salud y resiliencia en la región. En este sentido, la participación de las mujeres, sus liderazgos y la amplitud de sus perspectivas resultan fundamentales para que las necesidades de la mitad de la población se vean representadas, en tanto no hay políticas neutrales al género, menos aún en el ámbito de la salud. Toda política tiene un impacto diferenciado en hombres y mujeres con afectaciones particulares según la interseccionalidad. La brecha de género en el liderazgo en salud emerge como un tema de gran relevancia con impactos desiguales en la calidad de vida de las mujeres y las niñas en toda su diversidad, así como en el desempeño de los sistemas de salud. En el ámbito sanitario, la fuerza laboral en la atención de salud es mayoritariamente femenina, mientras que los espacios de decisión están ocupados en su mayoría por hombres. A nivel global, las mujeres representan el 70% del personal sanitario y social, aunque sólo ocupan el 25% de los cargos más altos tanto a nivel asistencial, administrativo, como de gestión.³

El hecho de contar con pocas mujeres en puestos de liderazgo y toma de decisiones afecta la inclusión de las perspectivas y las necesidades de mujeres, niñas y adolescentes en toda su diversidad en la definición de políticas y estrategias sanitarias. Además, se observa una preocupante invisibilización de los problemas de salud específicos de las mujeres en las políticas de salud, en las investigaciones, los tratamientos y medicamentos, y una falta de reconocimiento de los intereses estratégicos para su bienestar y desarrollo. De esta manera, se refuerza un círculo de desigualdad entrecruzada y violencia que impacta en el ejercicio pleno de sus derechos.

Este reporte indaga las principales dimensiones de las brechas de género en el sector salud, los desafíos y oportunidades de los diferentes liderazgos de las mujeres en la región, con un reconocimiento a la heterogeneidad entre países y la potencia transformadora desde una mirada diversa e interseccional. Para ello, se realizaron entrevistas a mujeres lideresas de distintos países y ámbitos de intervención, con el propósito de visibilizar sus saberes y experiencias, así como profundizar en sus reflexiones, de tal manera que este documento sea también reflejo de esa diversidad de voces. Asimismo, la revisión de evidencia, información disponible, documentos de política, y recopilación de estadísticas de organismos internacionales, enriquecieron considerablemente el análisis.

3 Organización Mundial de la Salud (2019). Op. cit.

De este modo, el documento presenta datos, motiva reflexiones e identifica respuestas innovadoras y acciones concretas para fortalecer el liderazgo de las mujeres en el ámbito de la salud, así como asegurar su participación en la implementación de los principales compromisos internacionales, entre los que se encuentra el Plan Interamericano de Acción sobre Salud y Resiliencia en las Américas.

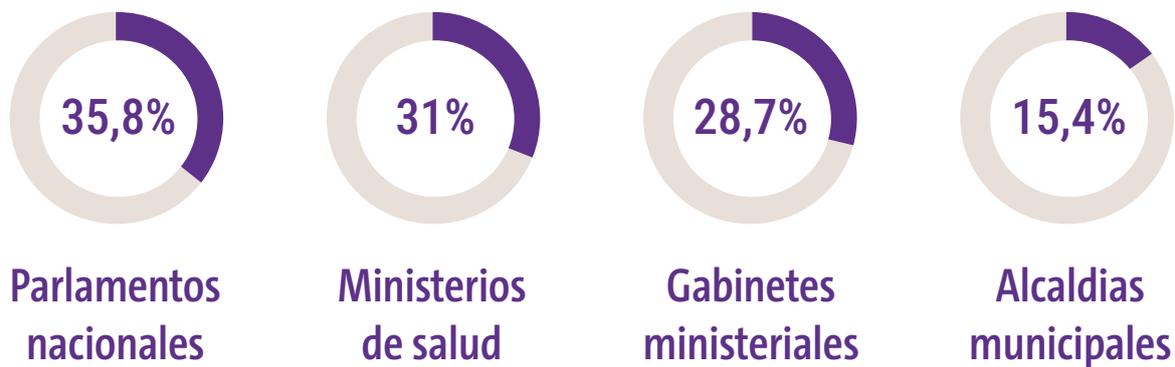
2. La paradoja piramidal de la representación de las mujeres en el sector de la salud



La inclusión de las mujeres en roles de liderazgo dentro del sector salud es un imperativo de igualdad de género, que también tiene profundas consecuencias para la efectividad y los resultados de los sistemas sanitarios.

A 29 años de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, las mujeres de la región siguen enfrentando discriminaciones por motivos de género en diversos aspectos. La brecha de género en la representación política refuerza las desigualdades entre hombres y mujeres en toda su diversidad para el ejercicio pleno de sus derechos en todos los ámbitos. En los parlamentos nacionales de América Latina y el Caribe, las mujeres ocupan el 35,8% de los escaños, el 15,4% de las alcaldías y el 28,7% de los gabinetes ministeriales⁴. A nivel global, al 1 de enero de 2023, el porcentaje de ministras en gobiernos nacionales era del 22,8%, y sólo un 24% de las carteras de salud estaban lideradas por mujeres⁵. Al ritmo actual de progreso, la región tardará 53 años en alcanzar la plena paridad en la toma de decisiones.⁶

Gráfico 1 - Mujeres en la representación política de América Latina y el Caribe (datos actualizados a 2024)



Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio de Igualdad de Género de CEPAL, y consulta a los sitios web de los ministerios de salud de 32 países de las Américas

En el sector salud se da una paradoja piramidal en relación con la participación de las mujeres en el mercado laboral y su limitada representación en los espacios de toma de decisiones. Esta paradoja se refiere a la sobrepresencia de mujeres en ciertos contextos o sectores donde, a medida que se asciende en niveles de poder

4 CEPAL, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Autonomía en la toma de decisiones.

5 Unión Interparlamentaria y ONU Mujeres (2023). Mujeres en la política 2023.

6 World Economic Forum (2023). Global Gender Gap Report, 2023.

y responsabilidad, su proporción disminuye significativamente. A pesar de ser la mayoría en la base de la pirámide laboral, las mujeres están subrepresentadas en los cargos de mayor influencia.

Aunque la mayoría del personal sanitario se encuentra conformado por mujeres, esto no se ha traducido en condiciones de igualdad salarial ni en la participación efectiva en puestos de toma de decisiones. En América Latina, las mujeres representan aproximadamente el 72,8% del personal sanitario y el 87% del personal de enfermería, pero ocupan menos del 30% de los cargos directivos en el sector salud. También conforman el 57% del personal médico, con presencia predominante en especialidades como endocrinología, ginecología y obstetricia.⁷ La mayoría de las mujeres en enfermería, geriatría y asistencia de personas dependientes refleja la feminización de los servicios de cuidado como una extensión de los roles de género socialmente asociados a las mujeres.

*“En América Latina, las mujeres representan aproximadamente el **72,8%** del personal sanitario y el **87%** del personal de enfermería, pero ocupan menos del 30% de los cargos directivos en el sector salud”.*

Entre 2018 y 2022 el número de ministras de sanidad disminuyó del 31% al 25% a nivel mundial y la proporción de delegaciones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) dirigidas por mujeres bajó del 27% al 23%⁸. Por otro lado, el 83% de las delegaciones ante la AMS en las últimas siete décadas estuvieron compuestas por una mayoría de hombres, y ninguna tuvo más de un 30% de mujeres como Delegadas Jefe⁹.

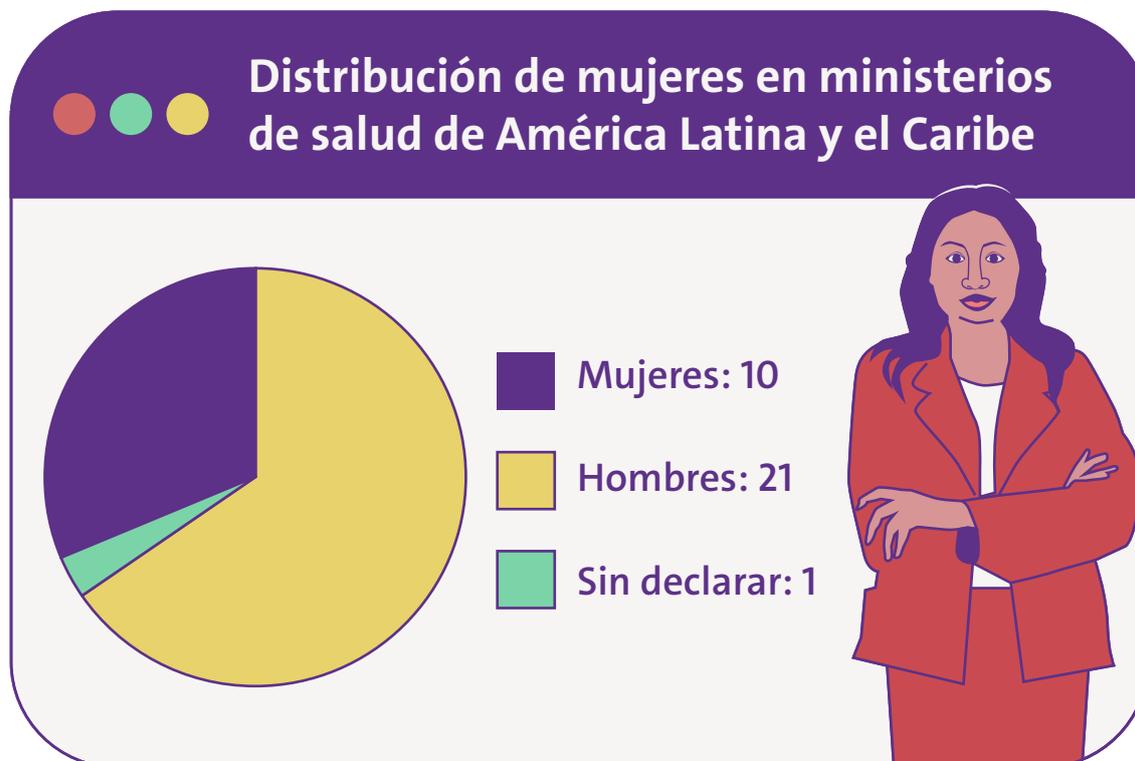
Según sitios oficiales de gobiernos de 32 países de América Latina y el Caribe, a mayo de 2024 solo el 31% tenía mujeres como máxima autoridad en los ministerios de salud. Dentro de los datos recopilados, cabe destacar que en el Caribe solo tres de 16 países examinados (18,7%) cuentan con ministras de salud.

7 Banco Interamericano de Desarrollo (2023). Rumbo al futuro del personal de salud: tendencias y desafíos para el próximo tiempo.

8 Women in Global Health (2023a). La situación de la mujer y el liderazgo en la sanidad mundial.

9 Van Daalen KR., Chowdhury M., Dada S., et al (2022). Does global health governance walk the talk? Gender representation in World Health Assemblies, 1948–2021BMJ Global Health 2022; 7:e009312.

Gráfico 2 – Representación de mujeres y hombres como máxima autoridad en ministerios de salud de América Latina y el Caribe (números absolutos)



Fuente: Elaboración propia, a partir de la recolección de datos en sitios oficiales de gobierno a junio de 2024

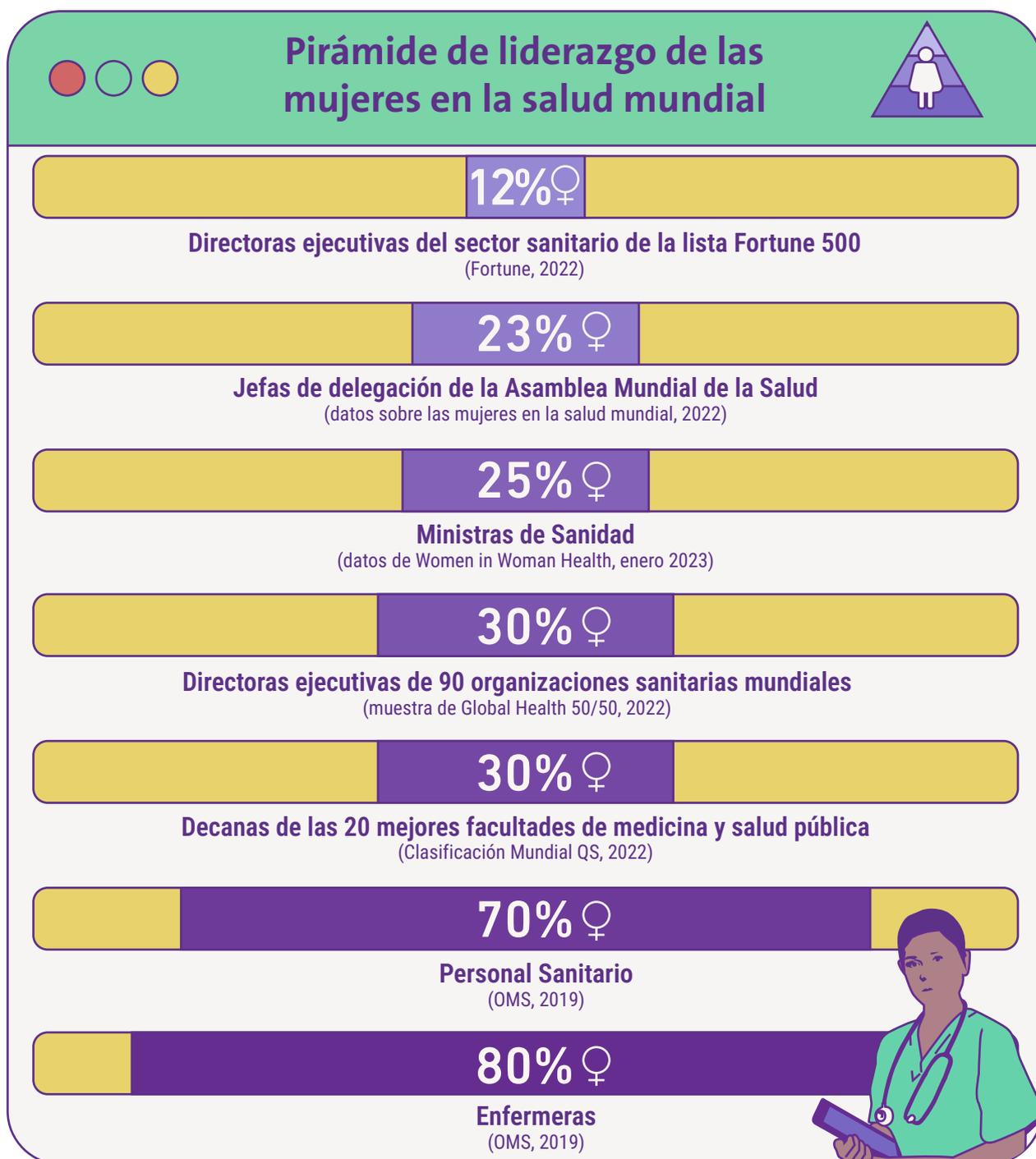
Si no existieran barreras para el liderazgo de las mujeres con las mismas cualificaciones que los hombres en América Latina y el Caribe, estas ocuparían el 70% de los puestos de liderazgo del sector salud. Si bien actualmente los hombres representan menos del 30% del personal sanitario, estos sostienen más del 70% de los puestos directivos.¹⁰ Esta es la paradoja piramidal, estrechamente vinculada a caracterizaciones que se han definido como “techo de cristal” (limitaciones y discriminaciones que enfrentan las mujeres para ascender a puestos de decisión); “suelos pegajosos” (situación de las mujeres en los estratos más bajos de las jerarquías, con salarios muy bajos, empleos informales y de baja calidad); y “escaleras rotas” (obstáculos en la trayectoria laboral debido a normas sociales y estereotipos de género, como las tareas de cuidado).¹¹ En contraste con la situación anterior descrita, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, se ha podido constatar que cuando los hombres ingresan a mercados laborales dominados por mujeres, tienen ventajas que pueden acelerar su promoción, lo que se conoce como “escalera de cristal”.¹²

10 Women in Global Health (2023). Op. cit.

11 ONU Mujeres (2015). El progreso de las mujeres: Transformar las economías para realizar los derechos.

12 OMS (2019). Op. cit

Gráfico 3 – Pirámide de liderazgo de las mujeres en la salud mundial



Fuente: Women in Global Health (2023) “La situación de la mujer y el liderazgo en la sanidad mundial”

Asimismo, la contribución de las mujeres en el sector salud va más allá de la atención directa a pacientes. Hay múltiples liderazgos, tan diversos como los roles y funciones que desarrollan en el ámbito de la salud, sean formales o informales, remunerados y no, en el nivel comunitario, en gobiernos, en organismos internacionales, así como en el sector humanitario. Millones de mujeres trabajan día a día para mejorar la salud de las personas. Son líderes comunitarias que brindan salud en la primera línea, actúan ante

emergencias sanitarias y climáticas, y asumen la responsabilidad primordial del cuidado de personas enfermas y dependientes en el hogar^{13,14}.

En la medida en que las mujeres están subrepresentadas en las posiciones de liderazgo y gobernanza en el sector de la salud, sus contribuciones tienden a ser menos reconocidas y valoradas. Esto refuerza un ciclo de desigualdad de género, donde las voces y perspectivas de las mujeres quedan marginadas en la toma de decisiones. Esta falta de representación no solo afecta a las mujeres individualmente, sino que también moldea la agenda de salud y la asignación de recursos a todos los niveles, incluido el comunitario.¹⁵

“En la medida en que las mujeres están subrepresentadas en las posiciones de liderazgo y gobernanza en el sector de la salud, sus contribuciones tienden a ser menos reconocidas y valoradas”.

De acuerdo con un estudio de la Organización Mundial de la Salud realizado en 2019, a pesar de los avances en igualdad de género persisten desafíos sistémicos, sesgos y desigualdades entre el personal sanitario a nivel mundial, que afecta mayoritariamente a las mujeres. Ellas no tienen la misma influencia que los hombres en la dirección de los sistemas de salud, lo cual genera ineficiencias en áreas clave como la formación, contratación, despliegue, retención y deserción del personal sanitario. Al concentrarse en empleos de menor categoría y mal remunerados (o no remunerados), las mujeres en el sector salud pierden oportunidades, y los sistemas de salud se ven privados de su talento, perspectivas y motivación.¹⁶

Abordar el liderazgo de las mujeres en el sector de la salud es esencial para promover la igualdad de género, reconocer y valorar las contribuciones de las mujeres, cumplir con los compromisos internacionales de paridad y mejorar la calidad y la equidad en la prestación de servicios de salud. En línea con la Recomendación General de la CEDAW N°40 sobre las representación igualitaria e inclusiva de las mujeres en los sistemas de

13 OMS (2019). Op. cit.

14 ONU Mujeres, CEPAL (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación.

15 Ibídem

16 OMS (2019). Op. cit.

toma de decisiones adoptada en octubre de 2024,¹⁷ es hora de tomar medidas concretas para asegurar que las mujeres estén adecuadamente representadas en todas las áreas del liderazgo en salud, y que sus voces sean escuchadas y respetadas en la toma de decisiones que afectan a millones de personas en todo el mundo.

“Eres importante en el sector salud, eres de lo más valioso, tienes la capacidad de cambiar cómo se hacen las cosas de manera radical para mejor. Sé que es desgastante, sé que es difícil, tienes que tomar a veces decisiones que son sumamente duras, y todo eso a veces nos detiene un poco, pero tienes que tomar el puesto de liderazgo. Lamentablemente desde abajo no se puede, tienes que estar arriba para que se pueda, para tomar acciones”.



Dra. Rita Fuentes Aguilar

Ingeniera Tecnológica e investigadora del Tecnológico de Monterrey (México), en entrevista para esta publicación.

17 Committee on the Elimination of Discrimination against Women Launches General Recommendation 40 on the Equal and Inclusive Representation of Women in Decision-Making Systems: <https://www.ungeneva.org/en/news-media/meeting-summary/2024/10/le-cedaw-presente-sa-recommandation-generale-portant-sur-la>

3. Liderazgo en el sector salud: un camino de obstáculos para las mujeres



Para cerrar la brecha de género y alcanzar una igualdad de oportunidades real en el sector salud, debemos abordar obstáculos interpersonales, institucionales y sociales. Esto implica fomentar la capacitación, eliminar sesgos de género en la contratación y roles laborales, y desafiar patrones culturales discriminatorios sobre el liderazgo de las mujeres.

Las dificultades que enfrentan las mujeres para ascender a posiciones de liderazgo y toma de decisiones en el ámbito de la salud son el resultado de diferentes factores que interactúan entre sí, como la situación socioeconómica, la trayectoria individual, las relaciones de poder, los contextos institucionales y las normas sociales.

Desde la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030¹⁸ se abordan cuatro nudos estructurales constitutivos de las relaciones desiguales de poder en América Latina y el Caribe, que se refuerzan mutuamente y generan complejos sistemas socioeconómicos, culturales y de creencias que obstaculizan y reducen el alcance de las políticas para la igualdad de género y la autonomía de las mujeres. Estos nudos son: i) la desigualdad socioeconómica y la persistencia de la pobreza; ii) los patrones culturales patriarcales discriminatorios y violentos y el predominio de la cultura del privilegio; iii) la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado, y iv) la concentración del poder y las relaciones de jerarquía en el ámbito público¹⁹.

18 CEPAL (2017). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Agenda Regional de Género: sinergias para la igualdad en América Latina.

19 CEPAL (2017). Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030.

Gráfico 4 – Nudos estructurales de la desigualdad de género que obstaculizan el camino de las mujeres hacia el liderazgo en el sector salud



Fuente: Elaboración propia con base en la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030. CEPAL, 2017.

Desde el punto de vista social y cultural, estos nudos estructurales se relacionan con la asignación de roles diferenciados entre hombres y mujeres e inciden en las percepciones acerca de cuáles carreras o ámbitos laborales son adecuados para las mujeres, cuáles requisitos o características deben tener el liderazgo, así como las capacidades necesarias para ocupar puestos de decisión. En este sentido, la división sexual del trabajo se organiza en torno a normas sociales y estereotipos de género que establecen una visión generalizada o una idea preconcebida sobre los roles diferenciados que poseen o deberían poseer o desempeñar hombres y mujeres,²⁰ determinando ámbitos de competencia para cada uno, asentados sobre las dicotomías entre sexo/género, público/privado, productivo/reproductivo. Es así como se han configurado estereotipos que hacen que las mujeres ocupen mayoritariamente puestos laborales de menor jerarquía relacionados con el ámbito de la salud, los cuidados y la educación, por ejemplo, mientras que los puestos de mayor jerarquía son liderados por hombres. Esta subestimación de las capacidades de liderazgo hacia las mujeres, la exacerbación de voces masculinas en la esfera pública y la falta de referentes mujeres en algunas profesiones, lleva a niñas y jóvenes a desestimar

20 Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Estereotipos de género: <https://www.ohchr.org/es/women/gender-stereotyping>

su participación en determinadas carreras, y a muchas profesionales a abandonar su carrera profesional o limitar su progresión hacia puestos de mayor jerarquía.

En el sector de la salud estas dificultades se manifiestan en diversos niveles, desde los hospitales y centros de salud, hasta los sindicatos, consejos profesionales y la esfera política, e incluyen tanto la discriminación directa como indirecta, derivadas de sesgos de género arraigados en la cultura organizacional.

“No hay muchas lideresas que una pueda decir ‘quiero seguir a esta líder que es mujer, y que me muestre cómo es ejercer el liderazgo como mujer’. Hay muy pocas y no se difunden las que hay, incluso en las carreras del área de la salud (...) Mucha bibliografía que se enseña es literatura de hombres que han trabajado en salud (...) Nosotras somos las que cuidamos pero nadie nos cuida... hay un entorno que no ha sido equitativo, ni los espacios físicos, ni los entornos laborales, ni los espacios de enseñanza”.



Sandra Oyarzo Torres

Presidenta de la Confederación Internacional de Matronas (Chile), en entrevista para esta publicación.

Desde el punto de vista institucional, el ámbito sanitario presenta otra serie de obstáculos para el liderazgo de las mujeres, tales como la deficiente implementación de protocolos para el abordaje integral de la violencia por motivos de género y el acoso sexual en el trabajo, normativas y formas de organización laboral que no contemplan las necesidades específicas de las mujeres, como horarios rígidos, ausencia de salas para la lactancia, centros para el cuidado infantil, equipos de protección personal no adecuados para la fisiología y tamaños de los cuerpos femeninos, modalidades de contratación sesgadas, entre otros.

La segregación ocupacional en función del género, la escasa representación de las mujeres en las ocupaciones mejor pagadas y la “penalización por maternidad”²¹ desempeñan un papel muy importante en la brecha salarial del sector, tal como se analizará más adelante.

21 Fitzgerald J, Schutt-Aine J, Houghton N, De Bortoli Cassani S, Bascolo E, Alarcón G, et al. (2023). La importancia del enfoque de género en la construcción de sistemas de salud resilientes, equitativos y universales.

En resumen, al abordar las barreras estructurales y promover la participación de las mujeres en roles de liderazgo, podemos construir sistemas de salud más fuertes, equitativos y eficientes. La igualdad de género en el liderazgo no solo es una cuestión de derechos de las mujeres profesionales de la salud que merecen tener oportunidad de acceder a puestos de liderazgo y decisión, sino también de salud pública, desarrollo social, y de justicia para las mujeres y niñas que merecen y quieren recibir atención y asistencia de salud de otras mujeres.

“La segregación ocupacional en función del género, la escasa representación de las mujeres en las ocupaciones mejor pagadas y la ‘penalización por maternidad’ desempeñan un papel muy importante en la brecha salarial del sector”.

3.1. Discriminación y sesgos de género e interseccionalidad en las posiciones de liderazgo

La diversidad en la toma de decisiones es fundamental para impulsar soluciones inclusivas, justas y sostenibles. Solo al reconocer y valorar la diversidad de perspectivas y experiencias, podemos construir un futuro más equitativo.

El camino en el desarrollo profesional y el acceso a puestos de liderazgo no es igual para todas las mujeres y, aunque los desafíos pueden ser similares, otros factores como el origen étnico-racial, la orientación sexual, identidad de género, condición de discapacidad, edad, origen rural, situación migratoria, condición socioeconómica, clase social, pueden contribuir a aumentar la desigualdad y a enfrentar barreras adicionales que limitan su pleno potencial en su desempeño profesional y político.²² En algunos países, un porcentaje significativo de trabajadoras sanitarias y sociales son mujeres migrantes que se enfrentan a discriminaciones adicionales, y muchas de ellas acceden a puestos de menor nivel que los que tenían en su lugar de origen.²³

Al considerar medidas y políticas orientadas a la igualdad de oportunidades y la eliminación de las brechas de género es importante adoptar un enfoque de interseccionalidad como herramienta de análisis que contemple cómo las desigualdades sistémicas se forman a partir de la combinación de distintos factores sociales como el género, la etnia y la clase social. Esto implica que las ventajas o desventajas que una persona experimenta en un tiempo y lugar específicos no pueden analizarse separadamente los diferentes aspectos de su identidad.²⁴

22 Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres. (2022). Un llamado a la acción para impulsar el liderazgo de las mujeres y la democracia paritaria en las Américas.

23 OMS (2021). Closing the leadership gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce gap.

24 PARLAMÉRICAS (s.f.). Interseccionalidad.

“Las mujeres pertenecientes a algunos grupos, además de sufrir discriminación por el hecho de ser mujeres, también pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación por otras razones, como la raza, el origen étnico, la religión, la incapacidad, la edad, la clase, la casta u otros factores. Esa discriminación puede afectar a estos grupos de mujeres principalmente, o en diferente medida o en distinta forma que a los hombres. Quizás sea necesario que los Estados Parte adopten determinadas medidas especiales de carácter temporal para eliminar esas formas múltiples de discriminación múltiple contra la mujer y las consecuencias negativas y complejas que tiene”.

Recomendación General N° 25 de la CEDAW

“Cuando la mujer tiene discapacidad, hay todo otro corte que se refleja en tanto tenemos que no solo ser sino demostrar nuestras capacidades frente a las demás personas, porque la alianza entre las mujeres que suele a veces funcionar como una promoción, se rompe cuando la mujer tiene discapacidad. La solidaridad pasa a ser una categoría distinta entre los que ocupan las jerarquías de la normalidad hegemónica y quienes habitamos ese otro lugar dispuesto para quienes no completan las características de la hegemonía, y entonces la alianza pasa a ser ya en otra dimensión (...), donde la mujer con discapacidad queda en un tercer lugar, de la ‘protegida’ o ‘considerada’ y ahí se rompe el eje de género y lo habita el eje de la normalidad”.



Antonia Irazábal

Responsable de Regulación de la División de Discapacidad, Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, en entrevista para esta publicación.

Dado que el liderazgo se percibe a la luz de patrones culturales patriarcales y discriminatorios, las representaciones asociadas a parámetros masculinos también suman barreras al ascenso de las mujeres. Los roles, estereotipos y sesgos de género, así como las desigualdades estructurales, las relaciones de poder y los procesos de socialización han privilegiado los estilos masculinos de liderazgo, lo cual influye en la percepción social sobre quiénes pueden formar parte del poder.²⁵ Según el Índice de Normas Sociales de Género del PNUD (2020), cerca del 90% de la población mundial

mantiene algún tipo de sesgo contra las mujeres en ámbitos como la política, el trabajo y la educación, mientras que aproximadamente la mitad de los hombres y las mujeres del mundo consideran que los hombres son mejores líderes políticos que las mujeres. Asimismo, más del 40% opina que los hombres son mejores ejecutivos empresariales y que tienen más derecho a ocupar un empleo cuando el trabajo escasea.²⁶

Las políticas de recursos humanos por lo general otorgan ventajas a los hombres en comparación a las mujeres, lo que influye en su ascenso hacia roles de liderazgo. Este fenómeno, conocido como el “síndrome del bonus masculino”, tiene relación con normativas concebidas desde una perspectiva implícita masculina que benefician a los hombres, y simultáneamente excluyen a las mujeres de la competencia por puestos de liderazgo.²⁷ Algunos estudios^{28,29,30} muestran que las percepciones de un liderazgo competente se basan en rasgos o comportamientos estereotipadamente masculinos como la autoridad, la ambición y competencia visible, el empuje, la autosuficiencia y el control, lo que lleva a poner en duda la capacidad de las mujeres para asumir estos roles, ya sea porque esos comportamientos no sean considerados adecuados a los estereotipos femeninos, o porque se las acusa de ser demasiado emocionales si transmiten empatía. Además, si muestran características asociadas al liderazgo masculino son acusadas de ser agresivas.

Una de las principales barreras para el ascenso en la carrera laboral está asociada con la sobrecarga de trabajo no remunerado en las mujeres, en especial las responsabilidades de cuidado, que genera además un círculo vicioso entre los ingresos más bajos y las mayores dificultades para dedicar tiempo a otras actividades que permiten la generación de ingresos, las capacitaciones y la posibilidad de desarrollo de una carrera profesional.³¹

“Una de las principales barreras para el ascenso en la carrera laboral está asociada con la sobrecarga de trabajo no remunerado en las mujeres, en especial las responsabilidades de cuidado, que genera además un círculo vicioso entre los ingresos más bajos y las mayores dificultades para dedicar tiempo a otras actividades que permiten la generación de ingresos, las capacitaciones y la posibilidad de desarrollo de una carrera profesional”.

26 PNUD (2020). Índice de Normas Sociales de Género.

27 Women in Global Health (2023a). Op. cit.

28 Ibídem

29 PNUD (2020). Op. cit.

30 Lupano Perugini, M. y Castro Solano A. (2011). Teorías implícitas del liderazgo masculino y femenino según ámbito de desempeño. En *Prensa Médica Latinoamericana, Ciencias Psicológicas* V (2): 139 – 150.

31 Vaca Trigo, I. (2019). Oportunidades y desafíos para la autonomía de las mujeres en el futuro escenario del trabajo. Serie Asuntos de Género N° 154 (LC/TS.2019/3). Santiago, CEPAL.

En ese sentido, los bajos niveles de educación y alfabetización restringen el nivel en el que algunas mujeres pueden incorporarse al personal sanitario y les impiden progresar hacia posiciones de liderazgo. A pesar de su papel fundamental en la prestación de atención primaria de salud y como líderes comunitarias, las trabajadoras sanitarias de la comunidad suelen quedar excluidas de las oportunidades formales de liderazgo.

“Es muy difícil que las mujeres indígenas podamos acceder a formación de calidad y oportunidades en temas de salud. Sin embargo, tenemos mucho que aportar si nuestras voces son escuchadas. La participación real es importante, no solo la presencia (...) Hay gente que es experta en su área de trabajo, tiene la confianza de las comunidades y tendríamos que ser escuchadas en todos los niveles. Si la participación comunitaria fuera permanente, en crisis sería más fácil articular esfuerzos”.



Dra. Waleska López Canú

Directora Médica de la Alianza de Salud Wuqu´Kawoq (Guatemala), en entrevista para esta publicación.

En términos de ciencia e investigación en salud, los sesgos de género se enseñan y transmiten en las universidades, pero el origen está en la generación de conocimiento sesgado³² en la investigación. Al subrepresentar o excluir a las mujeres de las investigaciones, se han generalizado a toda la población conclusiones basadas en estudios que sólo o en su mayoría incluyeron varones. Entre 1997 y 2000, el 80% de los medicamentos que fueron retirados del mercado en los Estados Unidos fue por causa de los efectos secundarios en las mujeres, que no fueron incluidas en los ensayos clínicos realizados para probar seguridad y eficacia.³³ En 2020, sólo el 1% de la investigación e innovación sanitaria se invirtió en afecciones específicas de las mujeres más allá de la oncología.³⁴

32 El término sesgo se refiere a la presencia de un patrón sistemático de errores en el procesamiento mental de la información, lo que conduce a una distorsión o interpretación incorrecta de los datos disponibles. Describe asociaciones o actitudes que influyen en nuestras percepciones de manera reflexiva, lo que puede afectar el comportamiento, las interacciones y la toma de decisiones. En el primer caso, puede resultar en hallazgos inválidos en la investigación. En el segundo, se refiere a las disparidades en la atención médica entre hombres y mujeres que no se justifican por la evidencia científica disponible.

33 OPS (2021). Op.cit

34 McKinsey & Company (2022). Unlocking opportunities in women’s healthcare.

Estos sesgos impactan en el diseño de políticas públicas que discriminan a las mujeres, niñas y adolescentes en toda su diversidad, ya que no responden a sus problemáticas y necesidades específicas, por lo que pueden redundar en una peor atención de salud y, por consiguiente, mayor riesgo de enfermedad y muerte.³⁵ Además, generan situaciones de discriminación menos visibles, como la ausencia de estudios de las condiciones de acceso y calidad de atención de grupos discriminados y de evaluación de aceptabilidad cultural, el acceso desigual a la información sanitaria y la falta de estadísticas epidemiológicas que incorporen variables relacionadas con grupos de mayor vulnerabilidad, como personas afrodescendientes, indígenas, población LGBTIQ+, con discapacidad, entre otros. Esta desigualdad también se manifiesta en la falta de participación de tales grupos en el diseño de políticas y programas de salud.

Por otra parte, las sociedades están atravesando un proceso de transformación digital inédito. Las plataformas y los dispositivos de inteligencia artificial (IA) están presentes en todos los ámbitos de la vida y avanzan cada vez más. En la medicina, la IA ofrece importante información que ya está siendo ampliamente utilizada por la población -incluyendo profesionales- para diagnósticos tempranos y búsqueda de tratamientos. Sin embargo, también plantea desafíos en cuanto a la equidad y la representatividad en los datos puesto que los sistemas de IA aprenden patrones a partir de datos históricos.

Los sesgos de género presentes en el campo de la tecnología y de la inteligencia artificial (IA), contribuyen a perpetuar y consolidar discriminaciones basadas en género, como por ejemplo: (i) mediante sistemas de contrataciones que discriminan a las mujeres; (ii) metadatos que infrarrepresentan determinados colectivos y omiten variables interseccionales como estrategia de simplificación de los patrones (generalmente relacionados con hombres blancos), con consecuencias negativas en las decisiones que se toman sobre poblaciones de por sí heterogéneas; (iii) los lenguajes de IA aplican estereotipos al asignar el género masculino o femenino en la traducción de palabras neutras en otros idiomas (por ejemplo, al traducir “nurse” como “enfermera”, “doctor” como “médico”).³⁶

Asimismo, en un estudio de la UNESCO se detectó un patrón en el diseño de asistentes virtuales que pretende proyectar la idea ficticia de que Siri, Alexa o Cortana –códigos informáticos incorpóreos, sin sentimientos ni conocimientos– son en realidad mujeres jóvenes, heterosexuales, serviciales, tolerantes y ocasionalmente receptivas a los avances sexuales masculinos, e incluso al acoso, en tanto no reaccionan de manera tajante frente

35 Tasa-Vinyals E., Mora Giral M., Raich R.M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Cuadernos Med. Psicosom Nº 113 p. 14-25.

36 Flores Anarte, L. (2023). Sesgos de género en la inteligencia artificial: el Estado de derecho frente a la discriminación algorítmica por razón de sexo.

a comentarios violentos, sino que responden en forma positiva y tolerante.³⁷

Esta tecnología impacta en el campo de la salud y requiere de una reflexión ética y abordajes que incluyan la perspectiva de género, en tanto se corre el riesgo de consolidar y reproducir las desigualdades y violencias existentes.³⁸ Atender el impacto de la transformación digital en salud con una perspectiva de género implica, por ejemplo, abordar los sesgos de género en los algoritmos de la inteligencia artificial.³⁹

Estas reflexiones adquieren una relevancia crucial al considerar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5.B, que insta a mejorar el uso de la tecnología, especialmente la de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.

Son las mujeres feministas y activistas de la ciencia, tecnología y de la salud quienes están avanzando en la visibilización de los sesgos de género en la investigación y en la atención de la salud. Avanzar en la paridad de género es un factor clave para contar con sistemas científicos más robustos, que generen conocimiento contemplando mujeres y niñas en toda su diversidad, y permitan la implementación de políticas de salud libres de toda forma de discriminación.

“Avanzar en la paridad de género es un factor clave para contar con sistemas científicos más robustos, que generen conocimiento contemplando mujeres y niñas en toda su diversidad, y permitan la implementación de políticas de salud libres de toda forma de discriminación”.

37 UNESCO (2019). I'd blush if I could: closing gender divides in digital skills through education.

38 Corvalán, J.G. (2023). Propuestas de regulación y recomendaciones de inteligencia artificial en el mundo. Universidad de Buenos Aires.

39 Según el Banco Interamericano de Desarrollo (2023), las principales causas de los sesgos de género en la inteligencia artificial se relacionan con sesgos en los datos de entrenamiento, en las etiquetas o anotaciones, en las presuposiciones de diseño, la amplificación de prejuicios sociales y la falta de diversidad en los equipos de desarrollo.

3.2. Segregación vertical y horizontal basada en razones de género

Erradicar la feminización selectiva y fomentar la participación equitativa de las mujeres en todos los ámbitos del sector salud son pasos cruciales para superar los sesgos de género en el ascenso a puestos de liderazgo.

Las mujeres padecen las consecuencias de un sistema desigual por motivos de género, que en el ámbito laboral se evidencian en tres segregaciones que dan cuenta del nudo estructural relacionado con la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado: (i) las mujeres se concentran en ciertos sectores y ocupaciones (segregación horizontal); (ii) tienden a estar en posiciones en el extremo inferior de la jerarquía ocupacional (segregación vertical); (iii) las mujeres como grupo ganan menos que los hombres.

En el sector sanitario, la segregación horizontal se observa en que el personal sanitario femenino se agrupa en funciones de menor categoría y peor remuneradas, debido a estereotipos de género que marcan los trabajos relacionados con el cuidado como más adecuados para mujeres. Por ejemplo, a nivel mundial las mujeres representan el 90% de la fuerza de trabajo en enfermería y obstetricia, y son minoría en cirugía^{40, 41}.

Las ocupaciones con predominio de mujeres suelen tener salarios más bajos que aquellas con mayor presencia de hombres, o incluso ninguna retribución, peores condiciones laborales, trabajos temporales y jornadas parciales, que se traducen en falta de oportunidades de desarrollo profesional y en una menor protección social (jubilaciones, acceso a prestaciones de salud, etc.).⁴² Esta segregación horizontal, a su vez, perpetúa los estereotipos de género y dificulta la diversificación de la fuerza laboral. Asimismo, la escasa presencia de mujeres en roles de liderazgo puede desalentar a otras mujeres a perseguir carreras en los campos en los que están subrepresentadas.

Por otro lado, la segregación vertical se relaciona con las dificultades que experimentan las mujeres para desarrollarse profesionalmente y acceder a puestos con mayor poder de decisión y mejores remuneraciones. En la mayoría de los sectores laborales, las mujeres suelen estar sobrerrepresentadas en los puestos de nivel inferior, como los trabajos administrativos o de

40 OMS (2021). Closing the leadership gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce gap.

41 OMS (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Working paper 1. WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1

42 OIT, PNUD (2019). La segregación horizontal de género en los mercados laborales de ocho países de América Latina: implicancias para las desigualdades de género.

servicios, mientras que los hombres suelen ocupar la mayoría de los puestos de nivel superior, como los cargos directivos o ejecutivos.⁴³

La segregación de género también se manifiesta en trayectorias profesionales diferenciadas entre hombres y mujeres aún en espacios de liderazgo, ya que incluso al alcanzar cargos directivos se reduce su participación en asuntos estratégicos. Al ubicarlas generalmente en funciones de apoyo se limita el desarrollo de experiencia en distintas áreas funcionales y se dificulta su acceso a los niveles gerenciales más altos.⁴⁴ En el sector salud, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de estar representadas en ocupaciones “técnicas”, como enfermeras, matronas o analistas de laboratorio. En contraste, los hombres son más propensos a ocupar puestos clasificados como “profesionales”, tanto en el ámbito de la salud (como médicos o enfermeros avanzados) como en otros sectores (como gerentes o directores de hospitales, empresas y legislación) ubicados en la parte superior de la distribución salarial.⁴⁵ Cabe destacar que la segregación vertical, en tanto implica asimetrías de poder, genera también un entorno propicio para que las mujeres sufran abusos sexuales, agresiones y explotación en el ámbito laboral.

“La segregación vertical, en tanto implica asimetrías de poder, genera también un entorno propicio para que las mujeres sufran abusos sexuales, agresiones y explotación en el ámbito laboral”.

Estas múltiples discriminaciones y violencias no sólo afectan las trayectorias profesionales de las mujeres y su autonomía, sino que también afectan las posibilidades de crecimiento de las organizaciones, empresas, instituciones de salud y de la economía en su conjunto, al dejar talento relevante infrautilizado e impactar negativamente sobre la productividad.⁴⁶

Los tipos de segregación mencionados requieren enfoques integrales y multinivel para promover la igualdad de oportunidades. En las instituciones de salud es importante utilizar mecanismos de contratación que eviten la discriminación por género (por ejemplo, convocatorias anónimas que no indiquen información de sexo/género; la erradicación de preguntas durante las entrevistas laborales sobre la intención de tener hijos/as o, si los tienen, las edades de ellos), contar con horarios de trabajo flexibles, estrategias de visibilización de talento, ofrecer formación e igualdad de oportunidades de ascenso para las trabajadoras, prácticas de comunicación no sexista y protocolos de abordaje de las

43 Vaca Trigo (2019). Op. cit.

44 OIT (2019). Más allá del techo de cristal: Por qué las empresas necesitan a las mujeres en puestos directivos.

45 OMS y OIT (2022). La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19.

46 Brosio, Díaz, Langou y Rapetti (2018). The economic case for reducing gender gaps in the labour market, in Policy in focus.

violencias por motivos de género para fomentar un ambiente laboral libre de acoso y discriminación que cuente con protocolos de atención y respuesta a la violencia laboral, con la finalidad de promover un proceso de transformación cultural hacia instituciones inclusivas y con paridad de género. Además, resulta relevante impulsar la participación de las mujeres en otras especialidades, y atraer a más hombres a categorías profesionales tradicionalmente feminizadas tales como la enfermería y pediatría, entre otras.⁴⁷

Superar la segregación ocupacional de las mujeres requiere avanzar hacia la sociedad del cuidado como un cambio de paradigma que, asimismo, se plantea como un camino para distribuir el poder, los recursos, el tiempo y el trabajo de manera equitativa entre hombres y mujeres.⁴⁸ Esto demanda contemplar, por ejemplo, licencias parentales equitativas, servicios públicos accesibles para el cuidado de personas dependientes, así como iniciativas que promuevan el desarrollo profesional de mujeres y la inclusión de hombres en mercados laborales feminizados. Asimismo, resulta clave recopilar y difundir datos sobre la segregación horizontal y vertical, que incluyan un enfoque interseccional, para implementar estrategias basadas en evidencia.

3.3. Desigualdad económica y brecha salarial

El reconocimiento y la formalización del trabajo de cuidado, y la valorización de quienes desempeñan esas tareas es clave para reducir la brecha salarial y generar sistemas de salud resilientes que puedan adaptarse a la creciente demanda de servicios.

La desigualdad socioeconómica y la persistencia de la pobreza constituyen un nudo estructural de la desigualdad de género. La feminización de la pobreza y la falta de autonomía económica son parte de estos factores obstaculizantes para la autonomía de las mujeres y el ejercicio pleno de sus derechos. En 2022, tres de cada diez mujeres de América Latina se encontraban en situación de pobreza y una de cada diez en situación de pobreza extrema. Además, niñas y niños, población indígena, población afrodescendiente, personas que habitan sectores rurales y mujeres jóvenes son los grupos poblacionales en los que la pobreza es más prevalente. En 2022, en la región, la tasa de desempleo para las mujeres de 15 años y más fue más alta (8,6%) que para los hombres (5,9%); además el 54,7% de las mujeres y el 52,4% de los hombres con empleo en el mercado laboral en la región se encontraban trabajando en condiciones de informalidad en 2022.⁴⁹

47 Fitzgerald J, Schutt-Aine J, Houghton N, De Bortoli Cassani S, Bascolo E, Alarcón G, et al. (2023). Op.cit

48 CEPAL (2022). La sociedad del cuidado. Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género.

49 CEPAL, ONU Mujeres (2024). La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Agenda Regional de Género en América Latina y el Caribe: indicadores de género a 2023.

A esto se suma la brecha que existe entre el progreso de las mujeres en el ámbito educativo y su empoderamiento económico. En 2021, la tasa de finalización del nivel educativo primario para las mujeres en la región llegó al 95,0% y del secundario fue superior al 67,0%. Estas cifras superan las tasas correspondientes a los hombres, del 91,0% y el 60,0% respectivamente, mientras que, en 2022, la tasa bruta de matrícula en la educación superior fue del 65,7% para las mujeres y el 47,5% para los hombres⁵⁰. Uno de los grandes éxitos de la región son los avances en el acceso a la educación formal de las mujeres, pero eso no repercute en su empoderamiento económico. Por ejemplo, en los 59 países en que las mujeres cuentan con un mayor nivel educativo que los hombres, la brecha media en los ingresos sigue siendo de 39% en favor de los hombres.⁵¹

En América Latina y el Caribe, por cada dólar de ingreso laboral de los hombres en 2019, las mujeres percibieron 58 centavos.⁵² En el sector de la salud y asistencial, la diferencia salarial bruta es de aproximadamente 20 puntos porcentuales entre hombres y mujeres, cifra que se eleva a 24 puntos porcentuales al considerar factores como la edad, la educación y el tiempo de trabajo.⁵³

Las brechas tienden a ser mayores en las categorías salariales más altas, donde los hombres están sobrerrepresentados, mientras que las mujeres son mayoría en las categorías salariales más bajas. Además, responden a factores como la menor cantidad de horas que trabajan las mujeres en comparación con los hombres, las diferencias salariales por el sector en que desarrollan sus tareas (segregación horizontal), los estereotipos y la discriminación.

En términos académicos, y especialmente en el ámbito científico, las mujeres también enfrentan discriminación, sesgos de género, informalidad laboral, salarios inferiores por el mismo trabajo, y normas culturales restrictivas. Según la UNESCO, las mujeres en América Latina representan solo el 35% de la matrícula en carreras relacionadas con las ciencias, la tecnología, la ingeniería y matemáticas (STEM, por sus siglas en inglés)⁵⁴ lo

“En el sector de la salud y asistencial, la diferencia salarial bruta es de aproximadamente 20 puntos porcentuales entre hombres y mujeres, cifra que se eleva a 24 puntos porcentuales al considerar factores como la edad, la educación y el tiempo de trabajo”.

50 CEPAL, ONU Mujeres (2024). La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Agenda Regional de Género en América Latina y el Caribe: indicadores de género a 2023.

51 PNUD (2023). Breaking down gender biases: Shifting social norms towards gender equality.

52 Naciones Unidas y RCP LAC (2024). Perfil Regional de Igualdad de Género para América Latina y el Caribe.

53 OMS y OIT (2022). Op. cit.

54 UNESCO (2019). Descifrar el código: La educación de las niñas y las mujeres en ciencias, tecnología, ingeniería y matemáticas.

cual puede traducirse en una menor participación en el mercado laboral, en economías cada vez más dependientes de tecnologías, incluida la inteligencia artificial.⁵⁵ Asimismo, las mujeres reciben menor cantidad de becas que los hombres o por montos inferiores a los que ellos reciben⁵⁶. Esto se explica por la interacción de factores donde las normas sociales y los estereotipos de género tienen un rol preponderante.

Por otra parte, datos oficiales de 54 países, recabados entre 2013 y 2020, muestran que las mujeres asalariadas del sector reciben aproximadamente un 20% menos del salario que reciben los hombres por igual tarea, y esa brecha es mayor cuando se calcula sobre la base de los ingresos mensuales (en lugar de los salarios por hora), ya que el trabajo a tiempo parcial es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres en el sector de la salud y asistencial.⁵⁷ Las estadísticas sobre la distribución del personal sanitario entre los sectores público y privado revelan que, en profesiones con altos salarios, como la de los médicos, los hombres trabajan con mayor frecuencia en el sector privado en comparación con las mujeres (49,2% versus 39,2%, respectivamente). En contraste, para empleos con salarios más bajos, como los de cuidado personal, es más común que las mujeres sean empleadas en el sector privado (81,8% frente a 53,0% de los hombres). Este patrón evidencia un desequilibrio de género: los hombres tienden a conseguir empleos en el sector privado en ocupaciones donde el sector público impone límites salariales, mientras que las mujeres suelen ocupar trabajos menos remunerados en el sector privado, los cuales ofrecen menor seguridad laboral y tienden a ser a tiempo parcial.⁵⁸ Asimismo, la brecha salarial se amplía al adoptar un enfoque interseccional.⁵⁹ En general, las mujeres afrodescendientes presentan menores tasas de ocupación y de ingresos en comparación con las mujeres y los hombres no afrodescendientes.⁶⁰

Como muestran los datos, la brecha salarial no se explica por las diferencias en las características y dotaciones de hombres y mujeres, sino por factores como la segregación ocupacional en función del género, la escasa representación de las mujeres en las ocupaciones mejor pagadas, la mayor cantidad de mujeres con trabajos a tiempo parcial y la “penalización por maternidad”.

55 UNESCO (2023). Gender imbalances remain in digital skills and STEM careers.

56 ONU Mujeres (2020). Las mujeres en ciencias, tecnología, ingeniería y matemáticas en América Latina y el Caribe.

57 OMS y OIT (2022). Op. cit.

58 Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K. et al. (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. World Health Organization.

59 *Ibidem*

60 CEPAL (2023). Decenio Internacional para los Afrodescendientes: Breve examen en el marco de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe.

El abordaje de la desigualdad económica y las brechas salariales debe ser integral y contemplar estrategias interconectadas. Por un lado, es necesario profundizar la recolección de datos para tomar medidas basadas en evidencia, promover convenios colectivos, desarrollar instrumentos jurídicos que permitan evitar la discriminación salarial, generar mecanismos de transparencia respecto de las remuneraciones y mejorar las formas de contratación. La formalización del trabajo de cuidado y la valorización de quienes desempeñan esas tareas es clave para reducir la brecha salarial y también contribuye a generar sistemas de salud resilientes que puedan adaptarse a la creciente demanda de servicios de salud. Al igual que en los apartados anteriores, todas las acciones deben enmarcarse en iniciativas comunicacionales y educativas para combatir los estereotipos de género y promover la igualdad.

Por otra parte, el Plan de Acción para la Salud y Resiliencia en las Américas constituye una oportunidad para revisar el financiamiento de los sistemas de salud y los presupuestos para la prevención y atención de salud con perspectiva de género. Entender que la salud de las mujeres está estrechamente relacionada con la pobreza, el uso del tiempo y la educación es crucial para definir políticas sanitarias resilientes. Según un informe del Foro Económico Mundial y el McKinsey Global Health Institute, se prevé que por cada dólar invertido en la salud de las mujeres se obtendrían unos tres dólares de crecimiento económico.⁶¹

3.4. Acoso y violencia en el ámbito laboral

Los estereotipos y la desigualdad de género en los que se sustentan la violencia y el acoso requieren de medidas en diferentes niveles, y es fundamental que las instituciones de salud cuenten con normativas claras y protocolos que garanticen protección a las víctimas/sobrevivientes, así como mecanismos sólidos de sanciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la violencia contra las mujeres como un grave problema de salud pública y una vulneración de derechos.⁶²

Las mujeres que trabajan en el ámbito sanitario no están exentas de este flagelo y a menudo sufren discriminación, acoso y violencia en mayor medida que los hombres, con consecuencias negativas para su salud física y mental. Esto se profundiza en la intersección del género con otros factores que atraviesan la desigualdad, como en el caso de jóvenes

61 World Economic Forum, McKinsey Health Institute (2024). Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies.

62 OMS (2021). Violencia contra la mujer.

becarias, mujeres inmigrantes, y de poblaciones históricamente discriminadas. La segregación tanto vertical como horizontal, que relega a las mujeres a puestos de menor jerarquía e ingresos, aumentan el riesgo de sufrir violencia basada en género.⁶³

El acoso sexual y las agresiones a las mujeres en el ámbito sanitario se dan tanto por parte de colegas de trabajo, pacientes y hombres de la comunidad, debido a patrones culturales patriarcales discriminatorios y violentos y al predominio de la cultura de privilegio, como un nudo estructural de la desigualdad que también se manifiesta en el sector de la salud. En el ámbito laboral, esta violencia se inscribe como una forma de monopolizar y mantener funciones laborales privilegiadas y de poder por parte de los hombres.⁶⁴ Este tipo de violencia crea un entorno de trabajo complejo que dificulta la progresión profesional de las mujeres y su permanencia en las instituciones de salud. Además del costo que pagan las mujeres en términos de salud física y emocional, el sistema sanitario también se ve afectado, ya que aumenta el ausentismo, la rotación y la escasez de personal.

“El acoso sexual y las agresiones a las mujeres en el ámbito sanitario se dan tanto por parte de colegas de trabajo, pacientes y hombres de la comunidad, debido a patrones culturales patriarcales discriminatorios y violentos y al predominio de la cultura de privilegio”.

Es difícil encontrar datos exhaustivos sobre esta problemática, dado que las investigaciones disponibles son escasas y muy pocas cuentan con perspectiva de género o enfoque en la violencia basada en género.⁶⁵ Para elaborar este documento se realizó una búsqueda de estudios en la región referidos a violencia y acoso laboral en el sector salud. Se encontraron ejemplos en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú, muchos de los cuales no hacían un análisis diferenciado entre hombres y mujeres. Por ejemplo, un estudio en Brasil centrado en personal de unidades de salud familiar reportó que cerca del 69,8% del personal estuvo expuesto a violencia perpetrada por personas usuarias y familiares. Las personas jóvenes y el personal de enfermería fueron las principales víctimas.⁶⁶ Por otra parte, en México, el 26% del personal de enfermería reportó acoso sexual y una de cada tres víctimas manifestó repercusiones en su salud mental y emocional; en ese caso, tener una edad mayor al promedio, no tener pareja y tener menor escolaridad fueron los factores asociados

63 Women in Global Health (2022). #HealthToo. Acabar con la explotación, el abuso y el acoso sexual de las trabajadoras sanitarias.

64 Ibídem

65 Liu J, Gan Y, Jiang H, et al (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*; 76:927-937.

66 Saboia Sturbelle (2019). Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos.

al acoso sexual, que solo fue reportado por mujeres, aunque la investigación se realizó también en hombres. Diferentes estudios internacionales han mostrado una prevalencia de violencia (en estos estudios no se especifica claramente la presencia de acoso sexual) en enfermeras que varía entre un 10% y un 50%, con índices que alcanzan incluso el 87%.⁶⁷

Una revisión sistemática de 23 estudios publicados entre 2011 y 2015 encontró que los principales factores que inciden sobre violencia en el ámbito sanitario son el género de las víctimas, la escasez de programas de capacitación sobre acoso laboral, la ausencia de protocolos de gestión, así como el hecho de trabajar en urgencias, psiquiatría o enfermería.⁶⁸

Es importante señalar que una parte importante de estas manifestaciones de violencia hacia las mujeres del sector salud se reportan ante falta de infraestructura, servicios y acceso a la salud por parte de la ciudadanía. Debido a la segregación horizontal antes mencionada, las mujeres llegan a estar más expuestas a este tipo de violencia, ya que ocupan posiciones administrativas, de enfermería, guardias y emergencias, es decir, son la primera cara ante pacientes y usuarias/os. Esto destaca la importancia de contar con ambientes de trabajo saludables en términos de la organización y de las condiciones laborales.⁶⁹

Asimismo, en muchos contextos, las trabajadoras sanitarias no disponen de ningún mecanismo que les permita denunciar los abusos de un colega varón de alto rango sin sufrir represalias. Además, las mujeres víctimas de violencia sexual pueden temer la estigmatización, la exposición, la vergüenza e incluso el enjuiciamiento si denuncian el caso.⁷⁰

67 Alderete, Navarro-Meza, Galván-Salcedo et.al. (2019). Características sociodemográficas y acoso sexual laboral en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. Año 6, Número 1.

68 Palma A., Ansoleaga E., Ahumada M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. A. Palma et al. Rev Med Chile 2018; 146: 213-222.

69 Saboia Sturbelle (2019). Op.cit

70 Women in Global Health (2022). Op.cit

“Era un tema complicado porque a pesar de que había denuncias no sabían cómo darle seguimiento. En las personas que tenían que hacer la resolución de los casos ni siquiera había perspectiva de género, y no estoy hablando sólo de acoso sexual, también había hostigamiento laboral, que a veces se empalman. Y la realidad es que no había preparación en las comisiones que debían abordar eso (...). Entonces luego ya no denunciaban, y eso también empodera a las personas acosadoras a hacerlo, porque saben que no va a pasar nada. A pesar de que se ha hecho mucho esfuerzo porque cada dependencia tenga un comité de seguimiento a estas denuncias, está el comité, pero ¿qué tanto funciona y quiénes son las personas que están ahí?”



Anahí Rodríguez

Activista menstrual (México), en entrevista para esta publicación.

Por otro lado, las mujeres con alto perfil público y posiciones de liderazgo, tanto del sector sanitario como otros ámbitos, suelen sufrir violencias y acoso en forma de insultos, amenazas, difusión de noticias falsas y desprestigio, muchas de las cuales se manifiestan a través del ciberacoso, lo cual busca tener efectos disciplinadores y provoca que quienes padecen este tipo de situaciones suelen cambiar de empleo, vean limitadas sus posibilidades de ascenso, o abandonen sus carreras profesionales.⁷¹ Una de las autoridades de salud del sistema público que se entrevistó para esta publicación compartió su preocupación por el incremento de la violencia política hacia las mujeres en el ejercicio de poder, especialmente hacia aquellas que realizan trabajos en defensa de los derechos humanos, contra quienes se realizan campañas de desprestigio y mensajes de odio en redes sociales.

Los estereotipos y la desigualdad de género en los que se sustentan la violencia y el acoso requieren de medidas en diferentes niveles, y es fundamental que las instituciones de salud cuenten con normativas claras y protocolos de abordaje que garanticen protección a las víctimas y mecanismos de sanciones para quienes acosan y agreden. Estos abordajes deben incluirse en las medidas de desempeño organizacional y en la evaluación de

quienes las lideran. Dado que la violencia es ejercida mayoritariamente por hombres^{72,73}, es fundamental que éstos se sumen como aliados y agentes de cambio para avanzar en la igualdad de género, estableciendo “tolerancia cero” ante estos abusos.

Asimismo, y de acuerdo con múltiples acuerdos y compromisos internacionales suscritos por los Estados, para crear políticas integrales es necesario contar con datos a nivel de los países y no de instituciones aisladas, mediante recolecciones sistemáticas y periódicas con perspectiva de género que permitan el monitoreo y la comparación entre los países. Además, para el sector de la salud es clave que las autoridades sanitarias conozcan los costos que afrontan los sistemas de salud debido a esta problemática.

Avanzar hacia la paridad de género en la gobernanza sanitaria también permite equilibrar las relaciones de poder del sector y contar con instituciones de salud más igualitarias, libres de toda forma de violencia y discriminación contra las mujeres.

3.5. División sexual del trabajo e injusta organización social del cuidado

La división sexual del trabajo y la injusta organización del cuidado generan desigualdades arraigadas que limitan el potencial de las mujeres y perpetúan la desigualdad de género. Es urgente promover un cambio real.

Los cuidados son actividades que regeneran diaria y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas, e incluyen tareas cotidianas de gestión y sostenimiento de la vida que abarcan los cuidados en salud, el cuidado de los hogares, el cuidado a las personas dependientes y de las que cuidan, así como el autocuidado.⁷⁴

Esta función social indispensable recae de manera desproporcionada sobre las mujeres, con dobles y hasta triples jornadas laborales, lo que representa

CUIDADOS: Se entenderá por trabajo de cuidados el amplio conjunto de actividades cotidianas de gestión y sostenibilidad de la vida, que se realizan dentro o fuera del ámbito del hogar, y que permiten el bienestar físico, biológico y emocional de las personas, y en especial, de aquellas que carecen de autonomía para realizarlas por sí mismas. El trabajo de cuidados comprende el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado y la gestión del cuidado.

Artículo 4 de la Ley Modelo Interamericana de Cuidados. CIM/OEA

72 OIT (2018). Conferencia Internacional del Trabajo, 107.ª reunión, 2018. Informe V: Acabar con la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo.

73 Confederación Sindical Internacional (2008). Combatir el acoso sexual en el trabajo.

74 ONU Mujeres y CEPAL (2021). Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación.

un obstáculo para el ejercicio pleno de su autonomía, sus derechos y oportunidades. Encuestas de uso del tiempo realizadas en 16 países de América Latina y el Caribe muestran que entre el 12% y el 25% del tiempo de las mujeres se dedica a trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, mientras que en los hombres ese porcentaje se encuentra entre el 3% y el 13%. En este sentido, las mujeres dedican entre 22,1 y 42,8 horas semanales al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, mientras que los hombres dedican entre 6,7 y 19,8 horas.⁷⁵

Asimismo, el déficit de normativas que contemplen licencias parentales homogéneas para hombres y mujeres genera discriminación por la posibilidad de la maternidad y dificultades para la reinserción laboral después del embarazo, situación que retrasa también la participación de los hombres en el trabajo de cuidados.⁷⁶

Como ya se mencionó antes, existen sesgos de género como la “penalización de la maternidad”, que es una de las formas más persistentes y manifiestas de prejuicios sexistas. Incluso las mujeres sin hijos pueden verse perjudicadas en su carrera profesional por la suposición de que tendrán hijos en el futuro y que, por tanto, pueden ser percibidas como “menos aptas” para la promoción que sus compañeros hombres.⁷⁷

Un estudio llevado a cabo para Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela reveló que, en promedio, las madres tienen un 17% menos de probabilidades de estar empleadas que las mujeres sin hijos.⁷⁸ Asimismo, las madres participan en trabajos a tiempo parcial un 38% más que las mujeres sin hijos. Por otro lado, datos relevados en Uruguay muestran una importante penalización por maternidad en una reducción del salario por hora (de entre 24% y 25%) y del empleo formal de las mujeres (de entre 42% y 60%)⁷⁹. Otro estudio realizado en México indica que el salario de quienes son madres es 40% menor que el de los hombres con hijos y 25% más bajo que el de mujeres que no son madres. Este informe señala, asimismo, que no es igual entre las madres casadas, las más pobres y las jóvenes quienes

75 Ver en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/proporcion-tiempo-dedicado-al-trabajo-domestico-cuidado-no-remunerado-desglosado-sexo-0>

76 Gúezmes García A. y Vaeza M. N. (coords.) (2023). Avances en materia de normativa del cuidado en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad del cuidado con igualdad de género.

77 Women in Global Health (2023a). Op. cit.

78 Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (2021). Motherhood and flexible jobs: Evidence from Latin American countries.

79 Querejeta Rabosto M. (2020). Impacto de la maternidad sobre el ingreso laboral en el Uruguay. Serie Estudios y Perspectivas. CEPAL.

tienden a ser las más afectadas: si dan a luz antes de los 25 años la penalización es del 28% en el empleo y del 21% en los salarios en comparación con los padres.⁸⁰ Según datos de la Oficina de Presupuesto del Congreso de Argentina, estas desventajas se agravan con la cantidad de hijos o hijas: una mujer con tres o más, tiene 15 puntos porcentuales menos de probabilidad de trabajar que una mujer que no es madre, y de recibir un salario relativo 18% más bajo. Este mismo informe reporta que sólo el 25% de las madres logra alcanzar los años de aportes requeridos para su jubilación, mientras que el porcentaje es de 41% cuando se analizan las mujeres que no tienen hijos/as⁸¹. Una de las principales barreras para el ascenso en la carrera laboral está asociada con la sobrecarga de trabajo no remunerado en las mujeres, en especial las responsabilidades de cuidado, que genera además un círculo vicioso entre los ingresos más bajos y las mayores dificultades para dedicar tiempo a otras actividades que permiten la generación de ingresos, las capacitaciones y la posibilidad de desarrollo de una carrera profesional.⁸²

Por otra parte, los cambios sociales, demográficos, epidemiológicos, económicos y laborales han generado lo que se conoce como *crisis de los cuidados*. El envejecimiento de la población, la ampliación de los años de vida de personas con discapacidades y enfermedades crónicas, las modificaciones en la estructura familiar y la incorporación de las mujeres al mercado laboral han incrementado la demanda de cuidados, mientras que la disponibilidad de recursos y la distribución de responsabilidades no han seguido el mismo ritmo.⁸³

80 Campos-Vazquez, R. M., Rivas-Herrera, C., Alcaraz, E., & Martinez, L. A. (2021). The effect of maternity on employment and wages in Mexico. *Applied Economics Letters*, 29(21), 1975–1979.

81 Oficina del Presupuesto del Congreso (2021). Impacto de la maternidad sobre el salario y permanencia en el mercado laboral de las mujeres: Implicancias en el régimen de previsión social argentino. En: <https://www.opc.gob.ar/empleo-y-prevision-social/impacto-de-la-maternidad-sobre-el-salario-y-permanencia-en-el-mercado-laboral-de-las-mujeres-implicancias-en-el-regimen-de-prevision-social-argentino/>

82 Vaca Trigo (2019). Op. cit.

83 Alzheimer's Disease International and Karolinska Institutet (2018). Global estimates of informal care.

“Definitivamente, necesitamos más iniciativas de conciliación laboral-familiar. La mayoría de las personas que trabajan en el sector salud -nuestras enfermeras, médicos y médicas- tienen familias y en muchas situaciones llegan tarde a trabajar o tienen que faltar el día completo por que necesitan cuidar a sus hijos, sus padres o sus abuelos. Sí, en general existen centros de cuidado de día, pero no tenemos centros de cuidado nocturno, lo cual es crítico para las trabajadoras de la salud que no tienen un lugar para que sus hijos o sus padres mayores sean cuidados mientras trabajan”.



Dra. Tracey Bovell
Hospital de Enfermedades Infecciosas (Guyana)⁸⁴

De acuerdo con un informe de la organización Women in Global Health⁸⁵, las políticas de salud a menudo naturalizan el trabajo de salud y cuidado como “trabajo de mujeres” y se basan en la suposición de que las mujeres serán las “amortiguadoras sociales” en cualquier crisis, lo que aumenta sus horas de trabajo no remunerado. Luego de la pandemia por COVID-19 se observó una dramática salida de las mujeres del mercado del trabajo que, en 2020, supuso un retroceso de 18 años en términos de participación laboral. Entre otras cosas, la sobrecarga del trabajo de cuidado y trabajo doméstico de las mujeres durante la pandemia por COVID-19 llevó a muchas a salir del mercado laboral o a postergar sus carreras profesionales y su participación política.⁸⁶ Se calcula que la participación laboral de las mujeres descendió 10 puntos porcentuales durante la pandemia.⁸⁷ Si bien fue más intensa la recuperación de la oferta laboral de las mujeres con relación a la de los hombres, en el tercer trimestre de 2022 la tasa de participación laboral femenina regional fue 51,8%, 23 puntos porcentuales inferior a la de los hombres (74,5%) mientras que la tasa de desocupación fue 8,4% y 5,7%, respectivamente.⁸⁸

84 Extraído de su intervención durante el Diálogo de alto nivel “El liderazgo de las mujeres en la agenda regional de salud y resiliencia” que tuvo lugar el 8 de marzo de 2024 en Washington D.C., organizado por el Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres. Ver más en: <https://www.oas.org/es/taskforcewom-enleadership/iniciativas/dialogo-liderazgo-mujeres-en-salud.asp>

85 Women in Global Health (2023). The great resignation: Why women health workers are leaving.

86 Ibidem

87 OIT (2022). Panorama laboral 2022 de América Latina y el Caribe.

88 Ibidem

Es fundamental avanzar hacia una sociedad del cuidado, y entender que el trabajo de cuidados es una responsabilidad que debe ser compartida por hombres y mujeres, y redistribuida entre las diversas formas de familia, las organizaciones sociales y comunitarias, el sector privado y el Estado. Ello implica implementar políticas que permitan cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados (que hoy realizan mayoritariamente las mujeres), y finalmente recompensar y garantizar la representación de las personas trabajadoras de los cuidados remuneradas, desde una perspectiva de derechos humanos, de género, interseccional e intercultural.^{89,90,91,92}

“(...) el trabajo de un cuidador/a debe estar jerarquizado, nadie deposita confianza en un cuidador que no está jerarquizado, hoy el cuidador es una persona que elige esto porque no puede elegir otra cosa. Hay que jerarquizar. Estoy convencida que para jerarquizar tenemos que ayudar a las personas cuidadoras, tenemos que ayudar a que terminen sus estudios, tengan un curso acorde, que tengan un sostenimiento desde el Estado a sus requerimientos. Si esto pudiera pasar, las mujeres podríamos movernos un poco de los cuidados no remunerados”.



Dra. Ana María Bou Pérez

Ex Ministra de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina), en entrevista para esta publicación.

Fortalecer el sector de los cuidados en la economía y generar empleo de calidad, es clave para alcanzar la igualdad de género, mejorar el bienestar social y fomentar el crecimiento económico.⁹³ Además, deben contemplarse otros aspectos como remunerar adecuadamente el trabajo de cuidados en el mercado laboral, contar con políticas laborales que valoricen y reduzcan las desigualdades en los ingresos laborales de las ocupaciones relacionadas con los cuidados, y profesionalicen estas tareas para mejorar la productividad y la calidad de los servicios y los empleos. También es relevante promover la participación

89 ONU Mujeres, CEPAL (2022). Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación.

90 CIM/OEA, Euro Social (2022). Ley Modelo Interamericana de Cuidados.

91 CEPAL (2017). Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030.

92 XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Compromiso de Buenos Aires.

93 *Ibidem*

activa de las personas trabajadoras de los cuidados en las negociaciones colectivas y en las demandas por mejores condiciones de trabajo a través de la constitución de organizaciones y sindicatos.

Superar la división sexual del trabajo y los patrones culturales dominantes es un pilar fundamental para lograr la igualdad de género y la autonomía económica de las mujeres, así como la paridad en términos de liderazgo.

3.6. Salud mental entre las lideresas y trabajadoras del sector salud

La salud mental de las profesionales de la salud es fundamental para un liderazgo efectivo en el sector. El agotamiento y el estrés no solo afectan su desempeño individual, sino que también tienen repercusiones negativas en la calidad de la atención y la seguridad de las personas.

Debido a la heterogeneidad de definiciones de estrés físico, psíquico y emocional, de instrumentos estandarizados para medirlos y de metodologías en la realización de estudios, los datos relacionados con la salud mental del personal de salud son sumamente variables entre países y tipos de instituciones de salud, por lo que resulta difícil tener una caracterización regional de esta problemática. Sin embargo, estudios específicos en Chile y México antes de la pandemia revelan tasas de agotamiento de entre el 30% y el 60% para las enfermeras,^{94,95,96} mientras que en Colombia se encontró un 63,2% de profesionales de enfermería y 65,9% de auxiliares de enfermería con síndrome de *burnout* o desgaste profesional.⁹⁷

Además, el personal sanitario enfrentó decisiones difíciles para priorizar la atención de pacientes graves de COVID-19 en un entorno de creciente escasez de recursos, a lo que se sumó la fatiga y el desgaste físico y mental debido a la necesidad de afrontar una emergencia sanitaria sin precedentes. Según datos de la Organización Panamericana de

94 Muñoz S.F. (2018). Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital San José de Santiago: Prevalencia y factores asociados. Universidad Católica de Chile

95 Rendón Montoya, M; Peralta Peña, S; Hernández Villa, E; Hernández, R; Vargas, M & Favela Ocaño, M (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479-506.

96 Urzúa A.; Samaniego A.; Caqueo-Urizar A.; Zapata A.; e Irrarrázaval M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile* 148(8):1121-1127.

97 De las Salas R., Díaz-Agudelo D., Serrano-Meriño D., Ortega-Pérez S., Tuesca-Molina R., Gutiérrez-López C. (2021). Síndrome de burnout en el personal de enfermería en hospitales del departamento del Atlántico. *Rev. Salud Pública*. 23(6): 1-8, 2021.

la Salud (OPS) y el COVID-19 Health Care Workers Study (HÉROES), entre un 14,7 y un 22% del personal sanitario en 11 países (Argentina, Venezuela, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México, Perú, Bolivia, Puerto Rico y Uruguay) desarrolló episodios depresivos durante la pandemia; entre el 3 y 15% episodios depresivos mayores, y entre el 5 y 15% presentó ideaciones suicidas. Sin embargo, únicamente entre un 11 y un 25% recibió apoyo psicológico.⁹⁸ Estos datos no se encontraron disponibles desagregados por género, aunque, como ya se ha señalado, las mujeres son mayoría entre el personal sanitario por lo que se advierte que fueron las más afectadas por problemas de salud mental.

Es probable que las consecuencias de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental del personal sanitario sean sostenidas en el tiempo. Por tanto, es vital realizar seguimiento de su evolución y adoptar medidas dirigidas a abordar tanto sus factores de riesgo como sus consecuencias. Proteger la salud mental del personal sanitario es un componente necesario de las estrategias que deben desarrollar los países para enfrentar satisfactoriamente las implicaciones de la pandemia COVID-19 y futuras emergencias sanitarias.

La salud mental del personal de salud es clave para crear y consolidar sistemas de salud resilientes. El agotamiento y el estrés no solo afectan su desempeño individual, sino que también tienen repercusiones negativas en la calidad de la atención y la seguridad de las personas pacientes. Por lo tanto, es crucial que las instituciones de salud implementen estrategias para promover el bienestar mental de todo su personal, como programas de apoyo psicológico y mejora del entorno laboral, que aborden asimismo la salud mental con enfoque de género a través de políticas de reducción de la jornada laboral, protocolos para la atención y protección de víctimas de violencia de género en estos entornos, así como una cultura institucional inclusiva con condiciones salariales y laborales acordes. Además, es necesario que estas políticas y estrategias se articulen con las organizaciones sindicales y consejos profesionales, en tanto invertir en la salud mental de las mujeres del sector salud es invertir en un mejor liderazgo y una atención médica de calidad.

“Proteger la salud mental del personal sanitario es un componente necesario de las estrategias que deben desarrollar los países para enfrentar satisfactoriamente las implicaciones de la pandemia COVID-19 y futuras emergencias sanitarias”.

98 OPS (2022). The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas.

4. La participación y el liderazgo de las mujeres en la gestión de las crisis: aprendizajes a partir de la pandemia del COVID-19.



4.1. Liderazgo en tiempos de pandemia: el rol de las mujeres en las respuestas a las crisis sanitarias

La escasa representación de las mujeres en los comités de crisis durante la pandemia por COVID-19 afectó la posibilidad de pensar soluciones integrales para resguardar derechos sexuales y reproductivos, prevenir la violencia por motivos de género, cuidar la salud física y mental de las trabajadoras de la salud, considerar sistemas de apoyo para personas con discapacidad y escuchar la voz de comunidades rurales, indígenas, afrodescendientes, jóvenes, LGBTIQ+.

Las emergencias y los desastres naturales tensionan los sistemas de salud y de cuidados y profundizan desigualdades ya existentes tales como el debilitamiento de los sistemas públicos de salud, problemas de cobertura geográfica, desfinanciamiento de la sanidad pública, así como escasez de personal sanitario y problemas de migración de profesionales de la salud debido a condiciones laborales insatisfactorias. Cuatro años después del inicio de la pandemia por COVID-19, los análisis realizados sobre los efectos dan cuenta de sistemas de salud debilitados, economías en crisis y desigualdades de género que se exacerbaron y cuesta recuperar. La pandemia modificó los marcos políticos, económicos y sociales, alteró las pautas de la vida cotidiana y puso a prueba la capacidad de respuesta de los Estados y la solidez de la institucionalidad y del sistema político.

Tanto durante la pandemia por COVID-19, como en otras situaciones de emergencias tales como eventos climáticos extremos, los impactos en la población no son homogéneos. Las emergencias sanitarias y climáticas, entre otras, tienen efectos diferenciados y desproporcionados sobre las mujeres y no impacta a todas de la misma manera: las repercusiones suelen ser mayores para las mujeres con menores recursos, las que trabajaban en el sector informal, las mujeres indígenas y afrodescendientes, las mujeres jóvenes, entre muchas otras. Sus necesidades y experiencias generalmente terminan siendo ignoradas o insuficientemente abordadas en las respuestas a las crisis.

Ejemplos de esto durante la pandemia de COVID-19 incluyen la sobrecarga de cuidados que enfrentaron las mujeres trabajadoras en general, las condiciones laborales inseguras y los equipos de protección personal deficientes para las trabajadoras del

sector sanitario. Además, la falta de datos desglosados por sexo y los ensayos clínicos con sesgo de género llevaron a decisiones erróneas.^{99,100,101}

Se destacan también las consecuencias de la pandemia sobre la mortalidad materna, cuya reducción registrada en las últimas dos décadas se vio desacelerada por la pandemia del COVID-19, que aumentó el porcentaje en la región en un 9%.¹⁰² Además, las medidas de aislamiento afectaron el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva debido a la suspensión de estos servicios. Asimismo, la adaptación de los protocolos de atención sin considerar el parto respetado ni las normativas vigentes generaron un aumento de la violencia obstétrica.^{103,104}

Por otra parte, de acuerdo con una de las líderes entrevistadas durante este estudio, la falta de representación de personas con perspectiva de discapacidad en comités de crisis y en el diseño de políticas públicas, dejó afuera la posibilidad de pensar soluciones alternativas para las personas en situación de discapacidad. Por ejemplo, las medidas de aislamiento afectaron de manera particular a las mujeres sordas víctimas de violencia, quienes perdían la posibilidad de comunicarse con el uso obligatorio de mascarilla o no podían acceder a las líneas de ayuda y otros servicios;¹⁰⁵ así como a madres cuidadoras de infancias neurodivergentes¹⁰⁶ que requerían acceso a espacios abiertos, para quienes no solo se presentaron situaciones de necesidad de sus dependientes, sino también condiciones de agotamiento mental y emocional ante el confinamiento.¹⁰⁷

99 Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848.

100 ONU Mujeres (2020). COVID-19 y liderazgo de las mujeres: para responder con eficacia y reconstruir mejor. Documento de políticas No. 18.

101 Women in Global Health (2023). Op. cit.

102 Naciones Unidas y RCP LAC (2024). Op. cit.

103 Toloza-Aravena, P., Martínez-Hidalgo, C., Fernández-Cantillana, C., Ceballos-Soto, F., & González-Burboa, A. (2023). Violencia obstétrica en contexto de pandemia por COVID-19: Una revisión de la literatura. *Horizonte de Enfermería*, 34(3), 676–688.

104 Dangelo, C., Fa C, Hueller, M., López, A, Otto, M. (2020). La atención perinatal en pandemia por COVID-19: visibilizando la violencia obstétrica en Argentina.

105 UNFPA y Women Enabled International (2021). El impacto de COVID-19 en las mujeres y niñas con discapacidad.

106 La neurodivergencia -también conocida como neurodiversidad- se refiere a las personas que tienen condiciones como dislexia, dispraxia, déficit atencional con hiperactividad (TDAH) o que pertenecen al espectro autista.

107 Restrepo J.E., Castañeda-Quirama T., Gómez-Botero M., Molina-González D. (2023). Salud mental de cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo durante la pandemia. *Neurología Argentina*. 2023, 15(1): 28–36.

Es importante reconocer que frente a estas situaciones de emergencia las mujeres se ubican en las primeras líneas de las respuestas, como lideresas comunitarias, trabajadoras de la salud, cuidadoras en el hogar y también como autoridades locales y nacionales. Durante la pandemia por COVID-19, mujeres líderes y activistas desde distintos ámbitos fueron claves para visibilizar y posicionar en la conversación pública temas y problemáticas que afectaban particularmente a las mujeres y grupos históricamente excluidos, tales como el incremento de la violencia hacia las mujeres y las infancias en los hogares como consecuencia de las medidas de aislamiento, así como el impacto de estas medidas en la salud mental y la sobrecarga del trabajo de cuidados no remunerado por parte de las mujeres, entre otros.

Estas lecciones nos muestran que las mujeres, niñas y adolescentes se ven afectadas en desproporción, sobre todo aquellas que experimentan múltiples desigualdades por razones económicas, de origen étnico- racial, ubicación geográfica, edad, condición de discapacidad, estatus migratorio y estado de salud, y que excluir a las mujeres de espacios de toma de decisiones implica excluir las necesidades y perspectivas de la mitad de la población.

Una alianza entre PNUD y ONU Mujeres permitió desarrollar el Rastreador Global de Respuestas de Género a la COVID-19, que se implementó a nivel mundial entre 2020 y 2022. Esta herramienta monitoreó las respuestas adoptadas por los gobiernos y destacó aquellas que integraron una perspectiva de género. También identificó medidas y políticas que abordaron la seguridad económica de las mujeres, el trabajo de cuidados no remunerado y la violencia contra las mujeres, así como la participación de las mujeres en los grupos de trabajo sobre COVID-19. Los datos evidenciaron que, de 4.968 medidas totales de respuesta a la pandemia, sólo 1.605 tuvieron en cuenta el análisis e impacto diferenciado por razones de género. De ellas, 526 medidas apuntaron a la seguridad económica de las mujeres, 226 medidas se dirigieron a apoyar los cuidados no remunerados y 853 se centraron en la prevención y/o respuesta a la violencia contra las mujeres y niñas. Asimismo, en los grupos de trabajo para liderar la respuesta a la pandemia, creados por los gobiernos nacionales en instituciones del sector público (como, por ejemplo: en salud pública o en recuperación económica), el rastreador evidenció la subrepresentación de las mujeres: sólo el 21% de los equipos de trabajo estuvieron liderados por mujeres y ellas sólo representaron el 25% de especialistas,^{108,109} todo lo cual hace suponer que las necesidades específicas de

108 Rastreador Global de Respuestas de Género a la COVID-19. En: <https://data.undp.org/insights/covid-19-global-gender-response-tracker>.

109 ONU Mujeres, PNUD (2022). Respuestas de los gobiernos al COVID-19: Lecciones para la igualdad de género en un mundo en crisis.

las mujeres, niñas y adolescentes frente a las medidas no estuvieron plenamente contempladas en las mesas de decisión.

Como parte de los aprendizajes sobre el impacto de las políticas públicas en la vida de las mujeres, es importante resaltar la necesidad, importancia y urgencia de la participación de las mujeres en el sector salud para mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, libres de discriminación y violencia. Resulta fundamental comprender que el acceso a la interrupción legal del embarazo, a métodos anticonceptivos, a la anticoncepción de emergencia, a partos dignos y culturalmente apropiados, son cuestiones de salud pública. El Compromiso de Buenos Aires adoptado por los Estados Miembros de la CEPAL en 2022 incluye un acuerdo específico dirigido a promover el acceso universal a los servicios de salud integrales, incluidos los servicios de salud mental, salud sexual y salud reproductiva, y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, mediante el acceso a información y educación sexual integral y a servicios de aborto seguros y de calidad, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional¹¹⁰.

“En 2020, tuvimos un caso: una niña de 11 años fue violada y, aunque tenía la autorización judicial para hacer un aborto legal, el hospital público de su Provincia le negó su derecho. Inmediatamente se formó una red nacional de juristas y profesionales de la medicina (20 mujeres y 2 hombres) para traer a la niña para otra Provincia para realizar el aborto legal. (...) En la maternidad que finalmente la recibió, la directora era una mujer, el equipo que estaba puesto ahí eran mujeres, tenían cuidado con el ambiente para pensar en los mínimos detalles para que la niña fuera bien atendida y se sintiera cuidada. Eso muestra una diferencia grande en la capacidad de organización y de espacios de diálogo.”



Paula Viana

Enfermera. Grupo Curumim (Brasil), en entrevista para esta publicación.

El liderazgo de las mujeres y una participación de amplio alcance de las organizaciones por los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes en toda su diversidad, son esenciales para garantizar la inclusión de sus necesidades en las prioridades de la respuesta inmediata y en las medidas de recuperación y resiliencia, puesto que, como ya se señaló, no hay políticas neutrales al género. La evidencia en múltiples ámbitos sugiere que una mayor

participación de las mujeres y la paridad en la toma de decisiones han resultado en una mayor pluralidad en la aproximación a los problemas y mejores propuestas de solución.¹¹¹

4.2. El liderazgo de las mujeres en la respuesta social a la crisis

Aunque la mayoría de las mujeres están subrepresentadas en posiciones de liderazgo, es importante reconocer que están impulsando cambios en todos los niveles, desde el comunitario hasta el mundial, no solo en términos de un creciente conocimiento sobre la salud de las mujeres sino también en la promoción de una mayor participación en la toma de decisiones. Son evidentes las políticas exitosas que han permitido mejorar el acceso a la salud y la calidad de vida de niñas, adolescentes y mujeres de diversos ámbitos y territorios. Un factor clave para desarmar los prejuicios negativos sobre las capacidades de liderazgo de las mujeres es visibilizar y difundir sus logros y acciones. Es fundamental vincular esta visibilización con el ejemplo de mujeres que inspiran a otras a través de su liderazgo. Al mostrar cómo estas mujeres líderes han superado desafíos y alcanzado el éxito, no solo se destacan sus capacidades, sino que también se motiva a más mujeres a aspirar y lograr posiciones de liderazgo, creando un efecto multiplicador positivo.

Desde el primer momento de la pandemia, fueron las mujeres de las comunidades y de organizaciones sociales quienes salieron a buscar respuestas y soluciones a problemas económicos, educativos y sanitarios. La publicación del Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres, “25 historias de mujeres que están liderando la respuesta frente al COVID-19” muestra la enorme relevancia del trabajo desarrollado por diversas mujeres de toda América Latina y el Caribe -científicas, médicas, enfermeras, abogadas, trabajadoras rurales, psicólogas, referentes comunitarias, docentes, artistas y emprendedoras-, que rápidamente identificaron los impactos diferenciales de la pandemia en mujeres, niñas y adolescentes en toda su diversidad, y dieron respuestas concretas y novedosas.

111 Pronunciamento “Organismos internacionales e interamericanos hacen un llamado a los Estados para que aseguren una participación igualitaria de las mujeres en la toma de decisiones frente a la crisis del COVID-19”: <https://www.oas.org/es/taskforcewomenleadership/docs/Pronunciamento-crisis-covid19-ES.pdf>

○○○ El liderazgo de las mujeres en la respuesta al COVID-19

La Dra. Waleska López Canú, MAYA KA Q CHIKEL de Guatemala, desarrolló la atención por medio de “telemedicina” para llegar a niñas y niños con desnutrición crónica y aguda, mujeres con necesidades de salud sexual y reproductiva, y pacientes con enfermedades complejas y crónicas en momentos de pandemia y aislamiento social. Su rol de liderazgo fue clave para acercar las medidas de prevención a comunidades rurales e indígenas, mediante la creación de videos, audios, programas radiales y otros materiales en siete idiomas mayas y en español.

Tatiana Vasconcelos, venezolana radicada en Uruguay, consultora técnica de la Alianza de Organizaciones por los Derechos de las Personas con Discapacidad, trabajó para visibilizar el impacto de las principales medidas en las personas con discapacidad, como el distanciamiento social de dos metros imposible de cumplir para las personas ciegas, la enorme barrera de comunicación que supone el uso de barbijo para las personas sordas, la dificultad de acceder al lavado frecuente de manos para quienes cuentan con discapacidad física, los efectos de las restricciones para salir a la calle en niños y niñas con autismo, y la falta de materiales de comunicación preventivos adecuados para personas con discapacidad intelectual y psicosocial. A partir de ello, trabajó en el desarrollo de propuestas de solución inclusivas y con perspectiva de género.

La Organización Productiva para Mujeres en Acción (POWA, por sus siglas en inglés) es una organización comunitaria enfocada en empoderar y mejorar el bienestar de mujeres y niñas en todo Belice. Durante la pandemia por COVID-19, esta organización de mujeres se movilizó para garantizar que las mujeres y las niñas pudieran acceder a los servicios de salud y atención social a pesar de las interrupciones provocadas por las medidas de cuarentena, lo cual incluyó la entrega de anticonceptivos.

Historias recopiladas mediante entrevistas para la elaboración de este documento, y extraídas de la publicación del Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres “25 historias de mujeres liderando la respuesta frente al COVID-19”

Las historias de estas y muchas otras mujeres lideresas son testimonios poderosos de cómo el liderazgo de las mujeres puede marcar una diferencia significativa. Estas mujeres no solo han brindado respuestas inmediatas frente a la pandemia, sino que también han sentado las bases para una organización más eficiente de los recursos frente a

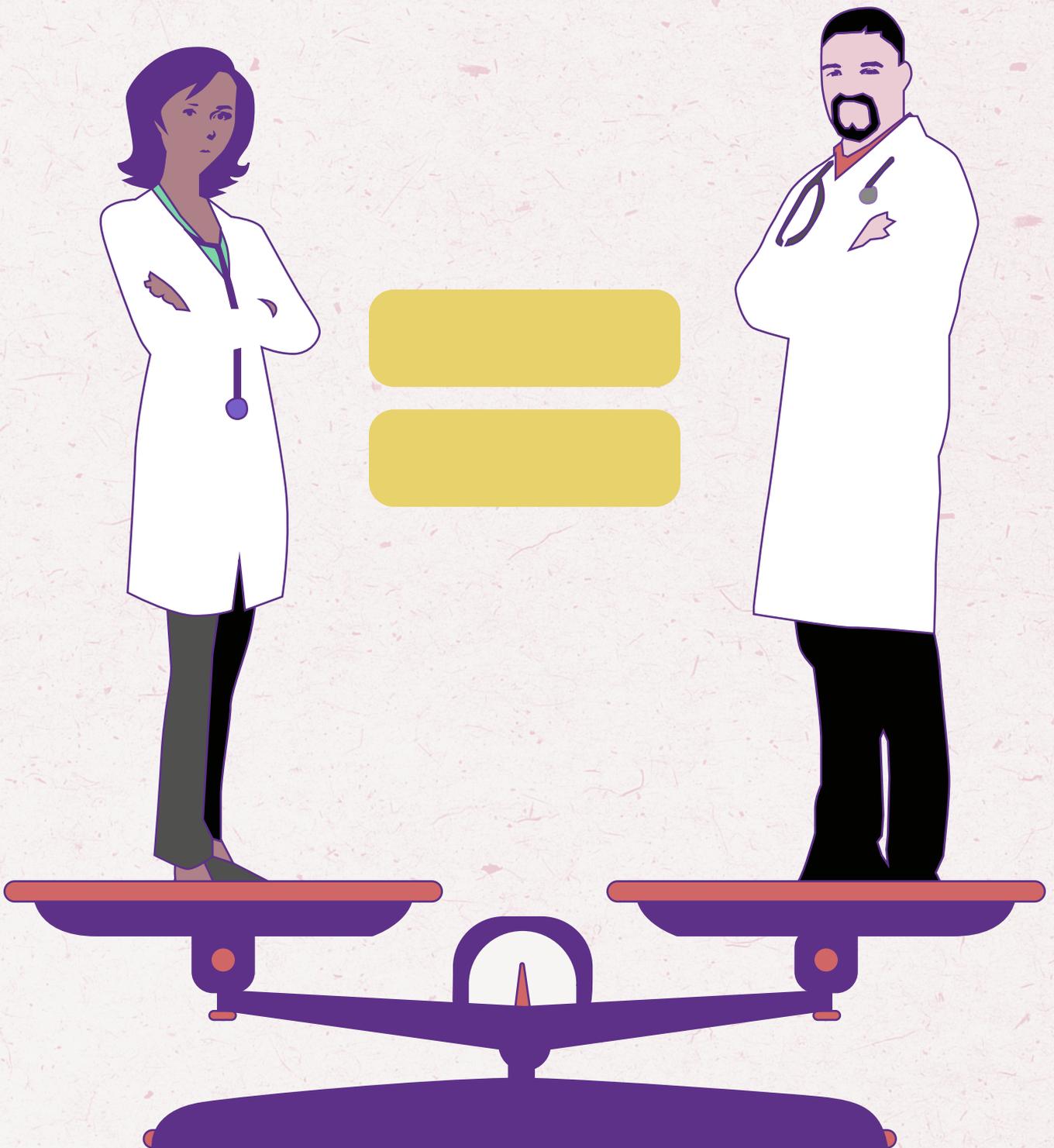
nuevas emergencias. La integración de una perspectiva de género en la respuesta a las emergencias y en todas las áreas de la salud es indispensable para construir sistemas más resilientes y justos.

A lo largo de la pandemia por COVID-19 y en situaciones de emergencia y desastres naturales, las mujeres han demostrado una vez más su capacidad para liderar y transformar las sociedades, a pesar de los contextos adversos y las barreras de género. Sin embargo, el informe del nuevo Índice de Normas Sociales de Género (GSNI por sus siglas en inglés) publicado en 2023 revela que en la última década no se avanzó en la superación de los prejuicios contra las mujeres, ya que aproximadamente nueve de cada diez hombres y mujeres en el mundo siguen manteniendo en la actualidad un sesgo contra las mujeres. La mitad de la población global todavía cree que los hombres son mejores líderes políticos que las mujeres, y más del 40% opina que los hombres son mejores ejecutivos empresariales.¹¹² Hoy en día, las menores tasas de muertes por COVID-19 y la eficacia de las políticas de contención del virus en países liderados por mujeres refutan las normas sociales discriminatorias que impulsan esas creencias.¹¹³

112 PNUD (2023). Op. cit.

113 ONU Mujeres (2020). Op.cit.

5. Hacia el logro de la paridad en la toma de decisiones del sector salud



La paridad de género es clave para la gobernabilidad, el fortalecimiento de las democracias y el crecimiento económico de la región.

El liderazgo de las mujeres constituye un elemento transversal en todas las discusiones, pero tiene una particular relevancia en relación con la gobernabilidad, puesto que la participación de las mujeres en los espacios de toma de decisiones es fundamental para la democracia, el desarrollo sostenible y la recuperación de la región.¹¹⁴

Según datos recopilados por ONU Mujeres, a nivel mundial, al 13 de mayo de 2024, hay 28 países donde mujeres se desempeñan como Jefas de Estado y/o de Gobierno. A este ritmo, hacen falta 130 años para contar con igualdad de género en las más altas esferas de decisión.¹¹⁵ En enero de 2023, las mujeres representaban el 22,8% de los gabinetes ministeriales, con solo 13 países en los que las mujeres ocupaban el 50% o más de los puestos de ministras. Las cinco carteras más ocupadas por ministras son “Mujer e Igualdad de Género”, “Familia e Infancia”, “Inclusión Social y Desarrollo”, “Protección Social y Seguridad Social”, y “Asuntos Indígenas y Minorías”¹¹⁶, lo cual demuestra el alto peso de los roles diferenciados de género en la asignación de funciones públicas.

Con datos a octubre de 2024, la región de las Américas alcanzó un promedio de 35,5%¹¹⁷ de mujeres parlamentarias a nivel nacional. A su vez el porcentaje de mujeres presidentas de cámaras bajas alcanza solo el 20% y de cámaras altas, el 31,7%.¹¹⁸ Respecto a los puestos en gobiernos locales, los avances no han sido significativos, ya que la representación de las mujeres en estos cargos se situaba 8,3 puntos porcentuales por debajo de la media mundial del 35,5%.¹¹⁹ Por lo tanto, la meta 5.5 asumida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para **asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública**, está lejos de ser alcanzada en las Américas.

La necesidad de aumentar la presencia de mujeres en los ámbitos de toma de decisiones es fundamental para promover la democracia, el desarrollo sostenible y la equidad en la región. Si bien no todas las mujeres en la toma de decisiones representarán o defenderán la agenda de género -puesto que las mujeres no son un grupo homogéneo-, diversos estudios revelan que una mayor presencia de mujeres no solo aporta una pluralidad

114 Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres (2022). Op.cit.

115 ONU Mujeres. Hechos y cifras: Liderazgo y participación política de las mujeres.

116 Ibídem

117 Unión interparlamentaria (2024). Global data on national parliaments.

118 Idídem

119 Naciones Unidas y RCP LAC (2024). Op.cit.

de perspectivas sobre los asuntos de política en general, sino que también favorece la aprobación de políticas, leyes y presupuestos sensibles al género, con temas vinculados al abordaje amplio de la violencia hacia las mujeres y niñas, servicios de cuidado para personas dependientes, planes de pensiones para las personas cuidadoras por trabajo no remunerado, salud sexual y reproductiva, así como reformas electorales para garantizar el equilibrio representativo entre mujeres y hombres en toda su diversidad.^{120 121}

“Necesitamos acción intencional y una cosa simple que todos podemos hacer es establecer cuotas de acción afirmativa en los cargos de toma de decisión para, al menos, prevenir las injusticias históricas.”



Dra. Roppa Dhatt

Directora Ejecutiva de Women in Global Health (2018-2024)¹²¹

Por otra parte, la participación igualitaria y el liderazgo para las mujeres en el sector sanitario no solo contribuirá con una mayor pluralidad en la aproximación a los problemas y mejores propuestas de solución a los problemas de salud de las poblaciones, sino que también contribuirá con la justicia económica y catalizará lo que mujeres profesionales de la salud vienen planteando a nivel global como un “triple dividendo de género” de mayor alcance:¹²²

120 Unión Interparlamentaria (2008). Igualdad en la Política: Un Estudio sobre Mujeres y Hombres en los Parlamentos.

121 Extraído de su intervención durante el Diálogo de alto nivel “El liderazgo de las mujeres en la agenda regional de salud y resiliencia” que tuvo lugar el 8 de marzo de 2024 en Washington D.C., organizado por el Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres. Ver más en: <https://www.oas.org/es/taskforcewom-enleadership/iniciativas/dialogo-liderazgo-mujeres-en-salud.asp>

122 Women in Global Health (2023). Op. cit.



El triple dividendo de género del liderazgo de las mujeres en el sector salud

Dividendo de salud

Cuando se permite a las mujeres acceder al liderazgo, su experiencia profesional y sus perspectivas refuerzan los sistemas sanitarios y la prestación de servicios de salud. Un personal sanitario igualitario, basado en un trabajo seguro y digno, y en la igualdad de progresión profesional para las mujeres, atraerá nuevas contrataciones para cubrir vacantes y retendrá a las mujeres expertas. Esto proporcionará una base más sólida a los sistemas sanitarios y contribuirá a la consecución de objetivos sanitarios mundiales como la Cobertura Sanitaria Universal.

Dividendo de género

A medida que más mujeres accedan a puestos directivos y formales en el sector sanitario, las trabajadoras sanitarias ganarán ingresos y autonomía, lo que beneficiará a las familias. Los hombres y mujeres que inician su carrera profesional también tendrán más modelos femeninos de alto nivel, lo que romperá los estereotipos de género de los hombres como “líderes naturales”.

Dividendo económico y social

Los nuevos puestos de trabajo creados y ocupados en el sector sanitario impulsarán el crecimiento económico y tendrán mayores beneficios para las sociedades. La igualdad de género en el personal sanitario tiene efectos positivos para todas las personas.

Fuente: “La situación de la mujer y el liderazgo en la sanidad mundial”. Women in Global Health, 2023.

5.1. Compromisos internacionales y regionales sobre salud, igualdad de género y participación de las mujeres en la toma de decisiones

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) adoptada en 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas es considerado el documento jurídico internacional más importante en la historia de la lucha contra la desigualdad de género. Destacan de este instrumento los artículos 11 y 12 vinculados a los derechos laborales y el acceso a los servicios de salud.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer -Convención de Belem do Pará (1994), con mandatos vinculantes para los países que la han ratificado, establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Este tratado interamericano de derechos humanos ha dado pauta para la adopción de leyes y políticas sobre prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres en los Estados Parte de la Convención, al contemplar también, entre estos derechos humanos, el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas y a participar en los asuntos públicos, incluido la toma de decisiones.

En 2025 se cumplen 30 años de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y la aprobación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 1995 (Beijing+30), con numerosos compromisos con los derechos de las mujeres y su empoderamiento y participación en la toma de decisiones.

En 2015, como resultado del Septuagésimo Período de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, 193 Estados aprobaron la resolución “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (ODS) que contiene 17 objetivos globales interconectados tales como el desarrollo sostenible, el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente. Más allá del ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, se reconoce la interconexión de este con una amplitud de los demás ODS. El ODS 5 “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas” es clave para asegurar que nadie quede atrás. De este objetivo, destaca la Meta 5.5 “Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública” el cual, para el propósito del presente documento, constituye un compromiso que alcanza al sector de la salud y que resulta fundamental para el logro y sostenimiento del ODS 3.

En 2019, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó la Estrategia sobre Salud Universal en el Siglo XXI, que busca garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud integrales y de calidad, al poner énfasis en la igualdad de género y

la eliminación de disparidades. Además, OPS/OMS ha emitido declaraciones y políticas relacionadas con la salud desde una perspectiva de género, con el objetivo de promover la igualdad y la inclusión de las mujeres en todas las dimensiones de la salud pública.

Por otra parte, las y los Jefes de Estado y de Gobierno de Iberoamérica suscribieron en 2020 la Declaración de Andorra, que incluye compromisos para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres en la región, así como promover el liderazgo y la participación igualitaria de las mujeres en todos los niveles de la toma de decisiones.

Asimismo, en mayo de 2021, en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud, se aprobó la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud, que se centra en proteger, salvaguardar e invertir en el personal sanitario y asistencial. Cabe destacar también el Convenio N° 190 de la OIT, que entró en vigencia el 25 de junio de 2021 y es el primero que aborda específicamente la violencia y el acoso en el ámbito laboral.

Como resultado de la Novena Cumbre de las Américas (Los Ángeles, junio de 2022), las y los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas aprobaron cinco grandes agendas para orientar los compromisos de los Estados de la región en los próximos años: i) Salud y Resiliencia en las Américas; ii) Gobernabilidad Democrática; iii) Transformación digital; iv) Transición Justa hacia la Energía Limpia, Sostenible y Renovable; y v) Futuro Verde y Sostenible. Como resultado de los diálogos políticos alrededor de estos cinco grandes ejes, las y los líderes de los Estados Miembro suscribieron declaraciones en cada una de estas cinco áreas, a ser ejecutados para el año 2030, en línea con el plazo marcado para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Finalmente, en América Latina y el Caribe el proceso de implementación, seguimiento y revisión de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing se refuerza con los compromisos asumidos en el marco de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, particularmente, con el reciente Compromiso de Buenos Aires adoptado en la XV Conferencia Regional en 2022. El Compromiso de Buenos Aires adoptado por los Estados Miembro dispone en su artículo 19: “Crear las condiciones propicias para la autonomía de las mujeres, las adolescentes y las niñas en toda su diversidad a través del fortalecimiento de capacidades, la tecnología, la asistencia humanitaria, el suministro de infraestructuras y servicios esenciales asequibles y de calidad, y la inversión en estos, promoviendo, entre otros, el acceso universal a los servicios de salud integrales, incluidos los servicios de salud mental, salud sexual y salud reproductiva, y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, mediante el acceso a información y educación sexual integral y a servicios de aborto seguros y de calidad, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, así como el acceso a la educación y a servicios integrales de prevención y atención de todas las formas de violencia por razón de género

contra las mujeres, al agua potable, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente, al saneamiento, a la energía renovable, no contaminante y asequible, al transporte público, a la vivienda, a la protección social y al trabajo decente para las mujeres”.

Los Estados de la región han asumido estos y otros tantos compromisos y acuerdos para aumentar la representación de las mujeres en la toma de decisiones, lo que refleja el reconocimiento global a la importancia de incluir las perspectivas y experiencias de las mujeres en la formulación de políticas y la gestión de recursos. Un informe del Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres destaca la relevancia de estos compromisos y la necesidad de traducirlos en acciones concretas para avanzar hacia una mayor igualdad de género en el liderazgo en todas las áreas de toma de decisiones.¹²³

Este documento se enfoca en el Plan de Acción para la Salud y Resiliencia en las Américas adoptado por los Estados Miembro en la Novena Cumbre de las Américas como una oportunidad para contribuir desde la perspectiva de la participación y liderazgo de las mujeres en su implementación. Todos los instrumentos internacionales antes referidos definen lineamientos integrales que constituyen una guía para la transversalización de la perspectiva de género y diversidad en el Plan de Acción sobre Salud y Resiliencia en las Américas y la aplicación de este en las políticas públicas de los países, al considerar que la gobernanza sanitaria requiere de la participación y contribuciones de las mujeres para ser efectiva, resiliente, inclusiva y sostenible.

5.2. Recomendaciones para asegurar la participación de las mujeres en la implementación del Plan Interamericano de Acción sobre Salud y Resiliencia en las Américas

El **Plan de Acción sobre Salud y Resiliencia en las Américas** plantea diversas estrategias para fortalecer los sistemas de salud, en consideración de los desafíos socioculturales, económicos, ambientales y estructurales a los que se enfrenta la región, así como los compromisos globales asumidos por los Estados con respecto a la salud y la resiliencia.

123 Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres (2022). Op. cit.



Ejes del Plan de Acción sobre Salud y Resiliencia en las Américas 2022

Promover el acceso equitativo

- Cumplimiento de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible.
- Servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las personas y en las comunidades.
- Fortalecer la atención primaria de la salud para avanzar hacia la cobertura de la salud universal, incluido el acceso a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.

Invertir en sistemas de salud

- Aumentar la retención y disponibilidad de personal de salud bien formado y cualificado para crear futuros líderes en gobernanza sanitaria.
- Fortalecer los sistemas de vigilancia.
- Fortalecer la red de laboratorios nacionales y subnacionales de referencia.
- Desarrollar mecanismos nacionales presupuestarios sostenibles para fortalecer los sistemas de salud.

Fortalecer la preparación para emergencias

- Fortalecer la seguridad sanitaria regional y mundial y la preparación para emergencias de salud pública.
- Fortalecer las capacidades de las autoridades y la infraestructura de salud y los sistemas de vigilancia epidemiológica y monitoreo para prevenir, prepararse, detectar, y dar respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas y eventos de carácter epidémico y pandémico.

Abordar las enfermedades no transmisibles (ENT)

- Redoblar los esfuerzos para acelerar la consecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluida la meta 3.4. de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT.
- Aprovechar la tecnología de forma adecuada.
- Aprovechar las herramientas digitales y fortalecer la cooperación y el intercambio de mejores prácticas para el desarrollo, la distribución equitativa y la aplicación de esas tecnologías, incluido el uso de la inteligencia artificial y la robótica.

Si bien el texto del Plan de Acción incluye la igualdad de género y temas específicos sobre la salud de las mujeres, tales como la salud sexual y reproductiva en términos de acceso y no discriminación, dicha alusión es en términos de población beneficiaria y no incorpora compromisos ni objetivos relacionados con la participación de las mujeres desde su identidad política, como parte de la gobernanza en la gestión de la salud.

Para avanzar de manera efectiva desde la perspectiva de género e igualdad, la implementación de este Plan de Acción debería adoptar y adaptar las recomendaciones específicas de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés),¹²⁴ la Plataforma de Acción de Beijing,¹²⁵ la Agenda Regional de Género y en particular la Estrategia de Montevideo¹²⁶ y el Compromiso de Buenos Aires¹²⁷, la Declaración de Panamá¹²⁸ y el Convenio 190 de la OIT¹²⁹, entre otros acuerdos adoptados por los Estados Miembros, en áreas relacionadas con la promoción de la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones en el sector salud, la garantía de condiciones laborales no discriminatorias y justas para las mujeres, y la promoción de políticas y programas de salud que aborden las necesidades específicas de las mujeres.

Los Estados deben asumir estos compromisos internacionales con políticas efectivas que aborden los nudos estructurales de la desigualdad en salud, que consideren aspectos claves del desarrollo de la fuerza laboral en salud, como la reducción de las brechas y sesgos de género, y la insoslayable necesidad de lograr la paridad en los espacios de liderazgo como parte de la gobernanza en la gestión de la salud. Ello implica la generación de datos y evidencia para cuantificar y dimensionar las brechas de género, la difusión de esas desigualdades, el desarrollo de un marco normativo de protección de derechos, y estrategias claras de evaluación y rendición de cuentas. El monitoreo y la evaluación son componentes esenciales de las políticas para identificar si realmente se logran los

124 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

125 Plataforma de Acción de Beijing <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>

126 Estrategia de Montevideo: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41011-estrategia-montevideo-la-implementacion-la-agenda-regional-genero-marco>

127 Compromiso de Buenos Aires: <https://conferenciamujer.cepal.org/15/es/documentos/compromiso-buenos-aires>

128 Declaración de Panamá: <https://www.oas.org/es/cim/docs/DeclaracionPANAMA-ES.pdf>

129 Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190): https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190

resultados esperados y se identifican áreas o grupos específicos que puedan requerir estrategias adicionales o específicas.

En resumen, para que las políticas públicas sean efectivas, deben generar el cambio positivo esperado, lo cual contribuye de manera significativa a la mejora de la calidad de vida de la población y permite cumplir con los compromisos internacionales asumidos. Lograr esto requiere una combinación de planificación cuidadosa, implementación coherente, monitoreo continuo y capacidad de adaptación.

A continuación, se presenta una serie de recomendaciones de política pública que se ha nutrido de un proceso de consultas realizado mediante entrevistas con mujeres lideresas del sector salud: médicas, enfermeras, científicas, directivas de consejos profesionales, representantes de organizaciones sociales nacionales e internacionales dedicadas al trabajo en salud, así como autoridades de la salud pública.

1. Asegurar la participación igualitaria de las mujeres en la toma de decisiones del sector salud

En primer lugar, es necesario abordar la paridad de género en el ámbito de la salud para garantizar la representación equilibrada de las mujeres en todos los niveles del sistema de salud, en la formulación de políticas, y en el acceso a cargos directivos en todos los niveles, desde los centros de salud, hospitales, sindicatos y consejos profesionales del sector, hasta la conducción de ministerios y la participación en organismos internacionales y comités de crisis.

1.1 Marcos jurídicos y normativos para reducir la segregación vertical y mejorar las condiciones de trabajo en el sector salud:

- Normativas y mecanismos que garanticen la igualdad y no discriminación de las mujeres en el ámbito laboral, incluida la protección de las mujeres frente a la pérdida de su empleo como consecuencia del embarazo o la maternidad.
- Defender los derechos de las mujeres en el ámbito laboral mediante mecanismos de denuncia seguros, la implementación de protocolos de abordaje integrales y la atención inmediata en casos de violencia. Crear canales de denuncia confidenciales y accesibles, líneas directas de denuncia independientes y anónimas, gestionadas por terceros. Incluir asesoramiento legal y psicológico gratuito.
- Licencias por maternidad y paternidad iguales para hombres, mujeres y personas LGBTIQ+, junto con mecanismos de seguridad laboral.
- Diseñar espacios seguros para las madres en período de lactancia. Reconocer que las trabajadoras de la salud pueden necesitar apoyo para la lactancia, así como equipos de protección personal (EPP) que permitan gestionar la menstruación y la menopausia.

- Implementar modalidades de contratación con procesos de selección que no incluyan información de sexo, etnia y género, para evitar sesgos. Auditar los sistemas de contratación basados en inteligencia artificial para identificar y eliminar posibles sesgos de selección.
- Promover listas de preselección integradas exclusivamente por mujeres, sobre todo para puestos de liderazgo en salud que nunca hayan sido ocupados por una mujer. Y asegurar que las ternas para determinados puestos incluyan mujeres, y avance hacia sistemas de cuotas y/o paridad en dichos procesos.

1.2 Educación y formación:

- Incluir la perspectiva de género y diversidad en la formación de profesionales de la salud, tanto a nivel universitario como en las capacitaciones en servicio y la implementación de protocolos de atención, al considerar también las organizaciones sindicales y consejos profesionales del sector.
- Fortalecer la formación en enfermería y su reconocimiento profesional, así como impulsar el acceso de mujeres a áreas con predominio masculino y de hombres a sectores más feminizados.
- Generar programas de desarrollo profesional para el liderazgo en salud sin limitaciones de edad e idioma. Debe contemplarse que las mujeres acceden más tarde que los hombres a puestos de decisión, por lo que promover oferta de cursos con topes de edad o en un solo idioma también es una limitación. Es deseable contemplar la gratuidad, flexibilidad y accesibilidad de estos programas.
- Implementar medidas afirmativas para favorecer la incursión de las mujeres en carreras y especialidades médicas históricamente masculinas, y para que ocupen cargos de liderazgo en la investigación médica.
- Implementar programas de mentoría para lideresas en salud que generen espacios de aprendizaje, acompañamiento e intercambio entre mujeres con destacada trayectoria y liderazgo.

1.3 Generar conocimiento, compartir, comunicar, priorizar en agenda para revertir patrones culturales discriminatorios:

- Generar datos y evidencia de calidad respecto de la distribución de hombres, mujeres y personas LGBTIQ+ en las diferentes áreas del sector salud y en espacios de dirección o liderazgo.
- Promover e implementar programas de investigación y difundir datos y análisis sobre las brechas salariales en el sistema de salud y su impacto en la sociedad, con desagregación de datos con enfoque interseccional y metodologías que permitan la comparación entre países.

- Implementar mecanismos de difusión de información referida a las brechas de género en el sector de la salud y en espacios de liderazgo, para incidir en las agendas públicas y de medios de comunicación.
- Democratizar el acceso al conocimiento y a formación en liderazgo de las mujeres en el sector salud, y compartir experiencias de mujeres líderes que sirvan como inspiración a niñas y jóvenes.
- Generar información con evidencia sobre violencia y discriminación basada en género hacia las trabajadoras de la salud, y poner el foco en la implementación de protocolos de abordaje integral con monitoreo periódico.
- Generar investigaciones acerca de por qué persisten los sesgos y prejuicios de género y cómo comunicar eficazmente la necesidad de un liderazgo transformador en materia de género, para movilizar las alianzas con mayor eficacia.
- Integrar la salud mental en las políticas públicas, con especial atención a las mujeres líderes en el sector, que a menudo se enfrentan a retos únicos y complejos que impactan en su salud mental.

1.4 Sistemas integrales para enfrentar la injusta organización social del trabajo de cuidados:

- Implementar sistemas integrales de cuidado, con activa participación del Estado, la sociedad civil y el sector privado, que permitan a las mujeres evitar la sobrecarga en el trabajo de cuidados y contar con el tiempo necesario para su desarrollo personal, educativo y profesional.
- Profesionalizar el trabajo de cuidados mediante capacitación específica y formalizarlo a través del desarrollo de registros, escalas salariales y aportes previsionales.
- Implementar medidas para la flexibilidad laboral como el teletrabajo y centros de cuidado infantil, entre otras, que permitan conciliar la vida laboral y las tareas de cuidado del personal sanitario¹³⁰.

1.5 Trabajo en red:

- Estimular liderazgos de las mujeres en organizaciones sociales y en el sistema de salud, que incluyan el armado de redes de apoyo y la formalización de la participación ciudadana en espacios de decisión en materia de transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas y las agendas legislativas en materia de salud.
- Promover la participación efectiva y el liderazgo de las mujeres en las comisiones legislativas con competencias en materia de salud, para alentar su involucramiento

en los procesos de toma de decisiones, no solo aquellos vinculados con la función legislativa sino también con la revisión presupuestaria y el control político.

- Fomentar la participación de organizaciones de la sociedad civil que trabajen por la igualdad de género en el área de salud en el proceso de elaboración normativa. Velar por una mirada interseccional, intercultural y de derechos humanos en la implementación de mecanismos de participación ciudadana, a través de organizaciones de mujeres rurales, indígenas, afrodescendientes, con discapacidad, migrantes, entre otros grupos poblacionales históricamente vulnerados.
- Apoyar el fortalecimiento de las organizaciones sindicales y consejos profesionales del sector salud, con el establecimiento de medida afirmativas para asegurar la paridad en los cargos directivos y de liderazgo.
- Fortalecer las redes internacionales de mujeres lideresas del sector salud, que contemplen espacios de participación sin restricciones de edad, sistemas de apoyo para personas con discapacidad, e intérpretes para personas de diferentes países y comunidades indígenas.

2. Promover el acceso equitativo a la salud

- Promover y financiar estudios e investigaciones para explorar sesgos de género en políticas de salud e identificar lagunas y vacíos; por ejemplo, en cuestiones como la gestión de la menstruación, la menopausia y la lactancia, con vistas a la adopción de nuevas medidas.
- Valorizar la atención primaria de la salud y jerarquizar el trabajo de profesionales en el territorio y en el primer nivel de atención, con el fin de garantizar condiciones y derechos laborales, como la estabilidad y políticas de salarios adecuados. Aumentar la inversión en infraestructura y equipamiento de los centros de salud para garantizar mejores condiciones de trabajo.
- Impulsar la visión integrada en el sistema de salud, con estructuras de gobernanza participativa donde el equipo de trabajo tenga voto en la toma de decisiones.
- Facilitar la creación de redes de intercambio de buenas prácticas entre profesionales de salud para fomentar un enfoque colaborativo.
- Considerar el diseño universal en el marco de todas las políticas públicas de salud, en tanto el desarrollo de productos y entornos de fácil acceso para el mayor número de personas posible, facilita el ejercicio de los derechos y autonomía de las personas con discapacidad, como usuarias de los servicios de salud y también como parte de la fuerza laboral de los sistemas de salud.
- Integrar a referentes comunitarias de la medicina tradicional a los procesos de atención, con el objetivo de respetar las costumbres y las creencias de la población. Por ejemplo, trabajar en conjunto con comadronas para prevenir la mortalidad materna.

3. Invertir en sistemas de salud

- Elaborar presupuestos de salud con enfoque de género¹³¹ como herramientas de gestión que visibilicen las partidas presupuestarias destinadas a reducir las desigualdades que afectan a mujeres, niñas y adolescentes en toda su diversidad. En este caso, no se trata solo de etiquetar o clasificar las partidas, sino incorporar la perspectiva de género y diversidad en todo el proceso presupuestario, desde la formulación hasta la ejecución, el monitoreo y la evaluación.
- Diseñar presupuestos sensibles a la accesibilidad, que contemplen los apoyos requeridos por las personas con discapacidad, como por ejemplo asistencias para desplazamientos, infraestructuras, intérpretes, tecnologías requeridas para capacitación, entre otros.
- Fortalecer el financiamiento e infraestructura sanitaria, con el fin de incluir condiciones de trabajo que aseguren servicios a la ciudadanía, así como seguridad a quienes desempeñan sus tareas.

4. Asegurar la participación de las mujeres en la preparación para emergencias y sistemas de salud resilientes

- Implementar mecanismos de priorización de agendas regionales y de gobiernos sobre la transversalización de la perspectiva de género en el sector salud y el rol de las mujeres en los comités de crisis, a través de diálogos y consultas con las organizaciones sociales de mujeres y feministas.
- Establecer mecanismos claros para la preparación de los sistemas de salud ante eventos sanitarios y emergencias, con asignación de recursos, formulación de políticas y la implementación de programas que garanticen la participación de las mujeres en puestos de decisión y liderazgo, y que contemplen las necesidades específicas de mujeres, niñas y adolescentes en toda su diversidad.
- Implementar mecanismos de cuotas o paridad de género en los comités de crisis y grupos de trabajo especializados en salud.
- Desarrollar políticas de prevención y erradicación del *continuum* de violencia que padecen las mujeres en la vida pública y política¹³².
- Implementar programas de formación y capacitación con perspectiva de género y salud en contextos de emergencia para identificar y abordar de manera efectiva las necesidades específicas de las mujeres, como la atención a la salud reproductiva, la

131 Presupuesto y Género en América Latina y el Caribe: <https://presupuestoygenero.net/>

132 Cynthia Cockburn (2004) se refiere al *continuum* de la violencia como una dinámica donde la agresión, particularmente contra las mujeres, es continua y no distingue el tiempo ni el espacio, por lo que se produce en la esfera privada y se reproduce en el espacio público.

prevención de la violencia de género, la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud y las condiciones de los insumos necesarios para abordar las emergencias como los equipos de protección personal.

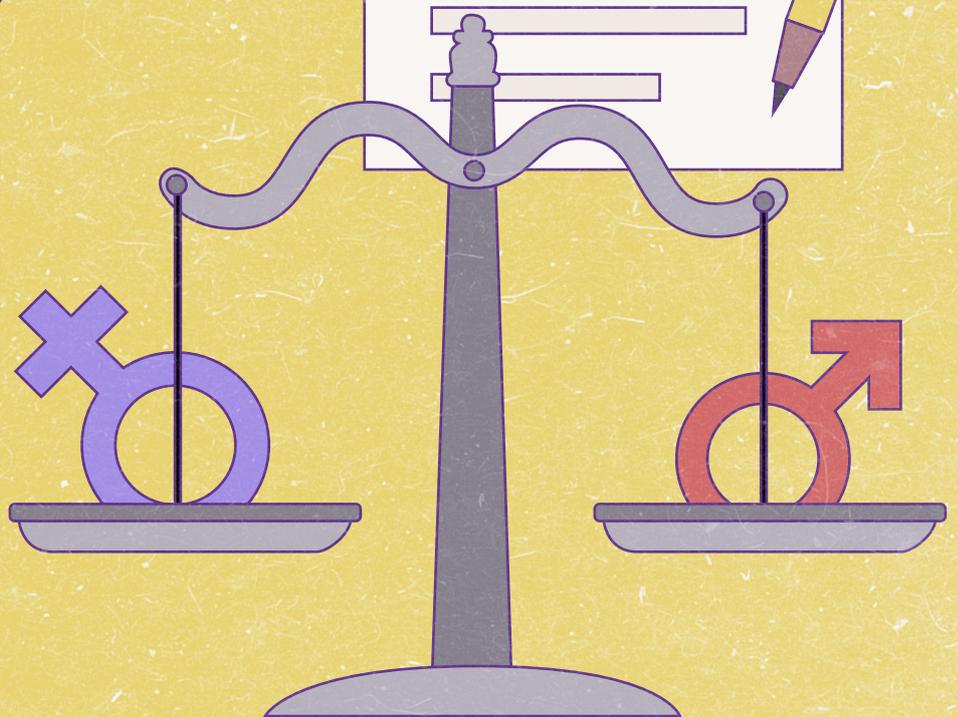
5. Abordar las enfermedades no transmisibles (ENT)

- Implementar programas de estímulos y becas para aumentar la participación de las mujeres en investigaciones sanitarias en las áreas de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas, para reducir las brechas de acceso a diagnóstico y tratamiento de ENT debidas a los sesgos androcéntricos en el estudio y el abordaje de estas enfermedades.
- Transversalizar la perspectiva de género y diversidad en el diseño e implementación de registros sanitarios y estadísticas que permitan generar evidencia acerca de la situación de salud de mujeres con enfoque interseccional frente a las ENT.
- Elaborar protocolos de atención de ENT con perspectiva de género y diversidad que, además de la participación de mujeres del ámbito de la medicina, contemplen liderazgos comunitarios y la participación de las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con la promoción y educación para la salud.

6. Aprovechar la tecnología de forma adecuada

- Crear listas y bases de datos de código abierto con información pública adecuada a estándares de seguridad y protección de datos personales, de estadísticas a nivel nacional sobre brechas laborales y salariales, y acceso a puestos directivos, para fortalecer la toma de decisiones.
- Desarrollar plataformas online para que diversas mujeres del ámbito de la salud, especialmente de países de renta baja y media pertenecientes a grupos históricamente marginados, participen en eventos y procesos sanitarios mundiales.
- Recopilar y publicar datos desglosados por sexo/género sobre el liderazgo sanitario en todos los niveles.
- Generar conocimiento acerca de la inteligencia artificial y sus aplicaciones en la salud para identificar y eliminar sesgos de género en el diseño y aplicación de estas herramientas.

6. Conclusiones



Es necesario incentivar políticas transformadoras para enfrentar los nudos estructurales de la desigualdad de género, en lugar de intentar adaptar a las mujeres a sistemas culturalmente desiguales o proponer iniciativas meramente formales que en realidad no generan cambios significativos.

En favor de lograr un cambio en el *statu quo*, es fundamental que todos los líderes y las lideresas de la salud promuevan de manera urgente políticas transformadoras de género, que sirvan de base para la construcción de sistemas sanitarios fuertes, resilientes y eficaces. Las sociedades no pueden esperar 130 años para alcanzar la paridad, es necesario actuar ya.

Si bien la voluntad política es crucial para promover la formalización de las mujeres en puestos de liderazgo y en transversalizar las políticas de género, no es suficiente para asegurar la institucionalización y sostenibilidad. Los esfuerzos deben formalizarse mediante instrumentos concretos, normativas, inversiones y presupuestos focalizados; deben incluir estrategias que, en sus diseños, aborden las desigualdades que las mujeres enfrentan en la burocracia estatal y en las culturas organizacionales del sistema científico, tecnológico, académico y sanitario.

“Tanto el Plan de Acción sobre Salud y Resiliencia en las Américas, como toda política que busque alcanzar sistemas de salud eficientes que den respuestas a los nuevos desafíos sanitarios, requieren del conocimiento y la experiencia de las mujeres y diversidades que constituyen su principal fuerza laboral”.

La investigación y recolección de datos estandarizados y desglosados por sexo/género proporcionan una base empírica para mejorar los datos sobre sesgos y barreras, lo que facilita una mejor comprensión de las problemáticas. Esto permite diseñar políticas más efectivas basadas en la evidencia y posicionar estos temas en agenda con mensajes poderosos para romper con estereotipos y modelos de liderazgo que parten de un sistema androcéntrico heteropatriarcal. Además, las estrategias para transformar estas realidades deben incluir perspectivas futuras, como el cambio climático, la profundización de las enfermedades crónicas no transmisibles y los cambios en las pirámides poblacionales (con una disminución de la natalidad y un aumento de años de vida de las personas), para evitar desigualdades mayores.

En este sentido, la oportunidad de una mayor representación de mujeres en roles de liderazgo tiene un impacto positivo en la formulación de políticas inclusivas y equitativas, para cambiar de manera radical la realidad actual. Tanto el Plan de Acción sobre Salud y Resiliencia en las Américas, como toda política que busque alcanzar sistemas de salud eficientes que den respuestas a los nuevos desafíos sanitarios, requieren del conocimiento y la experiencia de las mujeres y diversidades que constituyen su principal fuerza laboral.

7. Bibliografía

Alderete, Navarro-Meza, Galván-Salcedo et.al. (2019). Características sociodemográficas y acoso sexual laboral en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*. Año 6, Número 1.

Alzheimer's Disease International and Karolinska Institutet (2018). Global estimates of informal care. <https://www.alzint.org/u/global-estimates-of-informal-care.pdf>

Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (2021). Motherhood and flexible jobs: Evidence from Latin American countries. Paper 2021/01. <https://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1698/Motherhood%20and%20flexible%20jobs-Evidence%20from%20Latin%20American%20countries.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Becerra B., Becerra D., Quintanilla F. (2021). Tensión laboral y salud mental del personal sanitario en el contexto de la pandemia de Coronavirus en el Perú. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 37(Sup): E1481. <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1481/396>

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2022). Mujeres líderes en el sector público de América Latina y el Caribe: brechas y oportunidades. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Mujeres-lideres-en-el-sector-publico-de-America-Latina-y-el-Caribe-brechas-y-oportunidades.pdf>

BID (2023). Rumbo al futuro del personal de salud: tendencias y desafíos para el próximo tiempo. <https://publications.iadb.org/es/rumbo-al-futuro-del-personal-de-salud-tendencias-y-desafios-para-el-proximo-tiempo>

Boniol, M., Mclsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K. et al. (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/311314>

Brosio, Díaz Langou y Rapetti (2018). The economic case for reducing gender gaps in the labour market, in *Policy in focus*. <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2018/03/The-economic-case-for-reducing-gender-gaps-in-the-labour-market.pdf>

Campos-Vazquez, R. M., Rivas-Herrera, C., Alcaraz, E., & Martinez, L. A. (2021). The effect of maternity on employment and wages in Mexico. *Applied Economics Letters*, 29(21), 1975–1979. <https://doi.org/10.1080/13504851.2021.1967272>

CEPAL, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe [en línea]. Proporción del tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, desglosado por sexo: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/proporcion-tiempo-dedicado-al-trabajo-domestico-cuidado-no-remunerado-desglosado-sexo-0>

CEPAL (2017). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Agenda Regional de Género: sinergias para la igualdad en América Latina. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41016-la-agenda-2030-la-agenda-regional-genero-sinergias-la-igualdad-america-latina>

CEPAL (2017). Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41011-estrategia-montevideo-la-implementacion-la-agenda-regional-genero-marco>

CEPAL (2020). América Latina y el Caribe: A 25 años de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing. https://oig.cepal.org/sites/default/files/nota_beijing_25_esp.pdf

CEPAL (2022). La sociedad del cuidado. Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género. (LC/CRM.15/3), Santiago. https://oig.cepal.org/sites/default/files/s2200704_es.pdf

CEPAL (2023). Decenio Internacional para los Afrodescendientes: Breve examen en el marco de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/d7706890-2365-4c3f-8b30-2aba800f7091/content>

CEPAL (2023). 45 años de Agenda Regional de Género (LC/MDM-E.2022/4/Rev.1). <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/454a5545-2f3d-4154-8219-f51bea97dedf/content>

CEPAL, ONU Mujeres (2024). La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Agenda Regional de Género en América Latina y el Caribe: indicadores de género a 2023. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2024-03/informe_final_publicado_espanol_ods_indicadores_de_genero.pdf

CIM/OEA, Euro Social (2022). Ley Modelo Interamericana de Cuidados. <https://www.oas.org/es/cim/docs/LeyModeloCuidados-ES.pdf>

Cockburn, C. (2004). The continuum of violence: a gender perspective on war and peace. Hyndman, J. y Giles, W., edit. Sites of Violence: Gender and Conflict Zones, pp. 24-44. University of California Press, Berkeley.

Confederación Sindical Internacional (2008). Combatir el acoso sexual en el trabajo. https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/Harcelement_ESP_12pgs_BR.pdf

Corvalán, J.G. (2023). Propuestas de regulación y recomendaciones de inteligencia artificial en el mundo. Universidad de Buenos Aires.

Coscieme L., Fioramonti L., Mortensen L., Pickett K., Kubiszewski, H., Mcglade J., Ragnarsdóttir, K., Roberts, D., et. al. (2020) Women in power: Female leadership and public health outcomes during the COVID-19 pandemic. <https://doi.org/10.1101/2020.07.13.20152397>

Dangelo, C., Fa C., Hueller, M., López, A., Otto, M. (2020). La atención perinatal en pandemia por COVID-19: visibilizando la violencia obstétrica en Argentina. Vol. 5 Núm. 2 (2020): IV Congreso Internacional de Psicología “Ciencia y Profesión: Desafíos para la construcción de una psicología regional”.

De las Salas R., Díaz-Agudelo D., Serrano-Meriño D., Ortega-Pérez S., Tuesca-Molina R., Gutiérrez-López C. (2021). Síndrome de burnout en el personal de enfermería en hospitales del departamento del Atlántico. Rev. Salud Pública. 23(6): 1-8, 2021. <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n6.97141>

Fitzgerald J., Schutt-Aine J., Houghton N., De Bortoli Cassani S., Bascolo E., Alarcón G., et al. (2023) La importancia del enfoque de género en la construcción de sistemas de salud resilientes, equitativos y universales. Revista Panameña de Salud Pública. 2023;47:e135. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.135>

Flores Anarte, L. (2023). Sesgos de género en la inteligencia artificial: el Estado de derecho frente a la discriminación algorítmica por razón de sexo. <https://www.upo.es/revistas/index.php/ripp/article/view/8778/8300>

Güezmes García A. y Vaeza M. N. (coords.) (2023). Avances en materia de normativa del cuidado en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad del cuidado con igualdad de género. Documentos de Proyectos (LC/TS.2022/175/Rev.1), Santiago, CEPAL y ONU Mujeres. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-03/S2201160_es.pdf

Liu J., Gan Y., Jiang H., et al (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occupational and Environmental Medicine; 76:927-937.

Lupano Perugini, M. y Castro Solano A. (2011). Teorías implícitas del liderazgo masculino y femenino según ámbito de desempeño. En *Prensa Médica Latinoamericana, Ciencias Psicológicas V (2)*: 139 – 150.

McKinsey & Company (2022). Unlocking opportunities in women's healthcare. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/unlocking-opportunities-in-womens-healthcare>

Muñoz S.F. (2018). Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital San José de Santiago: Prevalencia y factores asociados. Universidad Católica de Chile http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100006

Naciones Unidas y RCP LAC (2024). Perfil Regional de Igualdad de Género para América Latina y el Caribe. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2024-03/es-perfilregionaligualdadgenero-alc_07marzo24_2.pdf

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2018). Conferencia Internacional del Trabajo, 107.ª reunión, 2018. Informe V: Acabar con la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_554100.pdf

OIT (2019). Más allá del techo de cristal: Por qué las empresas necesitan a las mujeres en puestos directivos. <https://webapps.ilo.org/infostories/es-ES/Stories/Employment/beyond-the-glass-ceiling#introduction>

OIT, PNUD (2019). La segregación horizontal de género en los mercados laborales de ocho países de América Latina: implicancias para las desigualdades de género. Oficina Regional para América Latina y el Caribe Organización Internacional del Trabajo, Perú y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. https://americalatinagenera.org/wp-content/uploads/2019/08/INFORME_OIT_SEGREGACION.pdf

OIT (2022). Panorama laboral 2022 de América Latina y el Caribe. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/documents/publication/wcms_867497.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: (Human Resources for Health Observer Series No. 24). <https://iris.who.int/handle/10665/311322>

OMS (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Working paper 1. WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1 <https://www.who.int/publications/i/item/gender-equity-in-the-health-workforce-analysis-of-104-countries>

OMS (2021). Closing the leadership gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce gap. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905>

OMS (2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

OMS, OIT (2022). La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_863706.pdf

ONU Mujeres (2015). El progreso de las mujeres: Transformar las economías para realizar los derechos. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2015/POWW-2015-2016-es.pdf>

ONU Mujeres (2020). Las mujeres en ciencias, tecnología, ingeniería y matemáticas en América Latina y el Caribe. <https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/09/Mujeres%20en%20STEM%20ONU%20Mujeres%20Unesco%20SP32922.pdf>

ONU Mujeres (2020). COVID-19 y liderazgo de las mujeres: para responder con eficacia y reconstruir mejor. Documento de políticas No. 18. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Policy-brief-COVID-19-and-womens-leadership-es.pdf>

ONU Mujeres (2022). Financiamiento de los sistemas integrales de cuidados. Propuestas para América Latina y el Caribe. <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2022/10/financiamiento-de-los-sistemas-integrales-de-cuidados-propuestas-para-america-latina-y-el-caribe>

ONU Mujeres. Hechos y cifras: Liderazgo y participación política de las mujeres: En https://www.unwomen.org/es/what-we-do/leadership-and-political-participation/facts-and-figures#_edn1 (consultado el 30 de junio de 2024).

ONU Mujeres, CEPAL (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/05eed66-0921-4144-964b-2da7b24deb90>

ONU Mujeres, CEPAL (2021). Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2021/11/HaciaConstruccionSistemaCuidados_15Nov21-v04.pdf

ONU Mujeres, PNUD (2022). Respuestas de los gobiernos al COVID-19: Lecciones para la igualdad de género en un mundo en crisis. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-10/Government-responses-to-COVID-19-Lessons-on-gender-equality-for-a-world-in-turmoil-Executive-summary-es.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021). Mujeres líderes en y por la salud. Acelerar el logro de la igualdad de género en el contexto de la COVID-19. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54293>

OPS (2022). The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. https://www.google.com/url?q=https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCovid-19220001_spa.pdf?sequence%3D1%26isAllowed%3Dy&sa=D&source=docs&ust=1714659618161049&usg=AOvVaw37q9eUXj2mXd8NQTtHdPL4

Palma A., Ansoleaga E., Ahumada M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. A. Palma et al. Rev Med Chile 2018; 146: 213-222. <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/6009/3772>

PARLAMERICAS (s.f.) Interseccionalidad. https://parlamericas.org/uploads/documents/Intersectionality_es.pdf

PNUD (2020). Tackling Social Norms: A game changer for gender inequalities. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdperspectivesgsni.pdf>

PNUD (2023). Breaking down gender biases: Shifting social norms towards gender equality. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdp-document/gsni202303.pdf>

Querejeta Rabosto M. (2020). Impacto de la maternidad sobre el ingreso laboral en el Uruguay. Serie Estudios y Perspectivas. Oficina de la CEPAL en Montevideo, N° 47 (LC/TS.2020/35; LC/MVD/TS.2020/2), Santiago, CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/89def0ad-1055-4763-8eca-e3bba55b84f6/content>

Rendón Montoya, M.; Peralta Peña, S.; Hernández Villa, E.; Hernández, R.; Vargas, M., y Favela Ocaño, M. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479-506. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>

Restrepo J.E., Castañeda-Quirama T., Gómez-Botero M., Molina-González D. (2023). Salud mental de cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo durante la pandemia. *Neurología Argentina*. 2023, 15(1): 28–36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9868982/>

Sandeep Ravindran (2022). The quest to show that biological sex matters in the immune system. *MIT Technology Review*: https://www.technologyreview.com/2022/08/15/1056908/biological-sex-immune-system/?utm_campaign=site_visitor.unpaid.engagement&utm_medium=tr_social&utm_source=Twitter

Saboia Sturbelle (2019). Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900088>

Tasa-Vinyals E., Mora Giral M., Raich R.M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos Med. Psicosom* N° 113 p. 14-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>

Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres (2020). 25 historias de mujeres liderando la respuesta frente al COVID-19. https://www.oas.org/es/taskforcewomenleadership/docs/25_mujeres_lideres.pdf

Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres (2022). Un llamado a la acción para impulsar el liderazgo de las mujeres y la democracia paritaria en las Américas (LC/TS.2022/89), Washington, D.C. <https://www.oas.org/es/taskforcewomenleadership/docs/llamadoalaaccion.pdf> Toloza-Aravena, P., Martínez-Hidalgo, C., Fernández-Cantillana, C., Ceballos-Soto, F., & González-Burboa, A. (2023). Violencia obstétrica en contexto de pandemia por COVID-19: Una revisión de la literatura. *Horizonte de Enfermería*, 34(3), 676–688. <https://rhd.uc.cl/index.php/RHE/article/view/62451/55521>

United Nations Population Fund (UNFPA) y Women Enabled International (2021). El impacto de COVID-19 en las mujeres y niñas con discapacidad. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20Global%20Assessment%20Spanish.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2019). Descifrar el código: La educación de las niñas y las mujeres en ciencias, tecnología, ingeniería y matemáticas (STEM). <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366649>

UNESCO (2019). I'd Blush If I Could: closing gender divides in digital skills through education. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000367416>

UNESCO (2023). Gender imbalances remain in digital skills and STEM careers. <https://uis.unesco.org/en/blog/gender-imbalances-remain-digital-skills-stm-careers>

Unión Interparlamentaria, ONU Mujeres (2023). Mujeres en la política: 2023. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-05/Women-in-politics-2023-es.pdf>

Unión interparlamentaria (2024). Global data on national parliaments. https://data.ipu.org/women-averages/?date_year=2024&date_month=04

Unión interparlamentaria (2008). Igualdad en la Política: Un Estudio sobre Mujeres y Hombres en los Parlamentos. Ginebra, Suiza.

Urzúa A.; Samaniego A.; Caqueo-Urizar A.; Zapata A.; e Irarrázaval M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. Revista Médica de Chile 148(8):1121-1127. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000801121&lng=es.

Vaca Trigo, I. (2019). Oportunidades y desafíos para la autonomía de las mujeres en el futuro escenario del trabajo. Serie Asuntos de Género N° 154 (LC/TS.2019/3). Santiago, CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/edc6e8c4-d873-4ad7-a069-1a4a260ca8c1/content>

Van Daalen KR, Chowdhury M, Dada S, et al. (2022). Does global health governance walk the talk? Gender representation in World Health Assemblies, 1948–2021. *BMJ Global Health* 2022; 7:e009312. <https://gh.bmj.com/content/7/8/e009312?rss=1>

Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848.

Women in Global Health (2022). #HealthToo. Acabar con la explotación, el abuso y el acoso sexual de las trabajadoras sanitarias. https://womeningh.org/wp-content/uploads/2023/02/WGH-Report_Policy-Report-Spanish-Design.pdf

Women in Global Health (2023). La situación de la mujer y el liderazgo en la sanidad mundial. <https://womeningh.org/wp-content/uploads/2023/04/LA-SITUACION-DE-LA-MUJER-Y-EL-LIDERAZGO-EN-LA-SANIDAD-MUNDIAL.pdf>

Women in Global Health (2023). Gender-Responsive Pandemic Preparedness, Prevention, Recovery, and Response [Internet]. Women in Global Health (WGH). 2023. <https://womeningh.org/gender-responsive-pandemicpreparedness/>

Women in Global Health (2023). The great resignation: Why women health workers are leaving. <https://womeningh.org/great-resignation/>

World Economic Forum (2023). Global Gender Gap Report, 2023. <https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2023/in-full/>

World Economic Forum, McKinsey Health Institute (2024). Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies. <https://www.weforum.org/publications/closing-the-women-s-health-gap-a-1-trillion-opportunity-to-improve-lives-and-economies/>

task**FORCE**
INTERAMERICANO
Sobre el Liderazgo de las Mujeres