

# La feminización del sistema sanitario en el sector hospitalario de la provincia de Buenos Aires



Por Patrizio Petrone

Médico (UNLP)

Posgrado en Mastología (Instituto de Tumores de Milán, Italia)

Especialista en Cirugía General, HIGA Prof. Dr. Luis Güemes

Especialista en Cirugía de Trauma y Cuidados Críticos (University of Southern California, EEUU)

Magister en Políticas y Gestión en Salud (Universidad de Bologna, Italia)

## 1. Introducción y perspectiva histórica

Históricamente, las mujeres han desempeñado una función de suma importancia en la prestación de asistencia sanitaria. Así ocurrió en la mayoría de los países con anterioridad a la aparición de los sistemas modernos de atención de la salud, siendo las mujeres las principales dispensadoras de atención de salud en el seno de las familias y de las comunidades. En muchos países en desarrollo las mujeres actúan como parteras tradicionales que atienden a las demás mujeres de la familia o de la comunidad. Fuera del ámbito familiar, las mujeres ocupan el primer lugar en las filas del personal voluntario que trabaja en los hospitales y otras organizaciones comunitarias. También lo son en las escuelas elementales de muchos países, entre cuyas tareas se encuentra la enseñanza de actitudes y comportamientos favorables para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades.

Son muchas las razones que explicarían el por qué de esta función relativamente mayor de las mujeres. Una explicación se debe a las formas de diferenciación de funciones por razón del género desde su nacimiento mediante aprendizaje y condicionamiento social. Dicha diferenciación se observa en una división sexual del trabajo en el seno de la familia y en el mercado laboral, actitud arraigada en las tradiciones y costumbres sociales donde la idea de que la división del trabajo entre los miembros masculinos y femeninos de la familia es más complementaria que competitiva, y donde los padres sirven como modelos y roles de función. Otro aspecto de la diferenciación es la distinción entre funciones del mercado laboral, destinadas principalmente a hombres, y funciones fuera del mismo, asignadas a las mujeres (Abramzón, 2005).

A lo largo de la historia, las diferentes profesiones y actividades sanitarias han ido construyendo identidades profesionales sexuadas, las que han ido variando según los momentos históricos. Desde la creación de las universidades en el siglo XIII hasta finales del siglo XIX, cuando las primeras mujeres empiezan a estudiar y a practicar la medicina, los miembros de la profesión fueron exclusivamente hombres. Pero la incorporación de actividades codificadas como masculinas ha sido un proceso activo

El presente trabajo es un resumen de la tesis de la Maestría de Políticas y Gestión en Salud. Europa - América Latina, Università di Bologna, sede Buenos Aires, defendida en abril del 2013.

y cambiante en virtud de la cual las habilidades consideradas femeninas se convierten en masculinas, como sucedió con la atención del parto en los siglos XVIII y XIX (Ortiz-Gómez, 2004).

En la segunda mitad del siglo XIX comienza a considerarse que la educación puede preparar a la mujer para cumplir mejor la tarea de formar nuevos ciudadanos y constituir un apoyo adecuado para maridos modernos. Francia era considerada como el centro del progreso en la educación de la mujer, sobre todo a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. La educación femenina francesa de esa época parece contradictoria: en 1882, de las 45 mujeres estudiando medicina en París, sólo nueve eran francesas (Gordon, 2011).

Parte de la respuesta a este fenómeno reside en la cultura local de aquella época promulgada por la Iglesia y las escuelas. La prensa femenina apoyaba el consenso local de la cultura del momento acerca que el entorno natural de las mujeres se hallaba limitada al hogar y a la familia. Fue hasta la edición de 1905 de *La Vie Heureuse*, que comenzó a publicar artículos sobre mujeres practicando actividades deportivas, presentándolas como nuevas posibilidades para las mujeres por fuera de la vida doméstica (Gordon, 2013).

Las vidas de las doctoras Madeleine Pelletier y Constance Pascal ilustran las dificultades de las mujeres en la profesión médica de la época, al negociar el modelo de construcción de género. Prueba de ello es la decisión de Pascal de ocultar todo rastro acerca de su vida privada, hasta incluso haber mantenido en secreto su embarazo. Y el caso de Pelletier, que rechazaba el culto a la maternidad, y que fue arrestada en 1939 por haber ayudado al aborto de una mujer víctima de una violación, interpretándose dicho encarcelamiento como una venganza de la sociedad por haberse opuesto al rol predestinado de la mujer (Gordon, 2013).

En España se discutía sobre la capacidad de las mujeres para adquirir conocimientos que puedan capacitarla para ejercer una profesión. En 1882 M<sup>a</sup> Dolores Aleu Riera es la primera mujer que realiza el examen de grado para obtener la Licenciatura en Medicina. Luego de ello, el director general de Instrucción Pública ordenó que no se admitiera para cursar estudios secundarios a las mujeres, y cuando en 1883 se autorizó nuevamente, se añadió la salvedad de que “sin derecho a cursar después los estudios de Facultad”. Es en 1888 cuando las mujeres retornaron a la Universidad. La presencia femenina en la Universidad española durante el siglo XIX es prácticamente anecdótica y parte de las alumnas no se graduaron (López Sánchez, 2003).

Cecilia Grierson se graduó el 2 de julio de 1889 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires a los 30 años de edad, convirtiéndose así en la primera mujer médico de Argentina y Latinoamérica. En 1891 fue uno de los miembros fundadores de la Asociación Médica Argentina. Colaboró en la primera cesárea realizada en el país en el año 1892, y ese mismo año fundó la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios. En 1894 se presentó a examen para el cargo de profesor de la cátedra de Obstetricia para parteras pero la postulación le fue denegada y el concurso fue declarado desierto, ya que las mujeres no estaban autorizadas a dictar clases en la universidad. Sus últimos días

estuvieron sumidos en la pobreza, solo percibiendo una magra jubilación, lo que no le impidió que donara su casa en la localidad de Los Cocos, Córdoba, al Consejo Nacional de Educación donde se constituyó la Escuela N° 189 que lleva su nombre. Otras instituciones que la recuerdan son la Escuela Nacional de Enfermería en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y el Hospital Zonal General de Agudos en Guernica, Provincia de Buenos Aires. Fallece en Buenos Aires el día 10 de abril de 1934.

María Montessori se graduó en la Universidad de Roma La Sapienza en el año 1896, convirtiéndose así en la primera mujer médico de Italia. Se especializó en psiquiatría y fue, además, educadora, y desarrolló el Método Montessori. Su método fue reconocido en todo el mundo, incluso Mussolini fue el presidente honorario de sus escuelas en Italia, hasta que diferencias ideológicas dieron por concluida su actividad en su país y el gobierno italiano dictaminó su exilio en 1936. Recibió seis nominaciones para el Premio Nobel de la Paz pero nunca recibió ese galardón. Luego de un período en India hasta la finalización de la Segunda Guerra Mundial, se trasladó a Holanda, donde falleció el 6 de mayo de 1952.

## 2. Marco teórico

A pesar que aún en la actualidad hay más varones que mujeres en el mundo del trabajo remunerado, pero debido a que la tasa de empleo de las mujeres ha aumentado y la de los varones ha disminuido, se suele denominar este proceso como *feminización del empleo*.<sup>5</sup> El aumento de la participación femenina responde a un proceso de larga duración vinculado fundamentalmente al acceso de las mujeres a mayores niveles educativos y a transformaciones culturales que influyeron en el cambio de las pautas de fecundidad.

El papel de la mujer ha sido relegado por años a tareas domésticas o de producción artesanal, otorgándole poca capacidad de investigación, producción y creación en campos como el de las ciencias. A pesar de la revolución sexual en los años sesenta y la participación de la mujer en la vida productiva, quedan aún algunos peldaños de difícil acceso que obstruyen su carrera hacia el reconocimiento (Duré, 2009). Incluso muchas mujeres dudan de las capacidades de sus congéneres al preferir acudir a consultas médicas con hombres pues desconfían de las mujeres especialistas. De hecho, en este terreno la inclusión de la mujer no es bien recibida, haciendo que las mujeres que trabajan con hombres tengan que trabajar más para poder demostrar sus capacidades.

El sistema de salud funciona como un sistema de relaciones sociales que produce prácticas y discursos, y que suponen procesos de hegemonía y subalternidad, así como de inclusión y exclusión. El sistema de pautas hegemónico que operó como frontera de prácticas y discursos ha sido el *modelo médico hegemónico*, definiendo al mismo como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como la medicina científica. Este modelo se caracterizó por una concepción de la salud de tipo biologicista, clínica e individual con un en-

foque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica tecnologizada y una cultura medicocentrista que relega al paciente del acto de diagnóstico, de la orientación y la toma de decisiones (Duré, 2009).

A pesar de los cambios en la composición de la fuerza de trabajo sectorial, la persistencia de situaciones de segregaciones horizontal (por tareas) y vertical (por categorías), produce las relaciones típicas de los sectores “femeninos” (Pautassi, 2001). En el caso de segregación vertical, o sea la diferencia entre los potenciales aspirantes a puestos de conducción y quienes efectivamente ocupan dichos cargos, las mujeres no acceden en general a cargos de conducción, como jefatura de servicio o dirección de hospital. En el mismo sentido, la segregación horizontal se da en casos en que la demanda de trabajadores mujeres se presenta en cargos y funciones asociadas con tareas reproductivas y que requieren cuidados maternos, quedando segregadas actividades como cirugía, traumatología o cardiología.

Los médicos constituyen el grupo más representativo dentro del sector universitario. Con casi 200.000 profesionales, Medicina es la disciplina matriculada con mayor cantidad de egresados en el país, seguida por Derecho (148.306), Ciencias Económicas (105.987), Psicología (63.804), y Odontología (53.011), según el INDEC. Existen resguardos en términos de las estimaciones realizadas, impidiendo deducir comportamientos racionales o situaciones de concentración en algunas provincias como consecuencia de políticas de estímulo, sino que es producto de una situación fragmentaria de los propios mercados locales de salud, observándose más precisamente una concentración de médicos en zonas urbanas o en centros universitarios.

Si se toman en cuenta indicadores como la relación médico/paciente, Argentina se encuentra sobrepoblada de profesionales médicos, superando la media de América Latina ya que las relaciones aceptables son de un médico/a cada 750-1000 habitantes. Esta situación se invierte si se considera la relación enfermeras/os por médico, siendo los estándares 3 enfermeras/os por médico, mientras que en Argentina hay aproximadamente 4-5 médicos por enfermera/o (Abramzón, 2005).

Más allá de la mayor apertura que se ha producido en la profesión médica en términos de esta hegemonía de poder, al tiempo que la profesión ha sufrido una fuerte embestida principalmente por la caída y la devaluación de los salarios, no se han revertido las tendencias discriminatorias. Si bien en los últimos años han ingresado mujeres en especialidades “masculinas”, ellas no acceden a la titularidad de cátedra o a la dirección de un hospital (segregación vertical). Pero existen casos en que sí llegan a conseguir la titularidad de cátedras en especialidades consideradas “femeninas”.

Es relevante considerar que muchas decisiones sobre organizaciones de salud y políticas sanitarias se configuran sin tomar en cuenta la naturaleza de los procesos de trabajo. Los esfuerzos por asociar calidad con recursos humanos, promueven una articulación más estrecha entre formación, práctica profesional y capacidad resolutoria de los servicios. Los recursos humanos en salud deben resolver tensiones y conflictos manifiestos, como los

intra e interprofesionales, las relaciones capital-trabajo y trabajador-empleador, sobre todo cuando este es el propio Estado, y otros más solapados como las inequidades sociales, de etnia y de género que atraviesan el mundo del trabajo.

Al considerar el peso relativo del rubro *personal* en el total del presupuesto de un área, se puede observar que salud es un sector “mano de obra” intensivo, solo superado en este sentido por educación, aunque se diferencie de él por ser el de salud un sector de empleo profesional más altamente diversificado y estratificado. Salud resulta ser hoy el campo de práctica para más de 20 profesiones universitarias, con cerca de 100 especialidades, alrededor de 40 carreras técnicas y auxiliares, constituyéndose como un espacio de empleo para otros oficios hasta ocupar en conjunto casi el 5% de la población económicamente activa en varios países de la región (Róvere, 2005, 2006).

Desde la década del '60, las universidades latinoamericanas no han parado de generar una mayor dotación de profesionales de la salud. Varios países se encuentran en una situación autoperceptiva que se podría denominar “sobredotación” o exceso de profesionales, lo que no necesariamente se traduce en desempleo. Sin embargo, otros países tienen hoy un déficit de profesionales médicos, ya sea por su nivel de desarrollo relativo o por falta de planificación.

El estudio de los recursos humanos en salud puede ser enfocado desde diferentes perspectivas, comenzando por la propia demografía profesional que a partir de la lógica de mercado de trabajo estudia su oferta y su demanda. De allí se desprenden desde cifras globales y estimaciones (7,5 millones de trabajadores de salud en la región de América, cerca de 100 millones en el mundo) (Rovere, 2006), hasta diferencias muy refinadas por profesión, asentamiento geográfico, edad y sexo, incluyendo estadísticas más escasas a nivel mundial, con la excepción de los países de la OCDE.

Dado que una parte de la sociedad se especializa en brindar servicios de salud al resto, se puede decir que los recursos humanos en salud son una población dentro de otra, que adquiere características peculiares en términos demográficos, tendencias migratorias, estratificación y extracción social. El primer aporte para comprender integralmente este campo surge de una perspectiva originada en la economía, como son los estudios de mercado de trabajo. Este enfoque sirvió para reforzar la noción de recursos humanos como un objeto de estudio, ofreciendo tratamientos económico-demográficos cada vez más refinados, referidos a la fuerza laboral de todo un país o una región (Róvere, 2006). Desde otras perspectivas, como la de la sociología de las profesiones, han relevado el carácter proactivo de los trabajadores de salud. Este modo es un análisis más político de los recursos humanos, en la medida en que se los percibe como sujetos que constituidos en verdaderos actores sociales, enriquecen y al mismo tiempo incrementan la complejidad del campo de estudio.

Cuando se busca integrar perspectivas de los recursos humanos en salud se hace referencia a una problemática que incluye la existencia y disponibilidad de personas formadas y acreditadas específicamente para trabajar en el sector, calidad, pertinencia y

actualización del conocimiento teórico-práctico que adquirieron, y las capacidades, actitudes y aptitudes en los contextos laborales concretos de aplicación de esos saberes. El campo de recursos humanos en salud excede al de los servicios sanitarios. Sin embargo, surge sistemáticamente una importante constatación: la escasa preocupación, investigación y debate que el tema ha despertado en la cultura del sector e incluso en la configuración del ámbito académico de la salud pública, exceptuando una minoría de países donde la asignación de recursos humanos es definida por mecanismos de planificación, que van desde las oportunidades de formación hasta las políticas de retiro.

A tener en cuenta es la baja visibilidad de la problemática de los recursos humanos, también conocida como visibilidad negativa, definida como la ausencia absoluta de médicos o enfermeros en una localidad, en un hospital, o frente a una catástrofe. Una situación particular de visibilidad emergente se constituye durante un conflicto laboral que hace manifiesta la existencia y la voluntad de expresarse de un conjunto de trabajadores que, al resentir la prestación de servicios, logran que la problemática interna resulte súbitamente expuesta. Dicha visibilidad o invisibilidad se extiende también a la composición por sexo de los trabajadores de la salud, que solo emerge durante alguna controversia.

Desde sus orígenes, el pensamiento económico primero y el gerencial después, tendieron a invisibilizar la problemática de los recursos humanos. Centrados originariamente en el análisis de los incipientes trabajadores industriales, se enfatizaba la noción de mano de obra considerada como un factor productivo, combinable e intercambiable por otros factores. Pero como la lógica de sustitución de factores no funciona bien en este sector, las investigaciones se enfocaron en la discusión sobre las propias categorías profesionales de los recursos humanos.

El debate contraponen la noción de fuerza laboral y de proceso de trabajo insistiendo en su centralidad y la del trabajador en el proceso productivo, en la generación de valor y en que las innovaciones tecnológicas se constituyen en factores amplificadores de las capacidades y habilidades de los trabajadores. Esta perspectiva adquirió una súbita vigencia luego de la caída del muro de Berlín por la recuperación hecha por Drucker, quien sugirió que la especificidad del sector salud, un sector donde la incorporación de nuevas tecnologías no sustituye, sino que más bien requiere una mano de obra mayor y más especializada. La noción de recursos humanos es vista desde el pensamiento gerencial (Weiss, 1992) como un avance con respecto a la noción de mano de obra, es decir una disociación cerebro-mano, típica del taylorismo: unos piensan y otros ponen el trabajo físico.

En 1961 se presentó una iniciativa regional, la Alianza para el Progreso (Róvere, 2006), cuya agenda promovía un componente social del desarrollo, con educación y salud como prioridades. En el campo educativo, los países de América Latina expandieron su matrícula universitaria en el período 1960-1980, llegando a multiplicar por 20 su población estudiantil, debiéndose gran parte de ese aumento al ingreso de estudiantes mujeres por un doble mecanismo: por un lado, la “feminización” progresiva de las carreras tradicionales en salud (medicina, odontología, bioquímica y

farmacia), y por el otro, la incorporación en el ámbito universitario de carreras clásicamente femeninas que hasta ese momento se dictaban en instituciones terciarias, (enfermería, trabajo social, nutrición y obstetricia).

Durante 1972, en el marco del lanzamiento del Plan Decenal de las Américas (Róvere, 2006), el tema de recursos humanos plantearía una meta: lograr una relación de un médico cada 1.000 habitantes. Esta meta, lanzada seis años antes de Alma Ata, para muchos países constituía una verdadera utopía. Al combinarse dicha meta con el énfasis en ampliar la oferta universitaria, sobre todo de las universidades públicas en América Latina, se impulsó la formación profesional en salud, lo que fue aprovechado particularmente por las jóvenes estudiantes, generando un impacto en la composición de la fuerza laboral del sector.

## 2.1 Las organizaciones de salud y el trabajo institucionalizado

Las relaciones de trabajo se encuentran siempre en algún punto entre la explotación y el autoempleo, vivido como un extremo de autonomía, misma que cuando se organiza y consolida como poder corporativo, les genera dificultades a los profesionales de ser sospechosos de operar en contra de los intereses de lo público. Sociológicamente, el mundo de las profesiones identifica al sector salud como un caso paradigmático de sector profesionalista, que con el avance tecnológico y el crecimiento en cobertura y complejidad de los servicios, se ha convertido en un sector altamente institucionalizado, con un gran número de empleados y un ordenamiento jerárquico que refuerza la estratificación profesional. Profesionalización e institucionalización no son independientes, sino que más bien se refuerzan recíprocamente (Sarfatti Larson, 1999). De hecho, el poder médico nunca hubiera sido tal si no existiera el hospital, con su organización, su orden formal y simbólico, sus jerarquías y relaciones. Desde el punto de vista administrativo, en los hospitales se observan estructuras, reglamentos, escalafones, ritmos de trabajo, horarios y recursos, y desde las ciencias sociales, se perciben conflictos, disputas, valores simbólicos y cultura.

Debemos partir de que los servicios de salud constituyen un sector económico intensivo en recursos humanos, por lo que la regulación de su producción y utilización son áreas claves para lograr eficiencia y calidad de la atención de salud que reciben los usuarios. Por otro lado, reconocer que la regulación de los recursos humanos en salud es un campo muy complejo, debido a que el universo de análisis incluye prioritariamente al menos tres componentes sujetos de regulación: la formación de recursos humanos, el ejercicio de la práctica profesional y las relaciones laborales.

El trabajo en salud, por sus especificidades, es un trabajo reflexivo en el cual las decisiones que se toman requieren una articulación de saberes provenientes de diversas instancias: conocimientos científico y técnico, y experiencia laboral y social mediada por la dimensión ético-política (Offe, 2002). Así, el trabajo en salud se caracteriza por desarrollarse en un contexto de incertidumbre re-

sultante de una demanda indeterminada, discontinua, que exige rápidas respuestas, por lo cual la lógica laboral no puede ajustarse rígidamente con determinados criterios de productividad.

## 2.2 Las mujeres en la Facultad de Medicina

El ingreso de las primeras estudiantes de medicina se alineó con otras luchas políticas como el sufragio y el derecho a la planificación familiar. La consecuencia más directa del movimiento feminista en la medicina en Estados Unidos fue un súbito incremento del número de mujeres que estudiaban esa profesión. En 1970 solo el 9% de los estudiantes de medicina eran mujeres, y al final de esa década habían superado el 25%. Las primeras generaciones de mujeres médicas se sentían obligadas a probar que podían hacer las cosas sobre los términos fijados por la dominante posición de los médicos varones. Las nuevas generaciones de médicas exigieron que los médicos cambiaran sus actitudes y conductas, además de la modificación de las prácticas institucionales para adecuarlas a sus necesidades como mujeres.

Por otro lado Konner (Róvere, 2006), preocupado por la caída de la calidad de la atención y la extensión de la denominada “medicina defensiva”, afirma que “algunos predecían que el gran influjo de las mujeres en la medicina humanizaría la profesión. Pero, lejos de esto, estas mujeres han tenido básicamente que adaptarse a la cultura médica masculina antes que cambiarla”.

La participación de la mujer en la fuerza laboral médica creció significativamente en los países centrales (Simoens, 2006) (Cuadro 1).

Según datos de Abramzón el proceso de feminización profesional en la Argentina detectó que los varones eran el 61% del total de médicos en el país. Entre las personas de 65 años y más, este porcentaje aumenta al 80%, mientras que entre los 20 y los 29 años el 59% del total son mujeres. Esta evolución permite suponer que el punto de inflexión de la tendencia se ubicaría en la década de 1980, momento identificado como el de consolidación del ingreso masivo de las mujeres a la universidad. En Brasil (Machado, 1997) se observa que mientras en los años cuarenta la proporción de médicas era del 1%, se eleva en los '80 a 42,9% coincidiendo con lo que señala Abramzón, y en los noventa llega a 48,8% (Cuadros 2 y 3).

Se observa el mismo fenómeno en los Estados Unidos durante las últimas décadas. De hecho, el 50% de los estudiantes matriculados en medicina y el 25% de los médicos en práctica clínica son mujeres (Levinson, 2004).

Es en este contexto que resulta relevante realizar un análisis de empleo sectorial desde una perspectiva de género de algunos datos vinculados a los recursos humanos del sistema de salud pública argentino.

## 3. Metodología

El objetivo general de la presente tesis es identificar la tendencia de la feminización del sistema sanitario argentino, comparado con otros países de América Latina y Europa, y su profundización en el sector hospitalario. A su vez, los objetivos específicos per-

### Cuadro 1 Participación de mujeres sobre el total de médicos ocupados

Países seleccionados, 1970-2000 (en %)

País	Participación en 1970	Participación en 2000
Austria	17,8	33,1
Estados Unidos	6,6	23,1
Finlandia	26,5	50,7
Canadá	10,1	31,1
Hungría	33,3	49,3
Japón	9,1	32,6
Polonia	40,6	54,2
Portugal	15,5	44,9

Fuente: Simoens S, Hurst J, 2006.

### Cuadro 2 Proporción de médicas graduadas en Brasil, por décadas y en %

Década	Porcentaje
1940	1,0
1950	12,3
1960	15,4
1970	28,6
1980	42,9
1990	48,8

Fuente: Machado MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, 1997.

### Cuadro 3 Comparación laboral entre mujeres y varones, en Brasil y en %

Variable	Mujer	Varón
Sector público	75	67
Guardias	46	50
Pluriempleo	49	57
Salario de US\$ 2.000 (1995)	16	24,3
Salario mayor US\$ 2.000 (1970)	41	75

Fuente: Machado MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, 1997.

siguen conocer la distribución de las mujeres por especialidades médicas y en funciones de jefatura, advertir si el estatus global de la medicina repercutirá a partir de su feminización, e intentar reconocer los efectos que tendrá en la práctica profesional, en el vínculo con el paciente y con el equipo de salud.

Se plantean diferentes hipótesis que podrían explicar el presente fenómeno de feminización de la medicina, a saber:

- La graduación sin planificación de estudiantes de las facultades de medicina de Argentina ha contribuido a un número mayor de médicos que el necesario para cubrir las necesidades de atención de la salud de la población.
- Ausencia de políticas sanitarias que incentiven la descentralización de los médicos hacia zonas más lejanas y desprotegidas.
- La excesiva cantidad de médicos en relación a la población en las grandes urbes ha dado lugar a una oferta profesional desmedida con la consiguiente caída del salario real.
- Disminución de las inscripciones de varones a la carrera de

medicina en busca de profesiones más redituables, explicando en cierta medida el aumento de la matrícula femenina.

Se trata de un estudio observacional y descriptivo, con entrevistas personales a dirigentes del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la provincia de Buenos Aires.

#### 4. Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos en el ámbito de la salud pública de la provincia de Buenos Aires. Si bien la información recogida fue extensa y abarcó varios sectores, se encontraron dificultades para obtener datos históricos, por lo que no fue posible proyectar esta sección con la antigüedad deseada, explicada tal vez en parte al no contar con una base de datos

**Cuadro 4**  
**Especialidades elegidas por los aspirantes**  
Distribución total y por sexo

Especialidad	Total aspirantes	Aspirantes sexo femenino
Clínica Médica	438	295
Clínica Pediátrica	427	375
Clínica Quirúrgica	297	113
Anestesiología	288	111
Tocoginecología	212	83
Ortopedia y Traumatología	187	18
Medicina General	138	105
Psiquiatría	89	59
Diagnóstico por Imágenes	89	48
Cardiología	83	38
Oftalmología	80	40
Dermatología	58	54
Neonatología	56	44
Terapia Intensiva	52	23
Neurocirugía	49	9
Gastroenterología	32	17
Otorrinolaringología (ORL)	30	18
Neurología	27	12
Anatomía Patológica	26	21
Urología	18	2
Oncología	15	7
Neumonología	15	8
Emergentología	14	2
Cirugía Cardiovascular Pediátrica	13	5
Nefrología	12	9
Pediatría Comunitaria	11	10
Medicina Física y Rehabilitación	11	8
Infectología	11	8
Psiquiatría Pediátrica	9	7
Cirugía Cardiovascular	6	1
Hematología	4	3
Cirugía Torácica	4	1
Hemoterapia	2	1
<b>Totales</b>	<b>2.825</b>	<b>1.655</b>

Fuente: Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud. Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2011.

electrónicos que recoja información acerca del personal sanitario y su evolución demográfica y por especialidades a través del tiempo. La primera etapa corresponde al análisis del ingreso al sistema de residencias médicas hospitalarias de la provincia de Buenos Aires. En el año 2011, hubo un total de 2.825 aspirantes, de los cuales 1.655 (58%) correspondieron al sexo femenino, y 1.170 (42%) fueron del sexo masculino. Los aspirantes se distribuyeron por indicadores de sexo y especialidad, según se muestra en el Cuadro 4.

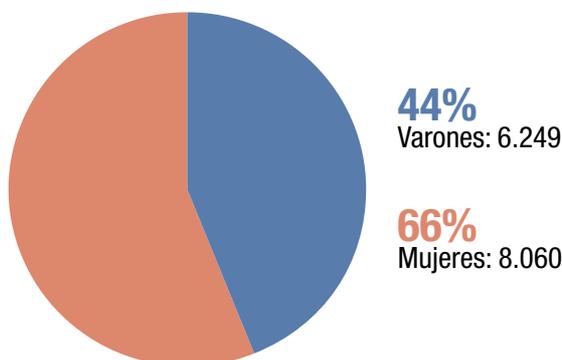
En cuanto al rendimiento en el examen de admisión en el año 2011, 59 de los 100 mejores exámenes pertenecen a aspirantes del sexo femenino. Respecto de la adjudicación de cargos ingresaron 809 aspirantes sobre el total de 2.825 (28%), de los cuales 506 (62%) fueron mujeres, y 303 (38%) eran varones. Se examinó la relación entre el examen y los aspirantes provenientes de dos de las universidades nacionales más importantes. El número de mujeres superó ampliamente al de varones, 745 y 387, respectivamente, mostrando un rendimiento en el examen superior para el sexo femenino (66,09) comparado al sexo masculino (64,97). Según datos del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la provincia, correspondientes al tercer trimestre de 2012, da cuenta que existen 14.309 agentes pertenecientes a la Carrera Profesional Hospitalaria (CPH, Ley 10471), y 25.298 agentes pertenecientes a la Administración Pública en Salud (APS, Ley 10430), la cual engloba al personal administrativo, al técnico y al no universitario. De la CPH, 8.060 (56%) pertenecen al sexo femenino, mientras que 6.249 (44%) son del sexo masculino (Figura 1).

La distribución por franja etaria y por especialidades se ilustran en los cuadros 5 y 6, respectivamente.

Por otra parte, del total de APS, 17.443 (69%) correspondían al sexo femenino, y 7.855 (31%) eran masculinos (Figura 2), duplicando a sus compañeros varones en casi todas las franjas etarias (Cuadro 7).

En cuanto a la situación de los directivos de los hospitales públicos dependientes del Ministerio de Salud, la proporción por sexo se halla invertida. Así, de los 77 directores ejecutivos, 56 (73%)

**Figura 1**  
**Distribución por sexo de agentes pertenecientes a la Carrera Profesional Hospitalaria de la provincia de Buenos Aires**



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

son varones, mientras que 21 (27%) son mujeres (Figura 3), al igual que en las direcciones asociadas, donde de un total de 148 directores asociados, 103 (70%) pertenecen al sexo masculino, y 45 (30%) son del sexo femenino (Figura 4).

Datos de Italia muestran una evolución similar en el momento del acceso a las *Scuole di Specializzazione*. El último relevo a nivel nacional muestra que las mujeres inscriptas para el año académico 2007-08 eran el 63%, mientras que en el mismo año se graduaba el 58,4%. Si bien pareciera que la formación de especialidades no hiciera distinciones de acceso, el 55% de los que asumían eran médicos varones, probablemente debido a una mayor necesidad de especialidades prevalentemente masculinas.

En los Estados Unidos, durante el año académico 1995-96 el 60,9% eran varones, número que descendió a 56,2% para el pe-

**Cuadro 5**  
**Distribución de agentes pertenecientes a la Carrera Profesional Hospitalaria por sexo según tramo de edad**

Tramo de edad	Femenino	Masculino	Total
25 – 29	68	18	86
30 – 34	588	304	892
35 – 39	1.108	669	1.777
40 – 44	1.338	929	2.267
45 – 49	1.423	1.018	2.441
50 – 54	1.293	964	2.257
55 – 59	1.437	1.255	2.692
60 – 64	633	803	1.436
65 – 69	167	273	440
70 y más	4	15	19
<b>Totales</b>	<b>8.059</b>	<b>6.248</b>	<b>14.307 *</b>

Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

**Cuadro 7**  
**Distribución de agentes del régimen para el Personal de la Administración Pública por sexo según tramo de edad**

Tramo de edad	Femenino	Masculino	Total
Hasta 24	234	209	443
25 – 29	990	576	1.566
30 – 34	1.587	808	2.395
35 – 39	2.246	1.081	3.327
40 – 44	2.412	1.149	3.561
45 – 49	2.598	1.212	3.810
50 – 54	2.778	1.153	3.931
55 – 59	2.281	842	3.123
60 – 64	1.712	555	2.267
65 – 69	518	197	715
70 y más	30	39	69
<b>Totales</b>	<b>17.386</b>	<b>7.821</b>	<b>25.207</b>

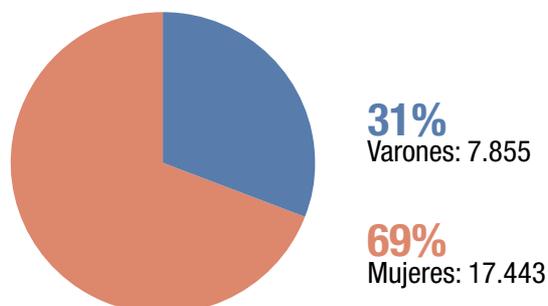
Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

**Cuadro 6**  
**Distribución de profesionales médicos de la Carrera Profesional Hospitalaria por sexo según especialidad**

Especialidad Médica	Femenino: n (%)	Masculino: n (%)	Total
Clínica Médica	822 (48,6)	869 (51,4)	1.691
Clínica Pediátrica	820 (65,8)	426 (34,2)	1.246
Obstetricia-Ginecología	604 (59,2)	417 (40,8)	1.021
Cirugía-Clínica Quirúrgica	124 (15,3)	688 (84,7)	812
Terapia Intensiva	219 (34,8)	410 (65,2)	629
Ortopedia y Traumatología	47 (7,8)	553 (92,2)	600
Neonatología	315 (63,9)	178 (36,1)	493
Cardiología	142 (29,9)	333 (70,1)	475
Psiquiatría y Psicología Médica	229 (63,8)	130 (36,2)	359
Diag. por Imágenes y Radiodiagnóstico	134 (52,5)	121 (47,5)	255
Cirugía-Neurocirugía	20 (11,6)	153 (88,4)	173
Hematología-Hemoterapia	110 (68,6)	50 (31,3)	160
Oftalmología	82 (58,6)	58 (41,4)	140
Anatomía Patológica	98 (70,5)	41 (63,9)	139
Gastroenterología	48 (36,1)	85 (63,9)	133
Neurología	66 (51,2)	63 (48,8)	129
Urología	4 (3,2)	120 (96,8)	124
Otorrinolaringología (ORL)	41 (34,7)	77 (65,3)	118
Neumonología	51 (44,3)	64 (55,7)	115
Anestesiología	40 (35,1)	74 (64,9)	114
Infectología	77 (70,0)	33 (30,0)	110
Medicina General	69 (64,5)	38 (35,5)	107
Nefrología	53 (55,2)	43 (44,8)	96
Terapia Intensiva Pediátrica	51 (54,8)	42 (45,2)	93
Dermatología	70 (76,9)	21 (23,1)	91
Cirugía-Otras Subespecialidades	13 (14,3)	78 (85,7)	91
Oncología	40 (50,6)	39 (49,4)	79
Cirugía-Cardiovascular	9 (13,0)	60 (87,0)	69
Cirugía-Plástica y Reparadora	21 (31,3)	46 (68,7)	67
Rehabilitación-Fisiatría	32 (68,1)	15 (31,9)	47
Alergología-Inmunología	22 (47,8)	24 (52,2)	46
Endocrinología	25 (73,5)	9 (26,5)	34
Nutrición	27 (84,4)	5 (15,6)	32
Reumatología	12 (48,0)	13 (52,0)	25
Radioterapia	8 (66,7)	4 (33,3)	12
Toxicología	8 (80,0)	2 (20,0)	10
Emergentología	7 (84,5)	1 (12,5)	8
Medicina Nuclear	3 (42,9)	4 (57,1)	7
Geriatría	3 (60,0)	2 (40,0)	5
Genética Médica	3 (100)	0 (0,0)	3
Deportología	0 (0,0)	1 (100)	1
Medicina Laboral	0 (0,0)	1 (100)	1
Medicina Legal	0 (0,0)	1 (100)	1
Neumotisiología	0 (0,0)	1 (100)	1
<b>TOTAL</b>	<b>4.569 (45,9)</b>	<b>5.393 (54,1)</b>	<b>9.962 *</b>

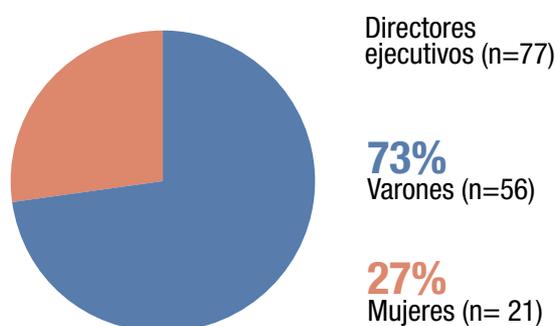
Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

**Figura 2**  
**Distribución por sexo de agentes pertenecientes al régimen para el Personal no médico de la Administración Pública del sector salud de la provincia de Buenos Aires**



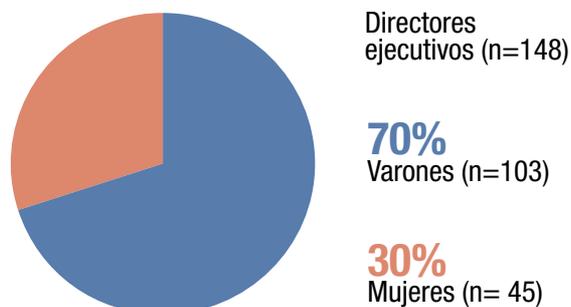
Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

**Figura 3**  
**Proporción por sexo en los puestos de Dirección Ejecutiva de los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires**



Fuente: Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

**Figura 3**  
**Proporción por sexo en los puestos de Direcciones Asociadas de los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires**



Fuente: Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2012.

riodo 2000-01. En el año 2003, el número de mujeres superó al de varones por primera vez, y pareciera haberse equilibrado para el período 2008-09 donde los varones fueron el 50,5%, según el informe del *Texas Higher Education Coordinating Board*.

## 5. Discusión y conclusiones

Las universidades nacionales argentinas son autárquicas de los Ministerios de Educación por la Reforma Universitaria de 1918. Una de las medidas educativas instauradas con el retorno de la democracia en 1983 fue la eliminación de los exámenes de ingreso a las distintas facultades. Como consecuencia, el ingreso a las facultades de Medicina es irrestricto, sin tener ningún tipo de control respecto del número de ingresantes ni de graduados, con ausencia total de planificación acerca de las necesidades reales de profesionales de la salud en el territorio nacional, rompiendo de esa manera el equilibrio entre médicos retirados de la actividad y un número cada vez mayor de nuevos profesionales.

Según la OPS, el sistema universitario argentino pasó de formar 4.500 médicos por año hasta principios del 2000, a casi 6.000 egresados de todas las facultades de medicina de nuestro país para el año 2011. Luego de la graduación, le sigue la selección de la especialidad y examen de ingreso a las Residencias de Profesionales de la Salud. Desde el punto de vista cuantitativo, uno de los eventos de evaluación y oposición más importante de Latinoamérica, es el sistema de residencias médicas de la provincia de Buenos Aires. Cerca de 3.000 postulantes por año dirimen la posibilidad de un acceso a una capacitación de post-grado, al que ingresan menos del 30% (Reichenbach, 2011).

Esta situación denota una escasa historia de investigación y análisis del mecanismo de egreso de los graduados e ingreso de los aspirantes, pero sobre todo expone una nula articulación y sinergia con las facultades y con los postulantes, sumado al hecho que pocos profesionales se alejarían por decisión propia de los centros urbanos con mayores posibilidades de acceder a mejores salarios y cercanos a centros universitarios y académicos, máxime con la ausencia de políticas sanitarias que incentiven su descentralización.

En Argentina el número de médicos crece históricamente a una tasa superior a la de la población: mientras esta aumenta a un ritmo de 1,5% anual, los médicos lo hacen al 5%. Según un informe de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas de 2011 (ACAMI, 2011), Argentina es el segundo país del mundo con mayor cantidad de médicos, al contar con uno cada 200 habitantes, siendo solo superado por Italia que cuenta con uno cada 180 habitantes. Argentina aventaja a España (240), Alemania (290), Francia (330), Estados Unidos (360), Canadá (440), Japón (520), Reino Unido (600), Brasil (780), y Chile (900). La Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias de la Nación calcula que, de los 92.000 profesionales médicos que había en el año 1998, habría unos 200.000 en el año 2011. La distribución de los recursos humanos y sanitarios también es inequitativa. Mientras que en CABA ejerce un profesional cada 30 habitantes, en provincias como Santiago del Estero, Formosa, Chaco y Misiones hay un médico cada 700 habitantes (ACAMI, 2011).

Los factores y situaciones hasta aquí expuestos explican claramente la disminución de las inscripciones de los varones a la carrera de medicina en busca de profesiones más redituables. Mientras que en 2001 los varones eran el 61%, en la actualidad más del 80% son mujeres. La elección que realizan los aspirantes al sistema de residencias médicas reproduce la representación económica de las especialidades en el mercado laboral y el desmedro creciente del prestigio de las especialidades básicas (Reichenbach, 2011).

El mismo fenómeno ocurre en los Estados Unidos (Texas, 2011; Toronto, 2005), reportándose que el número total de estudiantes de medicina había descendido entre 1995 y 2001, siendo más abrupta la caída de los aspirantes masculinos. Estudios encontraron que extensas jornadas laborales y las obligaciones de su profesión ejercen una presión importante en la vida de las médicas, y se mostró que más del 50% de las mujeres médicas se casaban con alguien de su profesión, hecho que agregaba más presión aún en un intento por compensar las largas horas de trabajo de su pareja. Este proceso de feminización ha traído efectos positivos en la profesión médica, ya que los nuevos estudiantes y residentes exigen horarios más cortos para disponer de más tiempo para su familia y para recreación (Ross, 2003). Algunos de esos cambios son programas de residencia más flexibles, trabajo *part-time*, y licencias por maternidad y paternidad. Por otro lado, se sugiere que la feminización puede tener consecuencias negativas, denominando *pink collar* (Ramírez de Arellano, 1990) a las implicaciones de la feminización de la medicina como mayor porcentaje de mujeres en ciertas especialidades, localización en áreas urbanas, y tendencia a ser asalariadas y trabajar menos horas, obteniendo así menores ingresos.

Este fenómeno tampoco ha sido ajeno en otros países de Latinoamérica. Desde el año 1980 en que el 34% de los estudiantes de medicina eran mujeres, la UNAM (Álvarez Llera, 2006) reportó que en 2003 la población femenina alcanzó el 64% en contraste con los varones que descendieron al 36%. Mientras que en Costa Rica el fenómeno de feminización de la medicina no se replica como en otros países (65% son varones) (Castillo Martínez, 2006), en Colombia el 71% de las actividades del sector salud están ocupadas por mujeres (Correa Olarte, 2005). Por otro lado, en Bolivia y Chile con 47%, y Perú con 45%, el proceso de feminización está ocurriendo pero más lentamente (Bonilla Rodríguez, 2005), mientras que Brasil se aproximaría al 50% en los próximos años (Machado, 2006; Oliveira, 2008; Matos, imprenta).

También existe un estereotipo de género. Se prefieren mujeres para problemas preventivos, psicosociales, de salud mental, dermatología y de medicina general (Fang, 2004; Delgado, 1999). Para problemas sexuales y del aparato excretor, los pacientes suelen escoger profesionales de su mismo sexo. Una encuesta realizada en New York a 200 niños de ambos sexos de entre 8 y 13 años de edad, encontró que el 79% prefería ser atendido en la sala de urgencias por una mujer, pero el 60% de los padres preferían a varones (Waseem, 2005). La Universidad de Michigan reportó que la excesiva cantidad de mujeres ingresando en sectores de atención primaria puede producir que a pacientes varones les cueste encontrar médicos de su mismo sexo (Menees, 2005), pudiendo provocar poca predisposición en buscar atención médica temprana.

Skelton (1999) observó que los médicos hablan más que los pacientes en la consulta, pero las mujeres no más que los varones, aunque éstas comunican mejor. Existen estudios en los que se reportó que las mujeres invierten más tiempo con sus pacientes por visita, y que tienden a entregar más consejos sobre medidas de prevención (Fang, 2004; Skelton, 1999). Por otro lado, esa cantidad de tiempo invertido le permite ver menos pacientes, lo que en muchos casos significa menos dinero (Ross, 2003). Las mujeres tienden a ser más sensibles a los temas emocionales de los pacientes, ofreciéndoles más apoyo, pudiendo generar mejores resultados y menor incidencia de juicios de mala praxis (Lurie, 1993; Roter, 2002).

No está del todo claro el efecto de la feminización sobre la fuerza laboral, ya que estudios publicados en los Estados Unidos y Europa demostraron que, si bien las mujeres tienden a trabajar menos horas y a tomar tiempo más tiempo *off* durante el embarazo y el puerperio, también es cierto que luego del período de crianza de sus hijos, permanecen más tiempo en su carrera profesional y se retiran más tarde que muchos varones (Batchelor, 1990).

Una afirmación controvertida acerca del efecto de la feminización es la declinación en el estatus social de la profesión. En Rusia (Harden, 2001) y Estonia (Barr, 2001), donde la medicina es dominada por las mujeres desde hace tiempo, es considerada como una ocupación de bajo estatus. Si bien es verdad que el prestigio de la medicina ha declinado en la sociedad durante las dos últimas décadas en coincidencia con el aumento de las mujeres en la medicina, las razones de ello son complejas y multifactoriales, y pertenecen a tendencias de las sociedades más allá de la profesión médica en sí misma.

La incorporación masiva de las mujeres al sistema de salud es ambigua. En principio las profesiones se feminizan cuando pierden prestigio social o rédito económico, y esto es lo que ha sucedido en nuestro país con la salud. Mientras en muchos países el fenómeno de la feminización de la medicina ocurre por un real avance de las mujeres en la profesión, y puede acarrear una disminución de ingresos y de estatus en el futuro, en Argentina se está presentando de la manera inversa, es decir, la pérdida progresiva de los salarios hace que los varones migren hacia otras profesiones. Nadie duda de la capacidad intelectual de las mujeres, siendo una prueba tangible más que suficiente de ello los resultados obtenidos en los exámenes de ingreso al sistema provincial de residencias médicas hospitalarias, pero este fenómeno es un progreso engañoso, ya que esos lugares en los que teóricamente avanzan las mujeres deberían hacerlo desde un punto de vista más competitivo, “de igual a igual”, y no ocuparlos porque los varones los dejan vacantes. Actualmente la matrícula es mayoritariamente femenina, con un nivel de capacitación similar, pero el empoderamiento de las mujeres no se ha traducido en una verdadera cuota de poder, con una desproporción entre el número de mujeres que ejercen la Medicina y las que ocupan puestos de responsabilidad y, si bien en la actualidad no hay ningún tipo de discriminación en materia laboral ni salarial, existen notables diferencias entre ambos sexos. El ejercicio de la profesión médica plantea *a priori* una situación de total igualdad en el plano laboral para varones y mujeres. Sin embargo, factores

sociales, culturales e, incluso, biológicos, pueden hacer que una situación en principio igualitaria de forma teórica, nos haga desembocar en situaciones de igualdad formal que no se corresponden con una igualdad real.

Finalmente, es importante destacar la escasa relación existente entre el conocimiento y la formulación de políticas públicas en Argentina, y por ende la importancia técnica y de argumentos de calidad académica que cuente con información desagregada, para aumentar la capacidad de convocatoria a los distintos actores gubernamentales y de la sociedad civil involucrados en el sector salud, para

proponer de forma participativa, informada y consensual las estrategias, planes y programas que el sector requiere para contribuir al empleo de manera más equitativa, justa y eficiente.

Como conclusión final, la demografía de las profesiones de la salud está cambiando en Argentina y en el mundo, con una feminización creciente de la profesión médica. Está claro que la feminización ha traído aparejada una serie de ventajas tanto para los pacientes como para los trabajadores de la salud. No obstante ello, la feminización también viene acompañada de nuevos desafíos que deberán ser abordados oportunamente

## Bibliografía

- Abramzón M. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS), Buenos Aires, Argentina, 2005.
- Álvarez Llera G, Sánchez Meza CV, Piña Garza B, Martínez-González A, Zentella Mayer M. Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina. *Rev Fac Med UNAM* 2006;49(4):151-5.
- Barr DA, Boyle EH. Gender and professional purity: explaining formal and informal work rewards for physicians in Estonia. *Gender & Society* 2001;15:29-54.
- Batchelor AJ. Senior women physicians: the question of retirement. *NY State J Med* 1990;90: 292-4.
- Bonilla Rodríguez VE, López de Méndez A, Cintrón Rodríguez ME, Ramírez Pagán S, Román Oyola R. Feminización de la matrícula de educación superior en Puerto Rico. *Cuaderno de Investigación en la Educación* 2005;20:1-26.
- Castillo Martínez A. El desarrollo de Recursos Humanos en salud: un hito en construcción. *Gaceta Médica de Costa Rica* 2006;(Sup2):1-12.
- Correa Olarte ME. La feminización de la educación superior y las implicaciones en el mercado laboral y los centros de decisión política. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia, Mayo 2005.
- Delgado A. Preferencias y estereotipos del paciente sobre el género del médico de familia. *Aten Primaria* 1999;31(23):268-74.
- Duré MI, Cosacov N, Dursi C. La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa. *Revista de la Maestría de Salud Pública* 2009;7(13):1-30.
- Fang MC, McCarthy EP, Singer DE. Are patients more likely to see physicians of the same sex? Recent national trends in primary care medicine. *Am J Med* 2004;117(8):575-81.
- Gordon L. Women in French medicine and psychiatry in the belle époque: A feminist cause? *Maturitas* 2011;68:168-71.
- Harden J. “Mother Russia” at work: gender divisions in the medical profession. *The European Journal of Women’s Studies* 2001;8:181-99.
- Levinson W, Lurie N. When most doctors are women: what lies ahead? *Ann Intern Med* 2004;141:471-4.
- López Sánchez I, Ortiz Sáenz de SR, Morillo T, Hidalgo Valverde MJ, López Ramírez ME. La situación de la mujer en la medicina actual. *El Médico Interactivo*, Número 892, Enero 2003.
- Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Informe de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Toronto, Canadá, Octubre 4-7, 2005.
- Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care for women: does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 1993;329(7):478-82.
- Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Editora Focruz, Rio de Janeiro, Brasil, 1997.
- Machado MH, Wermlinger M, Tavares MFL, Moysés MNM. Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização. Observatório de Recursos Humanos. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, Brasil, 2006.
- Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC de. Profissões e ocupações de Saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. En imprenta.
- Menees SB, Inadomi JM, Korsnes S, Elta GH. Women patients’ preference for women physicians is a barrier to colon cancer screening. *Gastrointest Endoscop* 2005;62(2):219-23.
- Offe K. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. N. Deluiz, Formação, PROFAE-Ministerio de Saúde, n° 2, mayo 2002.
- Oliveira MC de. Os modelos de cuidados como eixos de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em Saúde. *Rev Bras de Educação Médica* 2008;32(3):347-55.
- Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac Sanit* 2004;18(Sup1):189-94.
- Pautassi LC. Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina. CEPAL, Publicación de las Naciones Unidas. Santiago, Chile, 2001.
- Ramírez de Arellano AB. “Pink collar” medicine: implications of the feminization of the profession. *PR Health Sci J* 1990;9(1):21-4.
- Reichenbach JAJ, Merlo LI, Gómez W, Gianfrini MF. Selección de Residentes: Construcción futura de la salud. Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 2011.
- Ross S. The feminization of medicine. *Medicine and Society*, Volume 5, Number 9, September 2003.
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002;288(6):756-64.
- Rovere M. Recursos humanos en salud. Bases para una agenda impostergable. Presentado en la reunión del Plan Fenix II, Proyecto Estratégico de la Facultad de Ciencias Económicas (UBA), agosto de 2005.
- Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Organización Panamericana de Salud (OPS), Washington, DC, 2006.
- Sarfatti Larson M. Presentación en el Foro sobre Estudios sobre la Universidad, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (UBA), Buenos Aires, Argentina, 1999.
- Simoens S, Hurst J. The supply of physicians services in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, n° 21. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), París, Francia, 2006.
- Skelton JR, Hobbs FD. Descriptive study of cooperative language in primary care consultation by male and female doctors. *BMJ* 1999;318(7183):576-9.
- Texas Department of State Health Services. The feminization of the health care workforce: implications for Texas-2011. Texas, Estados Unidos, Junio 2011.
- XIV Congreso Argentino de Salud. Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI). Mar del Plata, Argentina, Septiembre 2011.
- Waseem M, Ryan M. “Doctor” or “Doctora”: do patients care? Department of Emergency Medicine, Lincoln Medical and Mental Health Center. New York, NY, Agosto 2005.
- Weiss D. La función de los recursos humanos. Ciencias de la Dirección, Madrid, España, 1992.