

# La equidad de género en el personal de salud: una revisión sistemática de la literatura

## Gender equity in healthcare workers: a systematic literature review

Claudia Patricia Cote-Peña<sup>1</sup> ; Alexandra Cortés-Aguilar<sup>1\*</sup> ; Greissly Cárdenas<sup>1</sup> 

\*alexacor@uis.edu.co

**Forma de citar:** Cote Peña CP, Cortés Aguilar A, Cárdenas G. La equidad de género en el personal de salud: una revisión sistemática de la literatura. Salud UIS. 2024; 56: e24025. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24025> 

### Resumen

**Introducción:** el sector salud representa una de las actividades económicas más feminizadas, no obstante, se presentan amplias brechas de género entre los trabajadores y trabajadoras del sector. **Objetivo:** este trabajo busca caracterizar e identificar los obstáculos presentes en el sector de la salud en términos de equidad de género. **Metodología:** para ello, se realizó una revisión sistemática de literatura en donde se recopiló 52 estudios empleando diferentes repositorios y bases de datos bibliográficas. **Resultados:** los resultados exhiben que, si bien las mujeres representan la mayor parte del personal sanitario en el mundo, enfrentan obstáculos para alcanzar puestos de liderazgo, igualdad en la remuneración, recibir reconocimiento y apoyo, acceder a ciertas especialidades, entre otros desafíos para participar en el sector en condiciones de igualdad. **Conclusiones:** la sola participación de las mujeres en el mercado laboral no es suficiente para lograr la igualdad. Es necesario contar con respaldo institucional, transformar la cultura dentro de las organizaciones y destacar la importancia de la perspectiva de género en todos los ámbitos, proponiendo medidas concretas para abordar las disparidades existentes.

**Palabras clave:** Perspectiva de género; Mujeres; Fuerza laboral en salud; Condiciones de trabajo; Liderazgo; Salarios y beneficios.

### Abstract

**Introduction:** The healthcare sector represents one of the most feminized economic activities, however, there are wide gender gaps between workers in the sector. **Objective:** This paper seeks to characterize and identify the obstacles present in the health sector to achieve gender equality. **Methods:** For this, a systematic review of literature was carried out in which 52 studies were compiled using different repositories and bibliographic databases. **Results:** Results show that, although women represent most health personnel in the world, they present obstacles to reaching leadership positions, equal remuneration, receiving recognition and support, accessing certain specialties, among other aspects. **Discussion:** Women's participation in the labor market alone is not enough to achieve equality. It is necessary to have institutional support, transform the culture within organizations and highlight the importance of the gender perspective in all areas, proposing concrete measures to address existing disparities.

**Keywords:** Gender perspective; Women; Health workforce; Working conditions; Leadership; Salaries and fringe Benefits.

<sup>1</sup> Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

## Introducción

Los sistemas de salud son parte esencial de la transformación positiva de las comunidades y sociedades<sup>2</sup>, en este sentido, la participación del personal es fundamental para avanzar hacia su excelencia<sup>2</sup>. Un elemento que distingue al sector de la salud es la elevada participación de mujeres, pero a su vez ostenta una marcada segregación y una amplia brecha salarial, que limita el desarrollo profesional y el acceso a oportunidades en igualdad de condiciones<sup>1</sup>.

Sin embargo, cada vez se reconoce más la importancia de la plena participación de las mujeres como proveedoras de la atención médica para alcanzar mayores índices de bienestar social<sup>3-7</sup>. En esta medida, los países y organizaciones han juntado esfuerzos para erradicar la desigualdad de género. Ejemplo de ello es la Declaración de Beijing en 1995, que busca promover la igualdad y el desarrollo para todas las mujeres del mundo, lo cual es de interés de toda la humanidad. Asimismo, en el 2007 en la X Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, se resaltó la importancia de la paridad de género en los procesos de toma de decisiones, y se destacó la división sexual del trabajo doméstico como estructurante para el mantenimiento de la desigualdad entre los géneros. Más recientemente, en el 2015, se planteó entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible procurar lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres (objetivo 5), así como promover el empleo y el trabajo decente (objetivo 8). De acuerdo con la ONU, alcanzar la igualdad de género no es solo un derecho primordial, sino que es uno de los elementos claves para alcanzar un mundo pacífico, próspero y sostenible<sup>8</sup>.

La presente revisión bibliográfica busca explorar cuáles son los obstáculos a la igualdad de género en los recursos humanos del sector de la salud, con el objetivo de mejorar la comprensión de los diferentes aspectos que afectan a las mujeres en el mercado laboral de este sector en el mundo. Para ello, se detallarán los estudios desde cinco categorías de análisis que permiten analizar la igualdad de género en el trabajo a partir de diferentes dimensiones.

## Metodología

La metodología empleada consistió en una revisión sistémica de literatura sobre la igualdad de género de los recursos humanos del sector de la salud. De acuerdo con Carrizo y Moller<sup>9</sup>, las revisiones sistemáticas de literatura tienen por objeto identificar, evaluar e

interpretar los resultados de los estudios disponibles en relación con una pregunta de investigación específica.

Esta revisión se centra en analizar y comparar los resultados de los estudios identificados, relacionados con preguntas acerca del enfoque de género en el personal del sector de la salud. En este sentido no se realiza una evaluación crítica de los estudios examinados, sino que se detallan las evidencias disponibles de manera imparcial. La metodología empleada es la estructura PRISMA y para ello se emplearon bases de datos, ecuaciones de búsqueda, criterios de inclusión y exclusión, y análisis de la información.

## Fuentes de la información

Para la revisión sistemática se emplearon palabras claves con operadores booleanos o lógicos, los cuales permitieron realizar filtros haciendo exploraciones delimitadas y precisas orientadas a hallar la información de forma efectiva y eficaz. Las palabras clave fueron: “gender equality” AND “health workers” y “gender equality” AND “health human resources”. La búsqueda sistemática de literatura se centró en las bases de datos de Scopus, Springer Nature, Web of Science y ScienceDirect. Además, con el fin de complementar los resultados encontrados en los artículos, se recopiló literatura gris e informes emitidos por reconocidas organizaciones en relación con el eje central de investigación como Global Health, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. La búsqueda de la información en las bases de datos se realizó entre marzo y junio de 2023.

## Selección de fuentes

Entre los criterios de inclusión y exclusión empleados para la selección de los artículos se tuvo en cuenta que los documentos reflejaran en el título, resumen y palabras clave la perspectiva de género e información desagregada por sexo. Además, el enfoque de la investigación debía concentrarse en la igualdad de género del personal del sector de la salud, dado que al realizar la búsqueda se identificó que existe una amplia variedad de bibliografía que se concentra en estudios sobre la igualdad en el acceso a la salud, en condiciones de la población usuaria, y sobre casos de enfermedades o aspectos que se encuentran por fuera de nuestra pregunta de investigación. De este modo, los documentos que tenían como principal objetivo de investigación el acceso de la población a la salud o el tratamiento de enfermedades, fueron descartados. El periodo de selección de las fuentes de información se limitó a publicaciones entre los años 2003 y 2023.

### Extracción y análisis de datos

Después de revisar los textos de todas las fuentes seleccionadas, se analizó la información sobre autor/es y año, título, fuente, país, objetivo, fuente de los datos o tipo de estudio, hallazgos claves y conclusiones.

Una vez tabulada la información se identificaron categorías de acuerdo con los principales hallazgos de los estudios. En total se crearon 5 categorías: (1) Composición de género en la fuerza laboral en el sector de la salud, (2) Procesos de selección, vinculación y permanencia, (3) Liderazgo, (4) Remuneración y (5) Condiciones laborales y desarrollo profesional.

### Resultados

De acuerdo con la metodología de investigación, la búsqueda inicial arrojó un resultado de 675 registros en

bases de datos y 7 documentos de búsqueda manual, de los cuales se obtuvieron 643 registros después de eliminar los duplicados. Al realizar una revisión por título y resumen, se eligieron 82 documentos, no obstante, después de leer todo el documento, se escogieron 52 referencias, 45 (86,5%) son artículos de investigación y 7 (13,5 %) informes de organizaciones. **Figura 1.**

El 48 % de los estudios fueron publicados entre el periodo 2020-2023, el 38 % entre 2017–2019, y el 13 % entre el 2003-2017. Los años con mayor frecuencia de publicaciones son 2019 y 2022 con 9 publicaciones en cada año. Los países de los cuales se presenta una mayor frecuencia de estudios son de las regiones de Norte América, Asia y África. Los resultados de la revisión de literatura se exponen a continuación de conformidad con las categorías identificadas en la metodología.

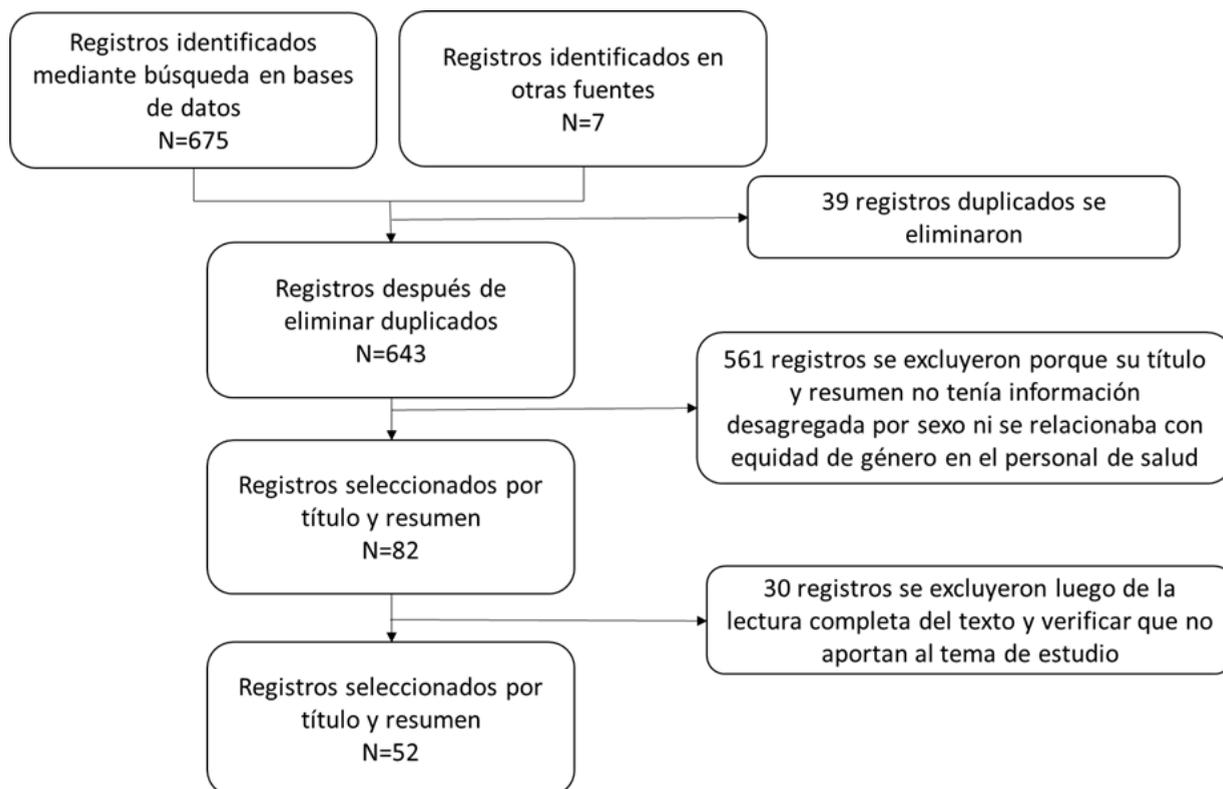


Figura 1. Flujograma de selección de artículos.

**Tabla 1.** Características de las fuentes bibliográficas evaluadas.

Categoría	Autores	Año	Muestra/País/Región
Composición de género en la fuerza laboral en el sector de la salud	OMS y OIT <sup>1</sup>	2022	54 países de todas las regiones del mundo
	Shannon et al. <sup>5</sup>	2019	Datos mundiales
	Florián et al. <sup>10</sup>	2022	Colombia
	Acosta et al. <sup>11</sup>	2022	Colombia
	Gupta et al. <sup>12</sup>	2003	Austria, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Países Bajos, Noruega, España, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos, Eslovaquia, Federación de Rusia, Hungría, Polonia y República Checa
	Shannon et al. <sup>13</sup>	2019	25 países de todas las regiones del mundo
	Cohen y Kiran <sup>14</sup>	2020	Canadá
	Widdifield et al. <sup>15</sup>	2021	Canadá
	Tiwari et al. <sup>16</sup>	2021	Sudáfrica
	Kuhlmann et al. <sup>17</sup>	2017	4 universidades en Alemania, Suecia, Austria y Reino Unido
	Mohsin y Syed <sup>18</sup>	2020	Pakistán
Procesos de selección, vinculación y permanencia	García-Roa y Tapias-Torrado <sup>3</sup>	2013	Colombia
	Aspiazu <sup>19</sup>	2017	Argentina
	Arrizabalaga et al. <sup>20</sup>	2015	España
	Cáceres et al. <sup>21</sup>	2019	Colombia
	Bogler et al. <sup>22</sup>	2019	Canadá
	Morcillo-Martínez J et al. <sup>23</sup>	2023	España
	Reimann y Alfermann <sup>24</sup>	2018	Alemania
	Harding T. <sup>25</sup>	2009	Nueva Zelanda
	Keynejad et al. <sup>26</sup>	2018	Somalilandia y Londres
	Szabo et al. <sup>27</sup>	2020	Nepal y Finlandia
	Bourgeault et al. <sup>28</sup>	2021	Sudáfrica, India y Filipinas
Liderazgo	Ayaz et al. <sup>2</sup>	2021	No aplica
	Dhatt et al. <sup>4</sup>	2017	Camboya, Kenia y Zimbabue
	Global Health <sup>6</sup>	2018	140 organizaciones globales activas en salud y políticas sanitarias
	Zeinali et al. <sup>29</sup>	2019	No aplica
	Kalbarczyk et al. <sup>30</sup>	2021	Afganistán, Bangladesh, la República Democrática del Congo, Etiopía, India, Indonesia y Nigeria.
	Bhat et al. <sup>31</sup>	2022	Datos mundiales
	Global Health <sup>32</sup>	2019	198 organizaciones globales activas en salud y políticas sanitarias
	Global Health <sup>33</sup>	2022	90 organizaciones globales activas en salud y políticas sanitarias
	Tomizawa <sup>34</sup>	2013	Japón
	Sarmiento et al. <sup>35</sup>	2021	Ecuador
	Bukhari et al. <sup>36</sup>	2020	No aplica
	Spyres et al. <sup>37</sup>	2019	Estados Unidos
	Sethi et al. <sup>38</sup>	2022	Estados Unidos
	Meagher et al. <sup>39</sup>	2023	África subsahariana, Oriente Medio y Norte de África (MENA) y América Latina.
	Mukhtar et al. <sup>40</sup>	2022	Etiopía

Categoría	Autores	Año	Muestra/País/Región
Remuneración 5 estudios	Gupta et al. <sup>41</sup>	2023	Canadá
	Maini et al. <sup>42</sup>	2017	República Democrática del Congo
	Gupta et al. <sup>43</sup>	2022	Canadá
	Ved et al. <sup>44</sup>	2019	India
	Miao et al. <sup>45</sup>	2017	China
Condiciones laborales y desarrollo profesional 10 estudios	Global Health <sup>7</sup>	2020	200 organizaciones globales activas en salud y políticas sanitarias
	Caballero et al. <sup>46</sup>	2017	Colombia
	Ozbilgin et al. <sup>47</sup>	2011	Reino Unido
	Morgan et al. <sup>48</sup>	2018	Camboya, Zimbabue, Uganda, India, China, Nigeria y Tanzania
	Çoban y İnal-Önal <sup>49</sup>	2023	Turquía
	Musoke D., et al. <sup>50</sup>	2018	Uganda
	McKague et al. <sup>51</sup>	2021	Uganda y Kenia
	Newman et al. <sup>52</sup>	2011	Lesoto
	Cho y Levin <sup>53</sup>	2022	20 países de la Región de las Américas
Hay et al. <sup>54</sup>	2019	91 países de todas las regiones del mundo	

### Discusión

A continuación, se presenta un análisis detallado de los resultados de las fuentes bibliográficas encontrados en cada una de las cinco categorías. Asimismo, se detalla una comparación de la desigualdad de género en los recursos humanos de la salud referente a las características de los países.

#### Composición de género en la fuerza laboral en el sector de la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>1</sup>, el sector de la salud constituye una importante fuente de empleo. En el 2022, el empleo en este campo representó aproximadamente el 3,4 % del empleo a nivel mundial, el 10 % del empleo en los países de ingresos altos y un poco más del 1 % en los países de ingresos bajos y medios. Una de las características de este sector es la elevada participación de mujeres en su fuerza laboral, ya que representa alrededor del 67 % a nivel mundial, el 75,3 % en los países de ingresos altos, y el 63,8 % en los países de ingresos bajos y medios.

Conforme con Florián et al.<sup>10</sup>, en Colombia las mujeres representan el 80,3 % de la fuerza laboral del sector de la salud. Esta participación superior al 70 % se mantiene para los niveles auxiliar, técnico, tecnológico y universitario, excepto en la especialización donde tienen una participación del 43,8 %. En concordancia con estos resultados, Acosta et al.<sup>11</sup> identificaron, en

una caracterización a una institución de salud de II nivel en Colombia en 2019, que en el personal sanitario predominan las mujeres (58,7%), mientras que en el personal administrativo prevalecen los hombres (68,8%).

De manera general, se observa que la fuerza laboral sanitaria en el mundo se está feminizando<sup>12-13</sup>. En Canadá, la proporción de médicas ha crecido significativamente, y pasó del 11 % en 1978 al 43 % en 2018<sup>14</sup>. Incluso en especializaciones que habitualmente han sido masculinizadas como reumatología, la participación de mujeres ha aumentado del 27,0 % al 41,7 % entre el 2000 y 2015<sup>15</sup>. Esta tendencia también es visible en países como Sudáfrica, donde la tasa de médicas por cada 10 000 habitantes se ha incrementado de 1,2 en el 2000 a 3,2 en el 2019, comparativamente es un crecimiento más acelerado que el de los hombres ya que pasó del 3,5 en 2000 a 4,7 en 2019<sup>16</sup>.

Esta creciente participación de mujeres en el sector de la salud es aún más visible en las facultades de las instituciones universitarias. En un estudio realizado a cuatro centros académicos de salud en Alemania, Suecia, Austria y Reino Unido, Kuhlmann et al.<sup>17</sup> observaron que el porcentaje de mujeres estudiantes de medicina y doctoras ha crecido, ubicándose en un rango entre el 40-60 %. En el caso de Pakistán, Mohsin y Syed<sup>18</sup> resaltan que la proporción mujeres en las facultades de medicina se encuentra entre el 80-85 %.

## Procesos de selección, vinculación y permanencia

En cuanto a la vinculación del talento humano en el área de la salud, en Argentina destaca la precarización de las formas de contratación, dada la baja vinculación como planta permanente, lo cual genera que el personal sanitario deba recurrir a múltiples empleos, aumenta el agotamiento y afecta la calidad del servicio. Estas características reinciden principalmente en las mujeres cabeza de familia, presentes en ocupaciones de menor calificación con carga horaria flexible, quienes ven como una salida tener más de un empleo para aumentar sus ingresos<sup>19</sup>.

De manera particular, en España, Arrizabalaga et al.<sup>20</sup> resaltan que a pesar de que la proporción de mujeres entre los especialistas en formación ha aumentado hasta un 50 %, los hombres especialistas tienen una mayor proporción de puestos permanentes y promociones jerárquicas. Esta subrepresentación de las mujeres en cargos más estables es una de las barreras de género que actúan sinérgicamente con otros obstáculos para que las mujeres no alcancen sus objetivos profesionales y no puedan avanzar a puestos más altos.

En Colombia, la perpetuación de los malos hábitos en la selección del personal es motivada por los métodos de selección discrecionales especialmente en los cargos directivos, que se convierten en un techo de cristal para las mujeres<sup>3</sup>. Además, aspectos como la maternidad, matrimonio y el trabajo de cuidado refuerzan la contratación excluyente, donde las mujeres se perciben en desventaja en los procesos de selección ante sus contrapartes masculinas. En el otro extremo, llegan a asegurar que en los casos donde los gerentes prefieren contratar mujeres es por el argumento que están dispuestas a recibir un menor salario que los hombres<sup>21</sup>.

Las normas sociales en relación con el género y la división sexual del trabajo representan una de las mayores barreras que perciben las mujeres para permanecer en sus carreras y crecer profesionalmente. En promedio, las mujeres dedican más tiempo que los hombres a las responsabilidades domésticas y de cuidado no remunerado; lo que en algunos casos se traduce en menos horas dedicadas al trabajo, teniendo incluso como consecuencia el abandono de sus carreras para asumir las responsabilidades familiares<sup>22,23</sup>. De este modo, aunque existe un alto crecimiento del número de mujeres profesionales del área de la salud, se observa con frecuencia un atraso en diferentes puntos de inflexión de sus carreras<sup>24</sup>, incluso en especialidades de alto grado de feminización como la enfermería<sup>25</sup>.

De acuerdo con Cohen y Kiran<sup>14</sup>, al graficar las horas de trabajo de las mujeres a lo largo de sus carreras en el sector salud, se distingue una curva en forma de U, donde disminuye hasta aproximadamente los 38 años y luego aumenta a niveles superiores, lo que concuerda con el periodo de maternidad y crianza de las primeras etapas.

A su vez, diferentes aspectos culturales pueden limitar la permanencia de las mujeres en el trabajo. Conforme con Mohsin y Syed<sup>18</sup>, en Pakistán a pesar del alto índice de mujeres estudiantes en las facultades de medicina, estas proporciones no se reflejan en el mercado laboral. Este fenómeno se debe principalmente a que una significativa proporción de mujeres opta por dedicarse a las labores del hogar y abandonar sus carreras. Por su parte, en Somalilandia las mujeres reciben con frecuencia una discriminación de género abierta, lo que les dificulta conseguir empleo, acceder a becas, y obtener ascensos, especialmente aquellas que se casan o quedan embarazadas<sup>26</sup>.

Por último, se resalta que los estereotipos de género constituyen no solo una limitación para las mujeres sino también para los hombres que intentan acceder a profesiones que tradicionalmente se han considerado femeninas, como es el caso de la enfermería<sup>27,28</sup>, en donde incluso se señalan de “afeminados” a los hombres que eligen esta profesión<sup>25</sup>.

## Liderazgo

A pesar de la evidente feminización del sector de la salud, se observa una relevante segregación laboral, donde las mujeres presentan una baja participación en las áreas mejor remuneradas, y en los cargos directivos y de toma de decisiones<sup>2,29-31</sup>. Según un informe publicado por Global Health<sup>32</sup>, sobre los recursos humanos para la salud, de las 198 organizaciones de salud con mayor relevancia a nivel mundial, 10 no tienen ninguna mujer en su equipo directivo, y menos de 3 de cada 10 organizaciones tienen paridad en su junta directiva. Además, el 71 % de las presidencias directivas y el 72 % de las jefaturas ejecutivas son ocupadas por hombres. De acuerdo con las estadísticas, los hombres poseen 50 % más de probabilidades de llegar a la alta dirección en las organizaciones de salud que las mujeres.

Asimismo, otros datos reflejan que las mujeres de países de ingresos bajos están casi ausentes en los órganos de Gobierno. Con base en datos de Global Health<sup>33</sup>, de 146 organizaciones de salud a nivel mundial, el 40 % de los puestos de juntas directivas están ocupados por

mujeres, pero menos del 1 % están ocupados por mujeres de países de bajos ingresos. Al desagregar esta muestra por los distintos tipos de organizaciones se observan desigualdades más profundas. Por ejemplo, en las juntas directivas de las empresas privadas con fines de lucro, que ejercen un considerable poder financiero, las mujeres representan el 30 % de los puestos, de las cuales solo el 2 % provienen de países de ingresos medios, y ninguna de países de ingresos bajos. A su vez, en las organizaciones filantrópicas que distribuyen recursos para la salud y el desarrollo mundial, solo el 3 % de las juntas directivas están en manos de ciudadanos provenientes de países de bajos ingresos y solo un puesto es ocupado por una mujer procedente de estos países.

La inequidad en el liderazgo del sector de la salud es generalizada. De conformidad con Dhatt<sup>4</sup>, en el 2015 solo el 27 % de los ministros de salud en el mundo eran mujeres, y solo el 23 % de las delegaciones de los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud tuvieron una mujer en el cargo de jefa de delegación. Estas limitaciones pueden ser más visibles en las áreas donde predominan los hombres, como en la cirugía<sup>34,35</sup>, pero también son latentes en las profesiones feminizadas como la farmacéutica<sup>36</sup>, e incluso en las instituciones académicas, en las que las mujeres tienen menos probabilidades de convertirse en docentes titulares, jefas de departamento, directoras de programa, y de asumir funciones administrativas<sup>17,37,38</sup>.

Los roles, relaciones, normas y expectativas de género dan forma a la progresión y el liderazgo en múltiples niveles<sup>4</sup>. Al no contar con estrategias y mecanismos que eviten la discriminación, los estereotipos sobre los que culturalmente se han establecido las características femeninas y masculinas, atribuyen a los hombres las competencias y capacidades para ejercer los cargos de liderazgo, y rezagar a las mujeres<sup>3</sup>. A su vez, en diferentes contextos, como en las regiones que se encuentran en conflicto armado, las barreras sistemáticas y estructurales para que las mujeres avancen a las posiciones de liderazgo se hacen más fuertes, por los problemas de seguridad y actitudes patriarcales<sup>39</sup>.

Según un estudio realizado por Muktar et al.<sup>40</sup> en Etiopía, las mujeres que cuentan con el apoyo de sus familiares y colegas, y que reciben apoyo organizacional en forma de capacitaciones, desarrollo y reconocimiento, tienen más probabilidades de competir y ascender a puestos de liderazgo. Igualmente destacan que entre las cualidades valoradas en las mujeres para asumir cargos directivos se encuentra la visión de metas a largo plazo, la empatía, escucha, y el uso inteligente de recursos. Mientras que

Cáceres et al.<sup>21</sup> en un estudio con médicas en Colombia señalan que, en algunas ocasiones, las mujeres que alcanzan puestos de poder deben asumir conductas autoritarias, frías e incluso agresivas, para reproducir la actitud de sus colegas masculinos y así poder conservar el cargo.

## Remuneración

Una de las principales dificultades que enfrentan las mujeres en el sector de la salud es la desigualdad salarial. Según estadísticas de la OMS y OIT<sup>1</sup>, la brecha salarial en el sector salud es más amplia que en las otras áreas de la economía. En un análisis en el que se emplearon datos de 54 países se estima que las mujeres asalariadas ganan aproximadamente 20 % menos que los hombres en el sector de la salud. Esta brecha podría incluso ser mayor si no se realizara el control de efectos de grupo, puesto que las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas en las categorías laborales con remuneraciones inferiores donde la brecha es menor, mientras que los hombres se encuentran concentrados en categorías con remuneraciones más altas donde la brecha es mayor.

En el caso de Colombia, la brecha salarial del sector de la salud es en promedio del 12,8 %, y puede ser más amplia de acuerdo con el nivel educativo y área de especialización, por ejemplo, en especializaciones como cirugía general la brecha alcanza el 24,5 %<sup>10</sup>. Por su parte, en Canadá, las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas en las especialidades médicas con menor ingreso neto estimado (medicina familiar, psiquiatría y pediatría). No obstante, a pesar de ello los hombres ganan en promedio un 30 % más en esas áreas y un 40 % más en todas las especialidades, incluso después de controlar por variables como nivel educativo, jornada laboral, edad, especialidad y características de la práctica<sup>14</sup>. Estas brechas también son visibles en el personal administrativo de la salud, en donde las mujeres ganan entre un 12 % y un 20 % menos que los hombres, después de ajustar por edad, educación y otras características<sup>41</sup>. Asimismo, en la República Democrática del Congo, los enfermeros tienen más probabilidades de recibir viáticos, pagos por desempeño y una remuneración más alta en comparación con las mujeres, a pesar de que las mujeres cuentan con más fuentes de ingresos<sup>42</sup>.

La brecha salarial de género se presenta tanto en profesiones clínicas como en ocupaciones afines al sector de la salud<sup>13</sup>. Tal es el caso de las investigadoras de políticas de salud en Canadá, quienes ganan en

promedio un 4,8% menos que los hombres después de ajustar por variables profesionales y personales. Esta brecha salarial es más amplia que en otras ramas de política que mantienen una composición de género similar, como en el caso de la educación que exhibe una brecha del 2,6%<sup>43</sup>.

Estas diferencias se deben a los estereotipos de género que han permanecido a lo largo del tiempo, estigmatizaciones que han contribuido con una cultura que considera que las mujeres deben trabajar por la comunidad sin recibir una compensación económica aun con la carga desigual e insostenible de sus responsabilidades domésticas, como sucede en la India en el programa de Activistas de Salud Social Acreditadas (ASHA, por sus siglas en inglés). En los últimos años estas mujeres han expresado su insatisfacción por su salario en relación con su carga laboral. Sin embargo, los funcionarios encargados han tomado distintas posiciones al alegar que un modelo asalariado puede poner en riesgo el requisito flexible de educación y elevar los estándares de selección, haciendo que menos mujeres puedan integrarse<sup>44</sup>.

En caso contrario, en China, los estudios revelan que, si bien los hombres ganan más que las mujeres, no existe brecha salarial porque los salarios más altos de los hombres se deben a que reciben con mayor frecuencia horas extras, cuya tasa suele ser más alta que la tasa de pago por horas de trabajo en horario normal<sup>45</sup>.

### Condiciones laborales y desarrollo profesional

Las condiciones laborales con perspectiva de género en el sector salud es un tema de vital importancia para las instituciones y la sociedad, puesto que se encuentra directamente relacionado con la calidad del servicio y la satisfacción del personal para ejercer su profesión. Caballero et al.<sup>46</sup> resaltan que desde hace varias décadas en el sector de la salud ha estado presente el “síndrome de Burnout”. No obstante, en Colombia, aunque tanto en hombres como en mujeres el cansancio emocional está relacionado con la sobrecarga de trabajo, en las mujeres se encuentra una relación inversa con la motivación intrínseca, lo que permite mantener niveles más altos de satisfacción y actuar como elemento protector del síndrome.

En Reino Unido, una de las razones de esta pesada carga laboral son las largas jornadas de trabajo, las cuales son valoradas y representadas como compromiso y productividad. Ozbilgin et al.<sup>47</sup> identificaron una resistencia a patrones flexibles de trabajo en el sector de la salud, dado que el personal presenta una sensación

de pérdida de profesionalidad ante jornadas más cortas. Como las mujeres son la mayoría del personal a tiempo parcial, se ven afectadas en su inclusión, considerándolas menos profesionales.

En Canadá las mujeres enfrentan barreras en la inclusión y equidad, en especial cuando inician sus carreras. Entre los múltiples desafíos a los que se resisten, se encuentra la falta de apoyo profesional y financiero, y los prejuicios calificativos que las consideran menos capaces que los hombres. Además, se observa una ausencia de servicios integrales de familia y cuidado, así como de políticas de licencia médica individual y de conciliación de la vida familiar y profesional<sup>22</sup>. Por su parte, en Zimbabue las mujeres presentan obstáculos para acceder a capacitaciones dados los estereotipos y limitaciones culturales. Mientras los hombres pueden aprovechar las oportunidades de capacitación, las mujeres deben atender sus labores domésticas, limitándose así profesionalmente<sup>48</sup>.

En Turquía las mujeres se consideran más frágiles y vulnerables en las actividades de gestión para dar respuesta a desastres<sup>49</sup>. Por su parte, en Uganda, aunque las responsabilidades del personal sanitario comunitario son las mismas sin distinción de género, en la práctica realizan diferentes tipos de trabajo dependiendo de su sexo, debido al acceso privilegiado a motocicletas por parte de los hombres, lo que les permite cubrir distancias geográficas más grandes durante las actividades de movilización comunitaria<sup>50</sup>. A su vez, las mujeres presentan una falta de acceso a los equipos, medicamentos, capital, apoyo social y a oportunidades de establecer contactos<sup>51</sup>.

Por otro lado, la informalidad en los servicios asistenciales puede incluso poner en peligro la vida de las mujeres, al no reconocer las necesidades materiales de la profesión. Como es el caso de Lesoto en el sur de África, donde la falta de recursos económicos no permite abastecer los requerimientos básicos de agua, jabón y guantes, lo que pone en riesgo la seguridad de quienes asisten a personas con el VIH, que son en su mayoría (91 %) mujeres<sup>52</sup>.

### La desigualdad de género en los recursos humanos de la salud y las características de los países

Al detallar los resultados por países se encuentra que en todas las regiones la participación de las mujeres en la fuerza laboral del sector de la salud es superior a la de los hombres, incluyendo a los países desarrollados como Canadá, Alemania, Suecia, Austria y Reino

Unido, y en desarrollo como Colombia, Argentina y países de Asia y África.

Sin embargo, a pesar de la alta feminización, se detalla de manera general una significativa desigualdad en la remuneración y en la participación en cargos de poder y de toma de decisiones. No obstante, las probabilidades de las mujeres de alcanzar cargos directivos y remuneraciones en igualdad de condiciones son menores en los países de ingresos medios y bajos. Asimismo, si bien en promedio las mujeres en todo el mundo presentan menores condiciones laborales que los hombres, en algunas regiones las desigualdades son más pronunciadas. Estas disparidades están relacionadas con la cultura y con los avances normativos respecto a la igualdad de género. En los países como Pakistán<sup>18</sup>, Etiopia<sup>40</sup>, la India<sup>44</sup>, la República Democrática del Congo<sup>42</sup>, Zimbabue<sup>48</sup>, Uganda<sup>50-51</sup>, Lesoto<sup>52</sup>, entre otros, donde los estereotipos de género son más frecuentes y los avances normativos respecto a la igualdad de género son menores, los obstáculos que presentan las mujeres son mayores, presentando niveles más altos de exclusión, desprotección laboral, y discriminación.

### Conclusiones

Los recursos humanos de la salud representan una cifra significativa del empleo mundial, el cual progresivamente se ha feminizado en los últimos años. Sin embargo, se siguen perpetuando diversas prácticas sistémicas y culturales que enraizan la desigualdad de género. Entre los desafíos que enfrentan las mujeres se encuentran los procesos de selección discrecionales y estereotipados, la brecha salarial, la falta de igualdad de oportunidades en los niveles de decisión, la segregación ocupacional, y los obstáculos debido a la sobrecarga de las labores domésticas y de cuidado no remunerado. No obstante, los hombres también se ven afectados al escoger profesiones socialmente reconocidas como no convencionales para ellos, siendo señalados con estereotipos de género.

Los proyectos, políticas y programas a implementar en el sector deben incluir la transversalización de género con el fin de corregir las desigualdades existentes. La sola participación, representación o paridad no es suficiente para alcanzar la igualdad, se requiere del apoyo institucional, cambio en la cultura organizacional y visibilizar la perspectiva de género en todas las áreas para ofrecer soluciones a las desigualdades presentes<sup>53-54</sup>. La buena gobernanza de los recursos humanos para la salud requiere un enfoque integral donde la igualdad este en el centro de los esfuerzos.

### Contribución de autores

CC y AC: Diseño de estudio, revisión crítica corrección y aprobación final.

GC: Recolección, análisis e interpretación de la información, redacción de la primera versión.

### Consideraciones éticas

Basados en la Resolución 8430 de 1993 de Colombia se considera un estudio sin riesgo, puesto que la revisión de literatura no implica el trato ni el uso de información de sujetos. Todos los documentos empleados se encuentran publicados en las bases de datos bibliográficas.

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

### Financiación

Este estudio fue realizado en el marco de un proyecto de investigación “Diseño metodológico para identificar y cerrar brechas de género en las instituciones de salud, una propuesta a partir del análisis de caso de UISALUD” del portafolio de programas financiados por la Vicerrectoría de Investigación y Extensión de la Universidad Industrial de Santander.

### Apoyo tecnológico de IA

Las autoras informan que no usaron Inteligencia Artificial, modelo de lenguaje, aprendizaje automático o tecnologías similares para crear o ayudar con la elaboración o edición de cualquiera de los contenidos de este documento.

### Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Internacional del Trabajo [OIT]. La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial. Un análisis mundial en tiempos de COVID-19. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240052895>
2. Ayaz B, Martimianakis M, Muntaner C, Nelson S. Participation of women in the health workforce in the fragile and conflict-affected countries: a scoping review. *Human Resour Health*. 2021; 19(1): 94. doi: <https://doi-10.1186/s12960-021-00635-7>

3. García-Roa EM, Tapias-Torrado L. Discrimination and exclusion of women working in the health sector in Colombia. Employment, an unfinished agenda to advance in gender equity in health. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013; 12(24): 226-248.
4. Dhatt R, Theobald S, Buzuzi S, Ros B, Vong S, Muraya K, et al. The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening. *Glob Health Epidemiol Genom*. 2017; 2: e8. doi: <https://doi.org/10.1017/ghg.2016.22>
5. Shannon G, Jansen M, Williams K, Cáceres C, Motta A, Odhiambo A, et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *Lancet*. 2019; 393(10171): 560–569. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)33135-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33135-0)
6. Global Health 50/50. The Global Health 50/50 report: how gender responsive are the world's leading global health organizations [Internet]. Global Health 50/50. 2018. Available at: [https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2018/06/Global-Health-5050-2018-Report\\_Findings-Recommendations\\_June.pdf](https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2018/06/Global-Health-5050-2018-Report_Findings-Recommendations_June.pdf)
7. Global Health 50/50. 'The Global Health 50/50 Report 2020: Power, Privilege and Priorities'. London: UK; 2020. Disponible en: <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>
8. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. Nueva York: ONU; 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
9. Carrizo D, Moller C. Estructuras metodológicas de revisiones sistemáticas de literatura en Ingeniería de Software: un estudio de mapeo sistemático. *Ingeniare Rev Chil Ing*. 2018; 26: 45-54. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052018000500045>
10. Florián I, Lara M, De la Hoz M. Mujeres trabajadoras en el sector de la salud Colombia. Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo y Mpodera. 2022. ISSN 2806-0687
11. Acosta M, Castro D, Bravo D. Carga laboral en personal de salud asistencial y administrativo en una institución de II nivel en Colombia. *Inv Enferm Im Desarrollo*. 2022; 24. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.clps>
12. Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal-Poz M. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Hum Resour Health*. 2003; 1(1): 5. doi: [10.1186/1478-4491-1-5](https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-5)
13. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Human Res Health*. 2019; 17(1): 72. doi: [10.1186/s12960-019-0406-0](https://doi.org/10.1186/s12960-019-0406-0)
14. Cohen M, Kiran T. Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *CMAJ*. 2020; 192(35). doi: [10.1503/cmaj.200375](https://doi.org/10.1503/cmaj.200375)
15. Widdifield J, Gatley J, Pope J, Barber C, Kuriya B, Eder L, et al. Feminization of the rheumatology workforce: A longitudinal evaluation of patient volumes, practice sizes, and physician remuneration. *J Rheumatol*. 2021; 48(7): 1090–1097. doi: [10.3899/jrheum.201166](https://doi.org/10.3899/jrheum.201166)
16. Tiwari R, Wildschut-February A, Nkonki L, English R, Karangwa I, Chikte U. Reflecting on the current scenario and forecasting the future demand for medical doctors in South Africa up to 2030: towards equal representation of women. 19(1): 27. doi: [10.1186/s12960-021-00567-2](https://doi.org/10.1186/s12960-021-00567-2)
17. Kuhlmann E, Ovseiko P, Kurmeyer K, Gutiérrez-Lobos K, Steinböck S, Knorrung M, et al. Closing the gender leadership gap: A multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centres in the European Union. *Human Resources for Health*. 2017; 15(1): 2. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0175-y>
18. Mohsin M, Syed J. The missing doctors — An analysis of educated women and female domesticity in Pakistan. *Gender Work Organ*. 2020; 27: 1077–1102. <https://doi.org/10.1111/gwao.12444>
19. Aspiazu E. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*. 2017; 28: 11-35.
20. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso A. Women doctors and their careers in a large university hospital in Spain at the beginning of the 21st century. *Human Resour Health*. 2015; 13(15). doi: [10.1186/s12960-015-0008-4](https://doi.org/10.1186/s12960-015-0008-4)
21. Cáceres Manrique FM, Amaya Castellanos CI, Rivero Rubio C. Gender inequalities in the health setting: The case of medicine. *Aquichan*. 2019; 19(2): e1927. doi: [10.5294/aqui.2019.19.2.7](https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.7)
22. Bogler T, Lazare K, Rambihar V. Female family physicians and the first 5 years: In pursuit of gender equity, work-life integration, and wellness. *Can Fam Physician*. 2019; 65(8): 585-588.
23. Morcillo-Martínez JM, Martínez-Salvador IM, Ochando-Ramírez MV. Gender perspective and access to positions of responsibility in social and health care institutions from the perspective of social work. *Generos*. 2023; 12(1). doi: [10.17583/generos.11246](https://doi.org/10.17583/generos.11246)

24. Reimann S, Alfermann D. Female doctors in conflict: How gendering processes in German hospitals influence female physicians' careers. *Gend Issues*. 2018; 35: 52-70. doi: <https://doi.org/10.1007/s12147-017-9186-9>
25. Harding T. Swimming against the malestream: men choosing nursing as a career. *Nursing praxis in New Zealand inc*. 2009; 25(3): 4-16.
26. Keynejad R, Mekonnen F, Qabile A, Moussa J, Abdillahi M, Haji M, et al. Gender equality in the global health workplace: learning from a Somaliland–UK paired institutional partnership. *BMJ Global Health*. 2018; 3(6). doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001073>
27. Szabo S, Nove A, Matthews Z, Bajracharya A, Dhillon I, Singh D, et al. Health workforce demography: a framework to improve understanding of the health workforce and support achievement of the Sustainable Development Goals. *Hum Resour Health*. 2020; 18(7). doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-0445-6>
28. Bourgeault I, Runnels V, Atanackovic J, Spitzer D, Walton-Roberts M. Hiding in plain sight: the absence of consideration of the gendered dimensions in 'source' country perspectives on health worker migration. *Hum Resour Health*. 2021; 19(1): 40. doi: [10.1186/s12960-021-00571-6](https://doi.org/10.1186/s12960-021-00571-6)
29. Zeinali Z, Muraya K, Govender V, Molyneux S. Intersectionality and global health leadership: parity is not enough. *Hum Resour Health*. 2019; 17: 29-32. doi: [10.1186/s12960-019-0367-3](https://doi.org/10.1186/s12960-019-0367-3)
30. Kalbarczyk A, Rao A, Adebayo A, Decker E, Gerber S, Morgan R. The influence of gender dynamics on polio eradication efforts at the community, workplace, and organizational level. 2021; *Glob Health Res Policy*. 2021; 6(1): 19. doi: [10.1186/s41256-021-00203-5](https://doi.org/10.1186/s41256-021-00203-5)
31. Bhat B, Majid J, Gurumayum K, Dar M, Mary P. Promoting gender equality for women's leadership. *Int J Early Childhood Spec Edu*. 2022; 14(5). doi: [10.9756/INTJECSE/V14I5.397](https://doi.org/10.9756/INTJECSE/V14I5.397)
32. Global Health. Equality Works. 2019. Disponible en: <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2019/03/Equality-Works.pdf>
33. Global Health. ¿Boards for all? 2022. Disponible en: [https://globalhealth5050.org/wp-content/themes/global-health/reports/2022/media/Boards%20for%20All\\_Global%20Health%2050\\_50%20Report\\_OnlineMarch2022.pdf](https://globalhealth5050.org/wp-content/themes/global-health/reports/2022/media/Boards%20for%20All_Global%20Health%2050_50%20Report_OnlineMarch2022.pdf)
34. Tomizawa Y. Women in surgery: little change in gender equality in Japanese medical societies over the past 3 years. *Surg Today*. 2013; 43(10): 1202 – 1205. doi: [10.1007/s00595-012-0447-7](https://doi.org/10.1007/s00595-012-0447-7)
35. Sarmiento D, Himmler A, Cabrera C, Olmedo S, Biondi A, Di Saverio S. Gender disparities in Ecuador: a survey study of the under-representation of women in surgery. *Updates Surg*. 2021; 73(5): 2009-2015. doi: [10.1007/s13304-020-00964-7](https://doi.org/10.1007/s13304-020-00964-7)
36. Bukhari N, Manzoor M, Rasheed H, Nayyer B, Malik M, Babar Z. A step towards gender equity to strengthen the pharmaceutical workforce during COVID-19. *J Pharm Policy Pract*. 2020; 13:15. doi: [10.1186/s40545-020-00215-5](https://doi.org/10.1186/s40545-020-00215-5)
37. Spyres M, Moore E, Ruha A, O'Connor A. Moving towards gender equality in medical toxicology. *J Med Toxicol*. 2019; 15, 217–219. doi: [10.1007/s13181-019-00737-8](https://doi.org/10.1007/s13181-019-00737-8)
38. Sethi S, Edwards J, Webb A, Mendoza S, Kumar A, Chae S. Addressing gender disparity: Increase in female leadership increases gender equality in program director and fellow ranks. *Dig Dis Sci*. 2022; 67(2): 357-363. doi: [10.1007/s10620-020-06686-5](https://doi.org/10.1007/s10620-020-06686-5)
39. Meagher K, Khaity M, Hafez S, Rodo M, El-Achi N, Patel P. Strengthening health systems and peacebuilding through women's leadership: a qualitative study. *Global Health*. 2023; 19(1): 21. doi: [10.1186/s12992-023-00920-1](https://doi.org/10.1186/s12992-023-00920-1)
40. Muktar S, Desta B, Damte H, Heyi W, Gurmamo E, Abebe M, et al. Exploring the opportunities and challenges of female health leaders in three regional states of Ethiopia: a phenomenological study. *BMC Public Health*. 2022; 22(1): 1471. doi: [10.1186/s12889-022-13871-w](https://doi.org/10.1186/s12889-022-13871-w)
41. Gupta N, Balcom S, Singh P. Looking beyond parity: Gender wage gaps and the leadership labyrinth in the Canadian healthcare management workforce. *Health Manage Forum*. 2023; 36(1), 49-54. doi: [10.1177/08404704221104435](https://doi.org/10.1177/08404704221104435)
42. Maini R, Hotchkiss D, Borghi J. A cross-sectional study of the income sources of primary care health workers in the Democratic Republic of Congo. *Hum Resour Health*. 2017; 15(1): 17. doi: [10.1186/s12960-017-0185-4](https://doi.org/10.1186/s12960-017-0185-4)
43. Gupta N, Balcom S, Singh P. Gender composition and wage gaps in the Canadian health policy research workforce in comparative perspective. *Hum Resour Health*. 2022; 20(1): 78. doi: [10.1186/s12960-022-00774-5](https://doi.org/10.1186/s12960-022-00774-5)
44. Ved R, Scott K, Gupta G, Ummer O. How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? Policy origins and adaptations for the world's largest all-female community health worker programme. *Hum Resour Health*. 2019; 17(1): 3. doi: [10.1186/s12960-018-0338-0](https://doi.org/10.1186/s12960-018-0338-0)

45. Miao Y, Li L, Bian Y. Gender differences in job quality and job satisfaction among doctors in rural western China. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1): 848. doi: [10.1186/s12913-017-2786-y](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2786-y)
46. Caballero I, Contreras F, Vega E, Gómez J. Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Inf Psicol*. 2017; 17(1): 87-105. doi: <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a05>
47. Ozbilgin M, Tsouroufli M, Smith M. Understanding the interplay of time, gender, and professionalism in hospital medicine in the UK. *Soc Sci Medicine*. 2011; 72(10): 1588–1594. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soescimed.2011.03.030>
48. Morgan R, Ayiasi R, Barman D, Buzuzi S, Ssemugabo C, Ezumah N, et al. Gendered health systems: evidence from low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst*. 2018; 16(1): 58. doi: [10.1186/s12961-018-0338-5](https://doi.org/10.1186/s12961-018-0338-5)
49. Çoban BN, İnal-Önal E. Determination of health workers' perceptions of the disaster management process and gender inequality: the case of a state hospital in Turkey. *Int J Emerg Serv*. 2023; 12(2): 186-196. doi: [10.1108/IJES-08-2022-0044](https://doi.org/10.1108/IJES-08-2022-0044)
50. Musoke D, Ssemugabo C, Ndejjo R, Ekirapa-Kiracho E, George A. Reflecting strategic and conforming gendered experiences of community health workers using photovoice in rural Wakiso district, Uganda. *Hum Resour Health*. 2018; 16(1): 41. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0306-8>
51. McKague K, Harrison S, Musoke J. Gender intentional approaches to enhance health social enterprises in Africa: a qualitative study of constraints and strategies. *Int J Equity Health*. 2021; 20(1). doi: [10.1186/s12939-021-01427-0](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01427-0)
52. Newman C, Fogarty L, Makoae L, Reavely E. Occupational segregation, gender essentialism and male primacy as major barriers to equity in HIV/AIDS caregiving: Findings from Lesotho. *Int J Equity Health*. 2011; 10(24). doi: [10.1186/1475-9276-10-24](https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-24)
53. Cho M, Levin R. Implementación del plan de acción de recursos humanos en salud y la respuesta a la pandemia por la COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2022; 46: e52. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.52>
54. Hay K, McDougal L, Percival V, Henry S, Klugman J, Wurie H, et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*. 2019; 393(10190): 2535-2549. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)30648-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30648-8)