

Recursos humanos en salud: influencia del género en la motivación, elección y decisión de la especialidad en los jóvenes médicos.

RESUMEN

Introducción: En las últimas décadas la carrera de medicina llevó adelante un proceso de feminización extraordinario. Sin embargo, este aumento creciente de mujeres no significó una real igualdad. La sociedad en la que vivimos conserva muchas estructuras y normas socio culturalmente definidas que determinan las decisiones de sus miembros. Muchas de estas están influenciadas por roles sociales previamente impuestos en relación al sexo asignado al nacer. Nos llevan a pensar que hay ciertas cuestiones que competen a lo femenino y otras a lo masculino, siendo una guía para el comportamiento. Estas desigualdades existen en el plano laboral. La elección de especialidad en las carreras médicas no escapa a la situación, la decisión entre hombres y mujeres presenta diferencias. Poder visibilizar los determinantes de la segregación de género y fomentar su adaptación en el plano de los recursos humanos en salud es un gran desafío para lograr una sociedad justa y equitativa.

Objetivo: Analizar la evidencia disponible que demuestre cómo el género es un determinante de los distintos factores influyentes en las decisiones de especialidad.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica internacional de los artículos publicados en las bases de datos Lilacs, Bireme, Medline, Google Académico y Science Direct además de realizar una búsqueda en los documentos de Organismos estatales e internacionales, desde 2010 a 2020. Las palabras claves utilizadas fueron escogidas según la terminología Mesh y Decs: género, especialidad, medicina.

Se seleccionaron estudios descriptivos cuantitativos y cualitativos, revisiones bibliográficas, estudio analíticos de cohorte retrospectiva y tesis doctorales. Se excluyeron estudios realizados fuera de la carrera de medicina. Se incluyeron artículos en español, inglés y portugués. Los 370 títulos se leyeron en su totalidad, para luego seleccionar los 81 que podrían ser incluidos. Se accedió a los resúmenes de estos últimos para llevar adelante una segunda selección, determinando los adecuados para responder la pregunta de investigación. Son 36 los documentos de interés que responden a la pregunta de investigación: 1 revisión bibliográfica, 1 estudio de cohorte retrospectivo y 34 estudios descriptivos.

Conclusión: Los 36 estudios de interés brindaron evidencia sustancial, existen determinantes socioculturales y barreras invisibles para la mujer en la elección de especialidad. Resulta fundamental analizar e investigar la influencia del género en la motivación y elección de la especialidad en los jóvenes médicos. Es imposible alcanzar la equidad y justicia social si siguen presentes estas diferencias.

Recursos humanos en salud: influencia del género en la motivación, elección y decisión de la especialidad en los jóvenes médicos.

Introducción:

En la República Argentina, gracias a la igualdad de género conquistada en materia de derechos y en distintos sectores sociales, las mujeres año tras año tienen cada vez más participación en niveles educativos superiores. En la Universidad de Buenos Aires según los relevamientos censales la población femenina viene en aumento 1992 (54,6%), 1996 (58,3%), 2000 (60,2%), 2004 (60,4%), y 2001 (60,9%). En el año 2011, en Medicina había un 73% de mujeres estudiantes de grado y un 67,2% de posgrado (Universidad de Buenos Aires [UBA], 2011).

En las últimas décadas también la carrera de medicina, tanto en grado como en postgrado, llevó adelante un proceso de feminización extraordinario. (Eiguchi K, 2017). Sin embargo, este aumento creciente de mujeres no significó una real igualdad. La sociedad en la que vivimos conserva muchos patrones, estructuras y normas socio culturalmente definidas que determinan las decisiones de sus miembros. Muchas de estas normas están influenciadas por roles sociales previamente impuestos en relación al sexo asignado al nacer. Nos encontramos en situaciones en las cuales hay ciertas cuestiones que competen a lo femenino y otras a lo masculino, convirtiéndose en una guía para el comportamiento.

Estas desigualdades también existen en el plano del trabajo. En Argentina, las tasas de actividad, empleo y desempleo son diferentes según el género. Según la Encuesta Permanente de Hogares, las diferencias entre hombres y mujeres en actividad y empleo son de más de 20 puntos, siendo mayor en los varones. En cuanto a la desocupación es al revés, las mujeres tienen un 1,6% más de desempleo. (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

En el ámbito laboral de la medicina, las inequidades en relación al género no escapan a esta situación. La decisión profesional y laboral de especialidad en las carreras médicas tiene diferencias en relación al género. Estas últimas impactan de forma directa en los sistemas de salud, convirtiéndose en cuestiones que también deben comenzar a priorizarse en las agendas políticas correspondientes en materia de salud pública. Todo esto se puede evidenciar en las residencias médicas quirúrgicas y clínicas, donde encontramos una clara existencia de segregación laboral horizontal, que hace referencia a la concentración de mujeres y hombres que hay en diferentes sectores de ocupación laboral. La segregación horizontal entre las médicas y médicos es evidente, como lo demuestra el análisis del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018): “Mientras que pediatría, ginecología y neonatología son especialidades con predominancia de mujeres, las cirugías y anestesiología tienen mayoría de varones. Estas desigualdades no parecieran ser aleatorias, sino que suelen vincularse a atributos generalmente asociados con las

capacidades de los varones –mayor “control” y manejo de alto riesgo– y las mujeres –mayor predisposición a la atención materno-infantil–, y a la intensidad en términos de demandas horarias.” Hay autores que también encuadran las especialidades dentro de un “estilo de vida controlable” (anestesia, dermatología, medicina de urgencias, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, patología, psiquiatría y radiología) o “estilo de vida no controlable” (neonatología, medicina interna, obstetricia y ginecología, cirugía ortopédica, pediatría, cirugía general y urología). El concepto “estilo de vida controlable” comporta la consideración de ingresos económicos, horas de trabajo y años de formación de posgrado. Algunas investigaciones han concluido que tanto varones como mujeres eligen sus especialidades de acuerdo a este criterio (Eiguchi K, 2017). En mayor medida los varones que las mujeres, mostraron una tendencia a elegir especialidades con el llamado estilo de vida “controlable”, en contraposición a las especialidades con estilo “no controlable” (Borracci, Pittaluga, Manente, Giorgi & Rubio, 2009).

Existen determinantes en salud relacionados con el género correspondientes a las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género. Uno de los componentes básicos del sistema de salud son los Recursos Humanos en Salud (Organización Mundial de la Salud; Género y Salud, 2018). La OMS también indica que es fundamental promover políticas y estrategias que transformen las relaciones de género, a fin de evitar prejuicios e inequidades relacionadas con el género en el personal sanitario y de garantizar un trabajo digno para todos los profesionales, como también integrar la igualdad de género en la formación, capacitación, empleo y progresión profesional. Por ende, tanto reconocer, entender, trabajar y abordar estas temáticas, como también brindar evidencia confiable y significativa va a permitir que se tomen conductas con perspectiva de género adecuadas para el desarrollo de una salud equitativa, próspera y que no deje desatendido a nadie. Además, permitirá disminuir los impactos por la interacción de otros determinantes en salud causantes de grandes inequidades y dar una respuesta efectiva desde el sistema de salud en función a las necesidades expuestas.

En 1995 Bland, Meurer y Maldonado desarrollaron un modelo para evaluar la elección de especialidades en estudiantes de medicina, este destaca la importancia de las determinaciones personales de cada estudiante, los factores sociales y de cumplimiento de expectativas externas. Según estos autores las características del estudiante asociadas con la elección de carrera de atención primaria son: **ser mujer**, mayor y casada; tener una amplia formación universitaria; tener padres no médicos; **tener expectativas de ingresos relativamente bajos**; estar interesado en diversos pacientes y problemas de salud; y tener **menos interés en el prestigio, la alta tecnología y la cirugía**. El modelo presenta tres grandes ejes: características de la institución, del estudiante y de la especialidad. En relación con la percepción de las especialidades, las variables a considerar son: contacto con pacientes, horarios y carga de trabajo, flexibilidad, tipos y diversidad de los problemas de salud, ingresos, prestigio, uso de la tecnología, cirugía y satisfacción aparente de los miembros de la especialidad.

Otro grupo intentó crear un modelo de clasificación que pudiera predecir la elección de los estudiantes entre especialidades básicas y no básicas. Durante este trabajo encontraron que los factores que permanecieron positivamente asociados con la elección de una especialidad de atención primaria al controlar otros factores fueron el deseo de proporcionar atención integral, mantener abiertas las opciones y llevar a cabo la atención ambulatoria. El deseo de recompensa monetaria **se asoció negativamente con la elección de una especialidad de atención primaria.**

El objetivo de este trabajo es comenzar a entender la raíz los motivos de elección de especialidad en estudiantes de medicina para poder visibilizar la segregación de género, fomentar su adaptación en el plano de los recursos humanos en salud y así lograr una sociedad más equitativa. Es de gran importancia comenzar a entender la raíz de estas cuestiones para poder visibilizar la segregación de género, fomentar su adaptación en el plano de los recursos humanos en salud para así lograr una sociedad más equitativa y un sistema de salud con mejores respuestas.

Objetivo:

Objetivo general:

Analizar la evidencia disponible que demuestre cómo el género es un determinante de los distintos factores influyentes en las decisiones de especialidad entre mujeres y varones de la carrera de medicina entre los años 2010 y 2020.

Objetivos específicos:

Analizar los factores determinantes de la elección de especialidad médica.

Demostrar la diferencia que existe de factores en relación al género.

Analizar la segregación horizontal y vertical dentro de las especialidades médicas.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica internacional de los artículos publicados en las bases de datos Lilacs, Bireme, Medline, Google Académico y Science Direct además de realizar una búsqueda en los documentos de Organismos estatales e internacionales, aplicando un límite temporal de 10 años (de 2010 a 2020).

Las palabras claves utilizadas fueron escogidas según la terminología Mesh y Decs: género, especialidad, medicina.

La selección de los artículos se realizó en función de los siguientes criterios: estudios descriptivos con metodología cuantitativa y cualitativa, revisiones bibliográficas, estudio

analíticos de cohorte retrospectiva y tesis doctorales. Se excluyeron los estudios realizados fuera de la carrera de medicina. Se incluyeron artículos en español, inglés y portugués.

Los títulos se leyeron en su totalidad (370), para luego seleccionar todos los que podrían ser incluidos (81). Se accedió a los resúmenes de estos últimos para llevar adelante una segunda selección y se determinaron los adecuados para responder la pregunta, entre los cuales se encontraron 36 documentos de interés que responden a nuestra pregunta de investigación: 1 revisión bibliográfica, 1 estudio de cohorte retrospectivo y 34 estudios descriptivos.

Resultados:

Se obtuvieron 81 títulos, de los cuales descartamos 45 ya que no nos acercaban a la respuesta de nuestra pregunta. Los 36 estudios de interés restantes fueron: 1 revisión bibliográfica, 1 estudio de cohorte retrospectivo y 34 estudios descriptivos. Estadísticos: 12.

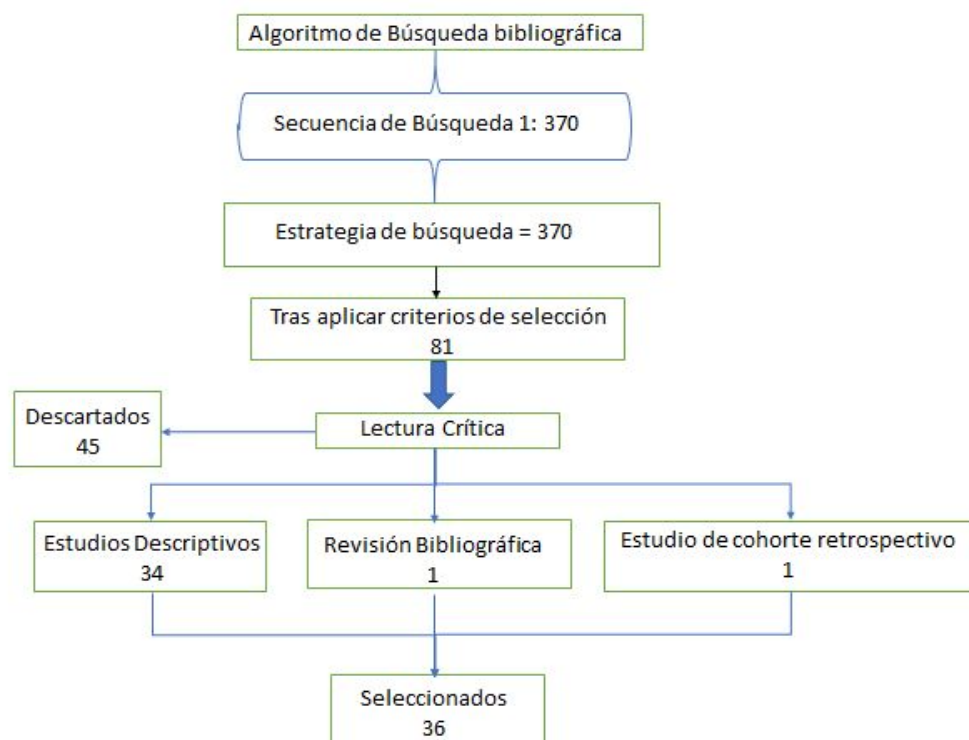


Diagrama de flujo elaborado a partir de los trabajos buscados, seleccionados y filtrados.

Encontramos que existen determinantes socioculturales y barreras invisibles relacionadas en la elección de la especialidad. Los estudios seleccionados mostraron coincidir en algunos puntos que describen los estudiantes como influencias a la hora de elegir una especialidad:

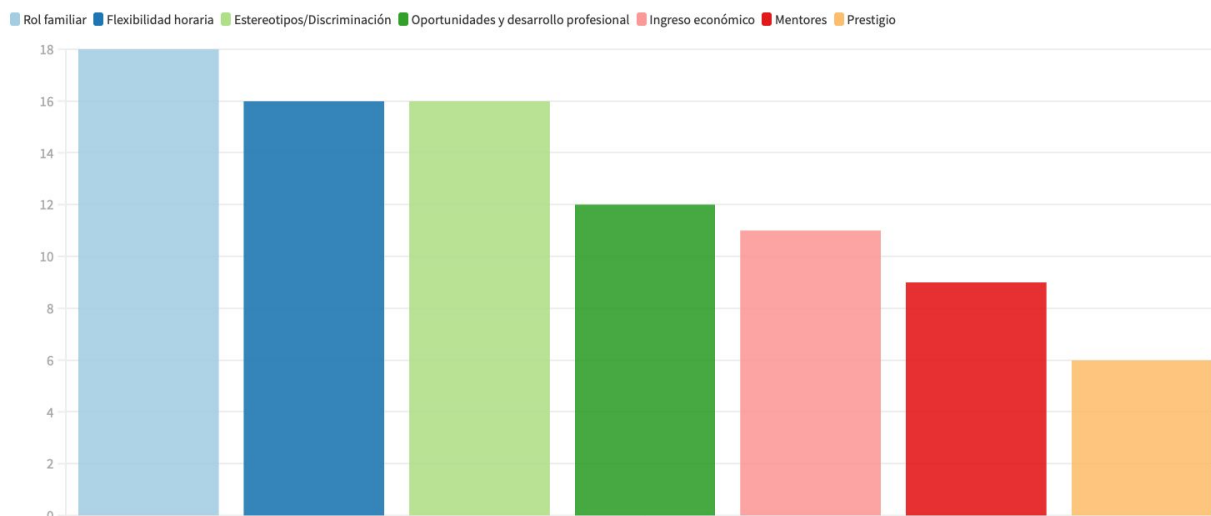


Gráfico de elaboración propia a partir del análisis de los trabajos seleccionados dónde se puede ver la cantidad de trabajos que mencionan a cada determinante.

Del total de los trabajos/artículos examinados encontramos que el principal determinante social de elección de especialidad para las mujeres es rol familiar (20%) seguido por la flexibilización horaria (18%) y por el estereotipo de género/discriminación (18%). Los determinantes sociales que siguen son las Oportunidades y desarrollo profesional (14%), ingreso económico (13%), mentores (10%) y, por último, prestigio (7%).

Analizando estos resultados observamos que más de la mitad (56%) de las cuestiones determinantes de la elección de la especialidad de las mujeres son en relación a su entorno social. En su mayoría, su decisión se ve ampliamente influenciada teniendo en cuenta el papel que tienen en sus núcleos familiares, ya sea por la baja carga horaria, la flexibilización horaria que le permite tener más tiempo para invertirlo en la crianza y tareas de cuidado o por la percepción exagerada que se tiene sobre las especialidades “femeninas” y por el rechazo generado por las especialidades más machistas y misóginas. “Se ha mostrado que la práctica médica no es ajena a la discriminación por razón de género existente a la sociedad, sino que contrariamente a la visión generalizada, es un espejo” (Inmaculada Pastor, 2012, p.515) . Kristoffersson (2018) muestra, en uno de sus trabajos, que distintos ambientes machistas, junto con sus “chistes” y su clima de discriminación hacia la mujer, genera en las mujeres un rechazo hacia esa especialidad, principalmente, quirúrgica y con preponderancia de hombres.

La influencia del rol familiar y los estereotipos de género están presentes en el discurso de los médicos más allá de su edad:

Las entrevistas muestran que la persistencia de la división sexual del trabajo es promovida también por los propios médicos varones al interior de sus hogares. Aunque los médicos más jóvenes expresan mayor tolerancia hacia la presencia de mujeres en disciplinas

tradicionalmente masculinizadas, la creencia de que las mujeres deben ser las responsables principales del cuidado de las y los hijos en la infancia temprana no se vincula con un grupo etario específico. Por el contrario, más allá de la edad, la gran mayoría de los médicos entrevistados manifestó que deben ser las mujeres quienes dediquen mayor tiempo al cuidado de sus hijos. Sostienen esta creencia con diferentes argumentos, desde motivos económicos hasta razones “biológicas”. (PNUD, 2018)

Podemos decir que, basándonos en nuestra revisión narrativa, el 21% de los determinantes sociales tienen estrecha relación con el tipo de especialidad debido a la posibilidad de crecimiento y el prestigio social que le brinda al especialista. Este número puede deberse por la falta de modelos líderes mujeres o por la culturalización de que el prestigio es cosa de hombres, entre otras. “La falta de figuras de referencia constituye un obstáculo especialmente importante para el desarrollo profesional de las mujeres, contribuye al mantenimiento del techo de cristal” (Saletti-Cuesta, 2014, p.318). Una mujer líder, consigue inspirar al resto de las mujeres de su entorno, grupo o red social rompiendo estereotipos, mejorando el funcionamiento del equipo y motivando en sus colegas la búsqueda del ejercicio del liderazgo Flores-Domínguez (2012), generando así, un efecto directo en la sociedad deshegemonizando la cultura líder masculina .

En menor proporción encontramos que el 13% de los determinantes son por los ingresos económicos. Desgraciadamente, no encontramos mayor especificación, dentro de los trabajos analizados, de este determinante. Ya que no aclara si está relacionado o no con la vida en familia. Dependiendo de la especialidad, las mujeres prefieren ciertas especialidad por sobre otras debido a su alto ingreso económico. Zener (2016) mostró que más estudiantes mujeres canadienses que hombres prefirieron la especialidad radiología por su alto ingreso económico.

Por último, el determinante que menos se vio es la presencia de mentores. La mentoría son profesionales de la salud ya recibidos y especializados que colaboran con el estudiantado de medicina a lo largo de su carrera. Comparando entre hombres y mujeres, hubo más casos donde las distintas mujeres entrevistadas admitieron que siguieron su especialidad debido a la influencia de su mentora (Roopa Ram 2018). “En ámbitos de salud se han identificado que las mujeres tienen mayores dificultades que los varones para encontrar mentores y modelos a seguir, algunos estudios muestran también peores indicadores de bienestar, mayor probabilidad de estar expuestas a hostigamiento y discriminación, y mayor tendencia a abandonar la residencia”. (Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019)

De todas formas, este determinante es no menor debido a que sólo se tuvo en cuenta su presencia (7%) y no su ausencia en los distintos trabajos. La formación de los y las estudiantes de medicina impacta directamente en los futuros ámbitos laborales y esferas sociales. Existe la necesidad de seguir fomentando en los estudiantes de la carrera de Medicina una concepción humanista en su aprendizaje y en su proyección, particularmente en lo que respecta a la igualdad de géneros y a la deconstrucción de estereotipos sexistas, para estar en mejores condiciones de asumir su rol social (Pacheco Carpio 2014) .

En cuanto a los más mencionados por los trabajos encontramos, el Rol familiar, la flexibilidad horaria y los estereotipos o discriminación por género.

Discusión:

Hay cuestiones que influyen significativamente en la toma de decisiones de las especialidades médicas y difieren entre hombres y mujeres. Durante mucho tiempo se ha caracterizado a las mujeres como “cuidadoras”, “emocionales” y “frágiles”; y a los hombres como “líderes”, “resolutivos” y “fuertes”. Ello haría ideales a unas y a otros para las especialidades clínicas y quirúrgicas respectivamente. Estos roles se han naturalizados a tal punto en el imaginario colectivo que la influencia del género en la elección de su especialidad no fue reconocido por la gran mayoría de las mujeres encuestadas en los trabajos revisados. Por ejemplo, en un estudio cualitativo “las mujeres no identificaron explícitamente el sesgo de género o el sexismo como factores influyentes, aunque sus narrativas sugieren claramente que estos elementos estaban en juego”. (Smith, Bethune, & Hurley, 2018) La segregación laboral horizontal está claramente representada en los estudios analizados, pero lamentablemente no se examina en profundidad. Es decir, la mayoría de los trabajos describe las proporciones de especialistas por género o por cargo jerárquico, pero no va al fondo del problema. Muchas veces esta segregación parece estar relacionada a lo que las mujeres “prefieren”, sin considerar el origen de estas. Sin embargo, *esas preferencias obedecen en gran medida a las ideas y valores que tiene la sociedad en cada momento sobre las funciones y atributos que tiene que cumplir el sexo femenino y el género masculino* (Anker, Richard, 1997). Al querer abordar los determinantes sociales nos vemos en la obligación de definirlos con una mirada mucho más crítica y profunda que, meramente su definición teórica. Los determinantes sociales que fuimos mencionando anteriormente están relacionados entre sí. Nos gustaría poner énfasis en los siguientes puntos:

El modelo de familia patriarcal tradicional es aquel en el cual crece la mayor parte de la sociedad y el que termina impactando directamente en la forma de pensar, actuar y decidir de la mayoría de las personas. Desde el surgimiento del capitalismo como analiza Silvia Federici (2004): se redujo a las mujeres a no-trabajadores... no debían trabajar fuera del hogar. Solo podían realizar tareas relacionadas a la limpieza y cuidado de los miembros de la familia y todo trabajo que se hacía en el hogar por mujeres fue definido como “tarea doméstica”, convirtiéndose en reproductoras de la fuerza de trabajo masculina. De esta manera se les negó la posibilidad de recibir dinero a cambio de su trabajo. Estos roles que más tarde mutaron en aptitudes “naturales” de las mujeres, las transformó en trabajadoras no asalariadas, a las cuales ni siquiera se les reconocía (hasta hace poco) esas tareas como trabajo.

La familia como primer lugar de socialización influye directamente en la formación de los estereotipos de género. Las mujeres son instruidas desde niñas a través del juego y viendo a las mujeres de la familia en tareas de limpieza, cuidado, contención y acompañamiento. Por el contrario los niños son estimulados hacia la fuerza, el liderazgo y la estabilidad emocional.

Las personas crecen en ambientes donde las mujeres centran su vida en la familia y los hombres en su vida académica y profesional y esto parece darse por sentado y no se cuestiona. Así, la familia tradicional se convierte en uno de los lugares donde más se notan los roles de género y a su vez más naturalizados e impuestos están y donde mayor influencia establecen. Al ser educados en esta división sexual del trabajo, es imposible pensar que no tenga un impacto directo en sus futuras elecciones. Cumplir las expectativas creadas durante la niñez lleva a que las mujeres se vean influenciadas a tener tiempo para desarrollar tareas de cuidado, crianza de sus hijos y dedicación de tiempo extra a la familia, en comparación con las exigencias que tienen los hombres en el ámbito familiar que muchas veces corresponden solamente al ingreso económico. “Las mujeres invierten un tiempo promedio por día en el trabajo doméstico no remunerado de 6,4 horas, mientras que los hombres 3,4 horas, teniendo muchísimo más tiempo para su desarrollo académico y profesional. Las diferencias se acentúan cuando no hay ocupación en la mujer o cuando hay niños en el hogar. Las mujeres no ocupadas invierten 6,8 horas, mientras los hombres 3,2 horas. Ante la presencia de un niño en el hogar menor a 6 años, las mujeres invierten 9,3 horas mientras los hombres 4,5” (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2014). Por lo general, estas tareas ni siquiera son elegidas por las mujeres, no cuentan con la libertad y oportunidad para hacerlo y terminan consumiendo el tiempo disponible para otras actividades o deseos personales. “A pesar de que las mujeres ingresan masivamente al sector salud, muchas veces incluso entre parejas donde ambos ejercen la medicina, son las mujeres quienes se ocupan de las tareas del hogar, prefiriendo trabajos remunerados de tiempo parcial, disminuyendo sus ingresos económicos”. (PNUD, 2018).

El segundo determinante más frecuente, junto con la flexibilidad horaria, es la discriminación por género y los estereotipos. Las sociedades perciben la realidad y actúan a través de estereotipos que varían según regiones, sectores sociales y subculturas. Muchos de ellos resultan discriminatorios. En general, los estereotipos (ideas, creencias, opiniones y juicios preconcebidos, transmitidos a través del medio social y de la cultura) se aplican a aquellas personas o grupos que comparten alguna característica o cualidad, pudiendo ser tanto la nacionalidad, pertenencia indígena o afro, edad, como también la elección sexual, entre otras características de una persona. En muchos casos, los estereotipos buscan fundamentos en motivos biológicos o genéticos, entre otros. Habilitan representaciones negativas (de inferioridad, desprecio, etc.) con relación a determinados grupos o personas, y pueden dar lugar a actos discriminatorios. La discriminación es una conducta que se encuentra prevista por nuestro sistema jurídico en la Ley N.º 23.592 sobre Actos Discriminatorios. El sistema sexo/género que hemos detallado ha construido estereotipos discriminatorios respecto de varones y mujeres que, al cruzarse con otros tipos de discriminación, se potencian entre sí. Las mujeres eligen especialidades quirúrgicas por las mismas razones que los hombres. Les atrae la posibilidad de liderar equipos quirúrgicos, el tratamiento definitivo, el ritmo acelerado y la combinación de habilidades cerebrales y artísticas. Sin embargo, algunas de las estudiantes de medicina no solicitan carreras quirúrgicas debido a malas experiencias en sus rotaciones, la falta de mentores y deseo de un mejor estilo de vida fuera del ámbito profesional. Conscientemente o no, las estudiantes de medicina tienden a buscar programas en los que otras mujeres (tanto residentes como asistentes) hayan sido aceptadas, respetadas y exitosas. (Walsh D., 2002).

Lamentablemente, todas estas cuestiones llevan a una falta de igualdad de oportunidades que impacta directamente en nuestro sistema de salud. “Cuando hablamos de igualdad de oportunidades nos referimos a equidad en el acceso a bienes y servicios en muchas situaciones de la vida diaria: trabajo, educación, salud, ambiente, cultura y todos los ámbitos donde las personas se desarrollen” (Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social; Argentina, Ministerio de Educación; Argentina y Organización Internacional del Trabajo, 2012) .

En aquellos lugares donde no haya igualdad en oportunidades, no habrá justicia social. A pesar de que las mujeres hayan alcanzado un Nivel Educativo superior a los varones, siendo para ellas un 22,3% y para ellos un 17,4%, en la Encuesta Permanente de Hogares realizada en Argentina en el primer trimestre de 2018 se ve que teniendo en cuenta los indicadores laborales, la tasa de actividad y de empleo de los varones, supera en más de 20 puntos a la de las mujeres. La tasa de desocupación tiene un comportamiento inverso, siendo para las mujeres 10,6% y para los hombres un 8,0%. Existe un condicionante en estos números que no sigue la lógica, hay un grupo de personas de una misma sociedad con un nivel educativo más avanzado que tiene menor desarrollo laboral y mayor desocupación. (INAM, 2018)

Además, si nos metemos en el mercado laboral, los hombres tienen un nivel educativo universitario completo del 29,8%, mientras que las mujeres del 45,6%. Sin embargo, las mujeres acceden en menor medida que los varones a puestos de decisión, a pesar de haber alcanzado un nivel educativo superior (sólo 3 mujeres de cada 10 personas ocupan cargos de dirección o jefaturas). (INAM, 2018).

En el marco laboral no basta con derechos políticos o civiles que parecieran otorgar cierta “igualdad”. También resulta muy importante garantizar la libertad de las trabajadoras y los trabajadores a la hora de tomar decisiones y la equidad entre los mismos en todos los ámbitos para obtener beneficios y recompensas reales.

Desafortunadamente, las mujeres no lo logran y también se chocan con el “techo de cristal”, una serie de obstáculos que impiden que una mujer alcance puestos de alto nivel en las organizaciones. Este es un término empleado desde finales de los años ochenta del siglo XX para designar una barrera invisible que impide a las mujeres altamente cualificadas, alcanzar puestos de responsabilidad en las organizaciones en las que trabajan (Morrison, White y Van Velsor, 1986; Ramos Barberá y Sarrió, 2003). También es definido como un entramado de obstáculos invisibles que impide a las mujeres cualificadas alcanzar posiciones de poder dentro de las organizaciones (Roldán-García, Leyra Fatou y Contreras-Martinez, 2012). Nuestro país no es la excepción, los puestos de jerarquía y poder son mayoritariamente ocupados por hombres, ya sea por discriminación y estigmatización, como por falta de tiempo por parte de las mujeres por ser obligadas a invertir su tiempo libre en las tareas de cuidado. Y como si esto fuera poco, independientemente del nivel educativo que consigan las mujeres, la ocupación de puestos jerárquicos no varían tanto como en los hombres. El 2,3% de las mujeres que alcanzan un nivel secundario completo obtienen puestos de dirección, mientras el porcentaje es de 5,3%

cuando se trata del universitario. En el caso de los hombres, la diferencia en vez de 3 puntos, es de 5,5, siendo de 4,3% en niveles secundarios y 9,8% en niveles universitarios. Lamentablemente, una base tan importante para los recursos humanos en salud como es la perspectiva de género, pareciera muchas veces ser dejada de lado. Hoy en día hay mujeres que toman decisiones influenciadas por sus chances de en un futuro poder crecer y tener las mismas oportunidades que los hombres. (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

Encontramos evidencia significativa en toda la bibliografía revisada en relación al acceso a la libertad que planteamos. Hay ciertas barreras invisibles que parecen estar interrumpiendo el desarrollo profesional deseado, especialmente en las mujeres, quienes suelen contar con muchas menos oportunidades por el simple hecho de ser mujeres. Esto lleva a que ellas tomen partido por ciertas especialidades, ya que no están dispuestas a pasar por situaciones en las que no se valore su trabajo o en las que no puedan explotar su potencial.

Conclusión: Los roles de género son un conjunto de construcciones socialmente predefinidas en un entorno sociocultural alineado que determinan el curso de nuestros pensamientos, actividades, comportamientos, expectativas y oportunidades. Además de su influencia en lo personal, también impacta en las relaciones interpersonales, la distribución de poder de esas relaciones y la relación con el entorno y de la sociedad, siendo este último espacio el lugar de desarrollo profesional.

En los informes presentados por el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Educación y le Encuesta Permanente de Hogares confirmamos que en la actualidad de la República Argentina los roles guardan una estrecha relación con el sexo biológico a pesar de que no correspondan con la realidad de muchas personas de la sociedad. En la gran mayoría de los trabajos los condicionantes en la elección de la especialidad se repitieron en la temática, al igual que en el género más afectado que fue el femenino. El modelo familiar patriarcal, la desigualdad de oportunidades, el techo de cristal, las condiciones laborales y la discriminación provocada por los estereotipos inflexibles fueron los principales protagonistas.

Nace de este trabajo una gran necesidad de análisis y búsqueda de la influencia de los determinantes socioculturales relacionados con el género en la motivación y elección de la especialidad en los jóvenes médicos. Nos parece fundamental comenzar a conocer en profundidad cuáles son los orígenes y las características de estos roles, principalmente definiendo los determinantes sociales que construyen los sistemas y la fuerza definitoria del comportamiento y las elecciones de los estudiantes, creando inequidades sanitarias, sociales y laborales y presentando un gran desafío para los recursos humanos en salud.

Es trascendental para el buen funcionamiento de la salud pública una buena gestión de los Recursos Humanos en Salud, desde la necesidad que parte de la equidad y justicia social, hasta la pensada en el marco administrativo laboral por la creciente feminización de la medicina. La perspectiva de género en todos los ámbitos es esencial y permitirá seguir

fortaleciendo la igualdad y libertad para todas las personas, como también la prosperidad y felicidad de todas las naciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- Universidad de Buenos Aires (2011) Coordinación General de Planificación y Estrategia Institucional. Censo de estudiantes. Resultados Finales. Sistema de Información Permanente (SIP)
- Eiguchi K (2017). La feminización de la Medicina. Revista Argentina Salud Pública.
- Ministerio de Desarrollo Social (2018), I Boletín de Estadísticas de Género.
- Universidad Rovira i Virgili (2012), Cuadernos de Relaciones Laborales, Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad
- Umea University (2018), Department of Public Health and Clinical Medicine. To select or be selected – gendered experiences in clinical training affect medical students' specialty preferences
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018), Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed. Buenos Aires.
- Universidad Nacional de Lanús (2014), Salud Colectiva, Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI.
- Universidad Anáhuac México Norte (2012), Facultad de Ciencias de la Salud, Educ Med. Feminización en medicina: liderazgo y academia
- American College of Radiology (2016), Women in Radiology: Exploring the Gender Disparity.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] (2014), Encuesta sobre Trabajo no remunerado y uso del tiempo.
- Ministerio de Desarrollo Social (2018), III Boletín de Estadísticas de Género.
- Raúl A. Borracci, Roberto D. Pittaluga, Diego Manente, Mariano A. Giorgi, Miguel Rubio. (2009) Expectativas de los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre su práctica profesional. Medicina v.69 n.6 Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2019), Características de ingresantes al Sistema de Residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus modificaciones a lo largo de 20 años / Laura Antonietti... [et al.].- 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional.
- Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social; Argentina, Ministerio de Educación; Argentina y Organización Internacional del Trabajo, 2012. Igualdad de Oportunidades. Explora, Programa de Capacitación Multimedial
- University of Arkansas for Medical Sciences (2018), Medical Student Education, Understanding Gender Differences Among Medical Students When Choosing Radiology as a Medical Specialty

- Rev. Ciencias Médicas (2014), Estereotipos de género sexistas. Un estudio en jóvenes universitarios cubanos de medicina
- Morrison, White y Van Velsor (1986)
- Ramos Barberá y Sarrió (2003)
- Roldán-García, Leyra Fatou y Contreras-Martinez (2012)
- Walsh D. (2002), Perspectives of a woman resident. Surgery; 131:666-9