

# VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

BUENOS AIRES – 4 DE OCTUBRE 2018

## REUNIÓN DEL OBSERVATORIO DE DERECHOS HUMANOS “GÉNERO EN EL SECTOR SALUD: FEMINIZACIÓN Y BRECHAS LABORALES”

SALÓN PERITO MORENO - FRONDIZI – SENADO DE LA NACIÓN

PRESIDENCIA DE LA SEÑORA SENADORA (M. C.) NORMA MORANDINI

*- En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Salón Perito Moreno - Frondizi del H. Senado de la Nación, a las 10.16 del 4 de octubre de 2018:*

**Sra. Morandini.-** Buenos días.

Deseo agradecerles por el sacrificio que han hecho para llegar hasta aquí. Agradezco la presencia del señor senador Mario Fiad, quien preside la Comisión de Salud; de la doctora Inés Brizuela y Doria, senadora por La Rioja, quien preside la Comisión de Derechos y Garantías del Senado de la Nación –me gusta más llamarla de Derechos Humanos–, y de la diputada Villavicencio, de Tucumán.

Antes de pasar a este exhaustivo y tan útil informe que nos han preparado, quiero contarles que en el Observatorio trabajamos para, de alguna manera, sostener conceptualmente el trabajo legislativo desde la perspectiva de los derechos humanos a partir de que nuestra Constitución, justamente, les ha dado jerarquía constitucional a todos los tratados internacionales que los atañen.

Ahora bien, esta agenda tan ambiciosa de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que es la Agenda 2030 –la de los ODS–, nos ha dado también otro marco para poder ir trabajando en este sentido. Es por eso que hemos organizado este encuentro en combinación con la Comisión Parlamentaria de Diputados vinculada a los ODS. En efecto, la Cámara de Diputados tiene una comisión específica en el tema de los ODS.

Queremos darle marco a esta reunión y hablar sobre la importancia de este informe que se ha presentado en el PNUD, y que han preparado las doctoras, abordando un tema tan interesante como el de la situación de las mujeres en el sector de la salud.

En general, uno está habituado a los gráficos y a los números y, en realidad, este informe es tan exhaustivo que no solo tenemos los números y los gráficos que nos advierten sobre la feminización que ha habido en el sector de la salud, sino que también, a partir de los testimonios concretos, uno ve cómo sobreviven todavía los prejuicios culturales.

Luego, dentro de todo se encuentra la maravilla de nuestros antecedentes con estas pioneras que fueron las primeras médicas argentinas que no nacieron de ninguna costilla poderosa, sino, más bien, de la cabeza de ese hombre poderoso que fue Sarmiento, que creó las escuelas normales. Y las que salieron de ahí y se formaron después fueron médicas.

Por consiguiente, para empezar a trabajar, le voy a dar la palabra a Jimena para que nos cuente un poco. Ella está en el Observatorio de la Agenda 2030 de la Cámara de Diputados y es con ellos que hemos organizado esta jornada.

**Sra. Boland.-** Buen día a todos y a todas.

En primer lugar, deseo excusar a nuestro director general, el doctor Cincunegui, quien, lamentablemente, hoy no puede acompañarnos.

Deseo contarles que en conjunto con el Observatorio de Derechos Humanos del Senado venimos articulando acciones para tratar de promover e implementar la Agenda 2030, que es el objetivo que tiene nuestro Observatorio Parlamentario.

Les cuento que este Observatorio de la Cámara de Diputados se encuentra conformado por el Foro Parlamentario, que está integrado por los presidentes de los bloques e interbloques y por las autoridades de las comisiones permanentes. Y también tiene un equipo técnico que depende de la Presidencia de la Cámara:

---

Mauricio Grotz, Catalina Cirio y, quien les habla, Jimena Boland.

Nos pareció súper interesante el informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo: "Género en el sector salud: feminización y brechas laborales", porque se encuentra estrechamente vinculado con la Agenda 2030.

Entendemos que se da en la intersección, sobre todo, de dos objetivos: el 5 de igualdad de género y el 8 sobre trabajo decente y crecimiento económico.

Nos parece que contribuye a visibilizar las brechas entre varones y mujeres en el sector de la salud y propone, sobre todo, y esto es lo más interesante, diversas líneas de acción para intentar zanjarlas.

Habíamos avanzado un poco más en algunas definiciones sobre lo que es la discriminación contra las mujeres y de qué manera trabajar para zanjar estas cuestiones. Todo ello contribuiría a lograr la meta 5.1 y también la 5.4, que tiene que ver con el trabajo doméstico no remunerado y los cuidados, que también es una cosa que se desprende del trabajo sobre el que ahora nos van a comentar. Pero las trabajadoras de la salud siguen siendo las que destinan más tiempo para el cuidado que sus pares varones.

También nos parecía que era importante tomar la categoría de "trabajo decente", que se define como aquella que garantiza oportunidades, tanto para varones como para mujeres, para obtener un trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad, dignidad y que implica la igualdad de oportunidades y de trato para todas las personas, y también incluyendo ahí la igualdad de remuneración por igual trabajo.

También en el ámbito de la salud, nos parece que queda un camino por recorrer para cumplir con estos objetivos, ya que vemos tanto brechas salariales como oportunidades profesionales de las mujeres en relación a los varones.

Como Congreso creemos que debemos atender estas cuestiones vinculadas con las oportunidades de legislación, el rol de la fiscalización y lo atinente a la participación ciudadana.

Por eso consideramos súper valiosa la participación de ustedes, la agradecemos mucho y creemos que los objetivos no se van a poder lograr sin la participación equitativa de varones y de mujeres.

Muchas gracias.

**Sra. Morandini.-** Muchísimas gracias.

Para no cometer los olvidos del descuido, deseo agradecerle a la diputada Alejandra Martínez, que también nos acompaña siempre.

Por otro lado, creemos fundamental que esto es un insumo para los asesores y para los legisladores.

Asimismo, deseo agradecerle a la senadora Durango que preside la Banca de la Mujer que, si bien ha tenido que viajar, nos envía una nota de adhesión en relación a este encuentro.

Y para dar el marco de por qué esto, hace poco leí algo que me entusiasmó y lo voy a usar y repetir, porque es una síntesis perfecta del representante de los ODS en España. Dice así: "Gestionamos el pasado, ahora tenemos que organizar el futuro".

Realmente creo que en la Argentina hemos denunciado la violación de los Derechos Humanos y hoy estamos en un momento muy auspicioso, que es el de encarnar en políticas públicas que obliguen a los gobernantes a cumplir con las convenciones que se firman. Entre ellas, la CEDAW, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Y si bien ya hemos hablado de una Convención global, repetimos todo el tiempo sobre la

---

necesidad de hacer efectiva esta igualdad que, por suerte, se ha incorporado ya como un valor compartido.

Además, quiero contarles brevemente que de los proyectos legislativos que se encuentran en el Senado hay muy pocos vinculados directamente con la cuestión de género. Y, en relación con la igualdad de género en el ámbito laboral, la mayoría se refieren más a la necesidad de actualizar el régimen de licencias y a garantizar la paridad salarial con el acceso igualitario a los puestos jerárquicos. De modo que esta es una razón por demás suficiente para escucharlas en este informe tan exhaustivo que han preparado.

**Sra. Catterberg.-** Muchas gracias.

En nombre del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y del representante que hoy no ha podido venir, el señor René Mauricio Valdés, quisiera decirles que es para nosotros un privilegio estar hoy en el Congreso de la Nación publicando *Género en el sector salud*.

Quisiéramos agradecer muy especialmente al Observatorio de Derechos Humanos, a su directora y también al Observatorio Parlamentario, a todo su equipo y a Juan de Dios Cincunegui.

En forma breve, también quisiera presentar a las doctoras Isabel Duré y Andrea Andreacchio.

Isabel Duré es especialista en Recursos Humanos en Salud. Ha sido directora de Recursos Humanos del Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Es también consultora de OPS y ha sido una de las consultoras principales en este trabajo que hemos realizado.

Y la doctora Andrea Andreacchio es cirujana y ha sido fundadora y presidente –y luego les contará un poco más– de la Red de Cirujanas Argentinas.

A continuación, durante mi alocución, realizaré una presentación en PowerPoint. Vamos directamente a ella y, luego, las doctoras van a hacer comentarios y, finalmente, quedará abierto el espacio para las preguntas.

Ahora bien, en cuanto a la pregunta que nosotros nos planteamos... Este es el tercer trabajo que hacemos en una colección de género del PNUD desde 2010. Todos están accesibles a través de nuestra web en formato PDF.

En 2011 nosotros presentamos género en cifras. Luego, en 2014 hemos presentado género en el trabajo y este ha sido un desafío aún mayor, porque es un trabajo sectorial que se complejiza por distintas razones, entre ellas, también, la disponibilidad de la información.

La pregunta que nos planteamos, nuestro punto de partida, es la siguiente: ¿cuáles son las brechas persistentes hoy en las condiciones laborales de las y los trabajadores del sector salud? Y nos planteamos esta pregunta, como comentaba antes Jimena, en el contexto de la nueva Agenda Global de Desarrollo, que es la Agenda 2030, cuyos objetivos 5 y 3 hacen relación a la igualdad de género y a la salud.

De hecho, ésta, en términos del objetivo de igualdad de género, se propone metas ambiciosas; se propone la erradicación de todo tipo de violencia, incluso la discriminación y el acoso laboral, que son entendidas por la OIT como situaciones de violencia; se propone la igualdad en términos de remuneraciones y también la igualdad en oportunidades para acceder a puestos de decisión.

Uno de nuestros hallazgos principales es lo que nosotros denominamos la “feminización profesionalizada”, es decir, una transformación en la naturaleza de los recursos humanos en el sector salud.

---

¿En qué consiste esta feminización profesionalizada? En una participación mayoritaria de las mujeres, no solo en puestos técnicos y operativos en el sector de la salud en el país, sino también en los puestos profesionales.

Veamos algunos números: en 1980, en el total del sector salud –esto incluye la totalidad de las y los trabajadores del sector en el país–, solo tres de cada diez puestos profesionales eran ocupados por mujeres.

En un lapso o un período de treinta y seis años esta cifra prácticamente se duplica. Hoy el 60 por ciento de los profesionales de la salud en el país son mujeres.

Y para tener una idea de la incidencia de las profesionales de la salud en el total de la población ocupada –un número que me parece muy contundente–, una de cada cuatro profesionales de la población ocupada, según la Encuesta Permanente de Hogares de 2016, pertenece al sector salud. Lo que nos da una idea de la relevancia y de la importancia de las mujeres del sector en el total de la economía.

Ahora bien, esta feminización profesionalizada fue impulsada por un crecimiento muy significativo de las mujeres médicas en las últimas décadas.

En 1980, de cada diez médicos y médicas solo dos eran mujeres.

En 2001 se duplica su participación: cuatro de cada diez médicos son mujeres.

Estos son datos del REFEPS, que es el Registro Federal de Profesionales de la Salud del Ministerio de la Salud y son ellos quienes nos han facilitado este archivo tan valioso y tan importante.

¿Qué sucede en 2016? En total, hay un 46 por ciento, es decir que, en edad activa, entre 23 y 64 años, las mujeres ya son mayoría. Es decir que ha habido un incremento desde una minoría en 1980 a una mayoría en menos de cuatro décadas.

A su vez, otra cosa que les quiero mostrar –y creo que este es el ámbito adecuado, el del Congreso, porque es federal– es la feminización de la medicina. Ahora estamos mostrando la proporción de mujeres en cada una de las provincias, –si bien veo que se ve un poquito chico ahí– para ver la tendencia y en todas al menos hay 40 por ciento de mujeres. No es un hecho aislado; no es un hecho donde se identifique un patrón regional.

Luego, para algunos datos me van a tener que creer, porque ahí quizás se vean un poquito chiquitos, pero les voy a ir contando.

A su vez, la feminización de la medicina fue impulsada por el gran crecimiento de la participación de las mujeres en las carreras universitarias de todo el país.

Hoy hay mayoría de mujeres no solo en la proporción de estudiantes, sino también en la proporción de egresadas y de nuevas inscriptas. Además, es un fenómeno que se da en todas las provincias del país.

Nuevamente, no identificamos un patrón regional. Aún las provincias que, quizás, se puedan denominar más tradicionales o con una menor participación tradicional de mujeres en su mercado laboral presentan importantes porcentajes de mujeres.

Entonces, lo que nosotros inferimos es que la participación de las mujeres profesionales en el sector salud –en general y en la medicina, en particular– es una tendencia consolidada que no creemos que se vaya a revertir en el tiempo.

Ahora bien, nos preguntamos, a partir de esta feminización, ¿cómo ha repercutido en términos de igualdad de género? ¿La feminización profesionalidad del sector fue acompañada por una mayor igualdad de género en la inserción y en las condiciones laborales de las trabajadoras de la salud?

---

Esa es la pregunta sobre la que voy a comentarles en los próximos minutos. Para ello, nosotros identificamos brechas y algunas de ellas son persistentes. Primero les quería decir que por cuestión de tiempo no hemos incluido los *slides*, pero, en algunas variables, en algunos indicadores, ha mejorado la situación relativa de las mujeres en el sector salud, por ejemplo, en términos de antigüedad en un establecimiento entre las mujeres y los hombres en situación de dependencia, que es un indicador muy importante para entender luego las trayectorias en el acceso a puestos de decisión porque, en general, a las mujeres, para alcanzar esos puestos, se les requiere permanencia y estabilidad en el tiempo. Entonces, en el sector, esa brecha se ha reducido entre las mujeres y los varones. Algo que nosotros creemos que es positivo.

Otra brecha que también se ha reducido en los últimos, aproximadamente, quince años –estos son todos análisis en función de la IPH– es la que se encuentra en términos de aportes jubilatorios. Ha mejorado la situación de las mujeres del sector en relación a la de sus contrapartes varones.

Ahora bien, cuáles son las brechas que persisten y que no se han revertido. La primera, es la brecha de ingresos. Como nos muestra el siguiente *slide*, esta es la brecha de ingresos totales mensuales de la actividad principal. Eso es importante remarcarlo porque en el sector salud hay mucho pluriempleo. Lo que calculamos es la diferencia que gana una mujer en relación a un varón en el total de su ingreso en un mes, en la actividad que ella declara, cuando es encuestada -o que él declara- como su actividad principal.

Entonces, las brechas de ingreso persisten y se presentan tanto entre las técnicas en relación a lo que ganan sus contrapartes, como entre las y los profesionales. Pero como pueden ver, es mayor, 8 puntos mayor, entre las y los profesionales. Alcanza al 20 por ciento.

Nosotros analizamos mucho estas diferencias con Isabel Duré para poder interpretarlas y, finalmente, concluimos y planteamos en el informe que en gran medida estas diferencias están relacionadas con diferencias en las normativas en las condiciones laborales que regulan a las y los trabajadores de cada grupo.

En el sector salud, la mayor proporción o una gran proporción de las técnicas operativas se encuentran en situación de asalariadas, en situación de dependencia, mientras que una proporción muy importante de los y las profesionales son autónomos. Entonces, esto implica que las y los técnicos y operativos, en general el trabajo de ellos está enmarcado bajo convenios colectivos de trabajo que aseguran una mayor uniformidad en términos de dedicación horaria y, en segundo lugar, aseguran derechos básicos vinculados al cuidado y las licencias.

¿Y por qué esto impacta en la brecha de ingresos? Porque la brecha de ingresos totales está constituida por la brecha del ingreso horario y por las brechas horarias y estas heterogeneidades impactan, sobre todo, en la brecha horaria, que a su vez tiene una incidencia muy importante en la brecha de ingresos totales.

Otra de las diferencias que hemos encontrado, que en este sentido no difiere con el mercado laboral total -de hecho la brecha es un poquito más chiquita que en la población ocupada, pero sigue siendo una brecha de más del 40 por ciento-, es la cantidad de horas que dedican en promedio las mujeres y los hombres, las y los trabajadores del sector salud en el trabajo no remunerado, es decir, en la dedicación del cuidado y la organización de sus hogares. Mientras que los varones dedican tres horas, las mujeres dedican 4,8 horas.

¿Por qué acá no hicimos una diferenciación como antes, en relación a la calificación laboral? Porque no hay diferencia, porque más allá de la ocupación

laboral y de si se trata de una profesional o una técnica y operativa, son las mujeres las que se dedican en su gran mayoría al cuidado y organización de los hogares.

Me permito un paréntesis. Usamos la única encuesta nacional del uso del tiempo, que en realidad es un módulo, que se realizó en el 2013. Esta es una gran cuestión pendiente en nuestro país. Aprovecho este espacio para mencionarlo. Tenemos solo la del 2013.

Lo que nosotros inferimos a partir de estos datos es que la división sexual del trabajo al interior de los horarios en promedio de las y los trabajadores del sector salud en el país persiste más allá de los cambios tan importantes en la naturaleza de la composición del sector. Es decir, el proceso de feminización profesionalizado no habría sido acompañado al mismo ritmo por cambios importantes en las divisiones de las tareas al interior de los hogares de las y los trabajadores del sector.

Otra de las brechas que identificamos, que creemos que es específica de la medicina y es muy importante, es la brecha en el acceso a las especialidades. Acá está muy chiquito, pero se los voy a contar. Es una de las razones por las convocamos a la doctora Andrea Andreacchio.

Como veíamos hoy, la mayoría de las médicas hoy son mujeres, casi el 70 por ciento de las y los estudiantes de medicina son mujeres. Ahora bien, ¿cómo es la distribución en términos de acceso a las especialidades? ¿Es una distribución aleatoria o encontramos patrones y sesgos marcados? Encontramos, efectivamente, patrones y sesgos marcados. Las mujeres no acceden a todas las especialidades, acceden a algunas de las especialidades.

En el extremo izquierdo, en violeta oscuro, se ve la proporción de mujeres en las especialidades, y en el violeta clarito, la proporción de hombres. En el extremo izquierdo del gráfico, lo que vemos son especialidades altamente feminizadas. Todas estas especialidades son especialidades que están vinculadas, en general, a la atención infantojuvenil, al cuidado infantojuvenil. Mientras que en el extremo derecho del gráfico son las especialidades altamente masculinizadas, entre ellas, prácticamente todas las cirugías, que en promedio presentan menos del 10 por ciento de presencia de mujeres.

Entonces, lo que planteamos en el informe, corroborado con las entrevistas en profundidad a médicas y médicos -les voy a mostrar algunos testimonios-, es que estas especialidades siguen persistiendo estereotipos de género en la práctica de la medicina. Se atribuyen ciertos atributos, tradicionalmente asociados con lo femenino, a ciertas especialidades, como las relacionadas con lo infantojuvenil, al cuidado, a la empatía y la contención, y otras especialidades siguen siendo asociadas con atributos tradicionalmente entendidas como masculinos, como el control de riesgo, incluso la resistencia física -más allá de las habilidades o de la tecnología que pueda haber hoy-, el liderazgo y el manejo de situaciones de estrés. Esos atributos siguen siendo entendidos como masculinos.

Es decir, hay bases culturales muy importantes que explican en una gran medida esta distribución que podemos ver hoy tan sesgada.

Por último, otra de las brechas que identificamos es en el acceso a puestos de decisión. Si bien no podemos acceder a ciertos datos, porque todavía no están sistematizados, relativos a la proporción de mujeres y varones liderando instituciones hospitalarias, sí pudimos acceder a los datos de la provincia de Buenos Aires, que es la provincia con mayor cantidad de recursos humanos en salud en el país y que creemos que es ilustrativa de lo que sucede en otras jurisdicciones.

Entonces, cuando vemos la proporción de mujeres en cargos de hospitales

---

públicos, en las direcciones ejecutivas solo el 25 por ciento son mujeres. Sí aumenta en las direcciones asociadas.

A partir de estas brechas que nosotros identificamos y este contraste entre este crecimiento tan significativo de la participación de mujeres en el sector y estas brechas que aún siguen siendo tan marcadas, nos propusimos entrevistar y escuchar a las voces y los testimonios de médicas y médicos, en el área metropolitana, por una cuestión de disponibilidad de recursos, pero esto puede ser replicado en las distintas jurisdicciones. De hecho, la guía de pautas de las entrevistas y el criterio de selección están al final del trabajo, así que sería súper interesante que pudiera ser replicada en otras jurisdicciones.

Nuestro propósito fue indagar sus propias experiencias en sus entornos laborales, en sus entornos hospitalarios. Los testimonios son muy contundentes, así que yo los voy a leer a modo ilustrativo. Hay muchos más. Fue difícil seleccionar algunos de ellos. Hay muchos más en el capítulo de trabajo.

Por ejemplo, un nefrólogo joven nos decía lo siguiente: las mujeres toleran mucho menos el estrés, se desbordan más rápido, se sienten saturadas, explotan en llanto, son más impulsivas; los hombres son más tranquilos y más estables. Por ahí, a propósito, la biología nos creó así, a uno más estable y al otro más cíclico, a uno con la responsabilidad de la reproducción y el otro para sostener.

Quisiera agregar que estas entrevistas fueron realizadas por una consultoría de la Universidad Isalud, que está a cargo de los doctores Ginés González García y Rubén Torres. Es importante eso. Entonces, no hay mucho más que agregar acerca de este testimonio.

Una anestesióloga jefa de servicio nos cuenta lo siguiente: me costó muchísimo, me sentía acorralada. Me llamaban para cubrir situaciones imprevistas que se les presentaban a otros. Por ejemplo, yo estaba con los chicos –con sus chicos– y me llaman para cubrir al anestesiólogo que estaba en una guardia para hacer unas cirugías programadas que pagan mejor. Yo decía a todo que sí por temor a que no me llamaran más.

Esto es algo muy recurrente. El miedo, el temor a la exclusión, al ser marginadas hace que muchas de las médicas, y sobre todo médicas cirujanas, acepten trabajos en situaciones, en horarios o con demandas mayores a las de sus contrapartes varones y tengan que tener una disponibilidad, irónicamente, mayor.

En relación a la maternidad y al cuidado, un cirujano cardiovascular, jefe de servicio, decía: todas las médicas lo viven con tensión al embarazo. Hay una sensación de que estar embarazada es un problema, especialmente en las especialidades quirúrgicas y más allá de los años y de la instancia de la residencia.

Tener un embarazo, como dice acá, es un problema. Es considerado un inconveniente y un obstáculo.

Una terapeuta infantil, jefa de servicio, nos decía: cuando estás con un embarazo avanzado te pesa un montón. Hacer una guardia de 24 horas es mortal y te cansas el triple. Yo estaba empeñada en demostrar que podía trabajar igual que otro.

Esta es otra cuestión que surge mucho de las entrevistas, y es el tener que legitimar, más allá de las normativas vigentes, que es uno de los desafíos y una de las cosas que queríamos compartir con ustedes. En muchos casos, las médicas por la presión organizacional se ven presionadas para aceptar situaciones de trabajo que no deberían aceptar. Otra vez, la necesidad de legitimarse por miedo a ser excluidas, marginadas o ignoradas.

Otro de los testimonios en relación al cuidado es de una cirujana pediátrica



que nos decía que tenía una cirugía que tardaba como 12 horas y que ella en general está fuera de su hogar entre 12 y 24 horas y que no iba a llegar a la noche. Entonces, decía: tenía que arreglar previamente todo con mis hijos: comprar papel glasé, que tuvieran el guardapolvo, que no les falte la leche. Esta médica nos decía que ella tenía el apoyo del marido, pero la que seguía teniendo la responsabilidad de todos los detalles era ella; el luego la ayudaba a implementarlos. Pero siendo sobre todo la medicina, y en particular el desempeño de la cirugía, disciplinas que demandan tanta carga horaria, les exige aún más a las médicas mujeres con hijos, sobre todo con hijos pequeños.

También encontramos nuevas visiones –este es el aspecto más alentador– acerca de la aceptación a grupos mixtos, a ver de una forma positiva las potencialidades que tienen la inclusión y la diversidad que implican las mujeres en la medicina. Entonces, un cirujano general, coordinador de área, nos decía: nosotros nos formamos en otro modo de ejercicio médico. Me parece que los jóvenes que van entrando piensan de otra manera.

Luego, un coloproctólogo nos decía: me parece que tiene que ver con tiempos, y dentro de la medicina, y de la cirugía en particular, hace falta romper viejas estructuras que siguen quedando para que no prevalezca la endogamia y permitir que nuevas formas y nuevas estructuras den lugar a los cambios que mencionamos antes.

Por último, este testimonio de un cirujano cardiovascular me gusta mucho porque habla de la motivación de las mujeres a ser médicas. Porque acá no se trata de que haya menos hombres o que la medicina es menos interesante para los hombres. No hay datos para demostrarlo, pero sí hay una realidad y es que hay más médicas que están ahí por sus logros y sus desempeños. Entonces, este cirujano cardiovascular nos decía: hacer medicina implica tener una vocación que de algún lugar nace, y no nace porque uno sea hombre o mujer; la vocación de servicio vale para cualquiera. Probablemente sea una ganancia propia de ellas y no un espacio dejado, porque las mujeres decidieron y se permitieron seguir su vocación que antes no podían o no querían seguir.

Hay muchos más testimonios y mucho más ricos. Estos son algunos.

El informe cierra con algunas recomendaciones de iniciativas y acciones. Yo les voy a comentar algunas que luego va a retomar o mencionar, algunas de ellas, en más profundidad, Isabel. Algunas recomendaciones son las negociaciones colectivas de trabajo con perspectiva de género. Las normativas en general de trabajo del sector son normativas que tienen décadas y nosotros planteamos la necesidad de que se escuchen y que se incorporen las demandas y requisitos de la nueva composición sectorial donde, como sabemos, hoy en su mayoría, sobre todo en la transformación profesionalizada, son mujeres.

Esto implica cuestiones que ya son consideradas en términos más generales en los nuevos proyectos de ley en relación a las licencias, pero también algo específico de la medicina y del sector salud –porque hay otras disciplinas como la psicología, por poner un ejemplo, que también tiene guardias médicas–, como la reducción de las bandas de horarias.

Ha habido cambios; ha habido cambios en el reglamento de la ley de residencia en el 2015. Eso nos parece positivo a nivel nacional. Los retos, quizá, son homogeneizar los cambios a nivel jurisdiccional y que luego que se cumplan de forma efectiva. Porque a veces están las normativas, pero, como decíamos antes, hay cuestiones de presión cultural que impiden a las mujeres poder cumplirlas de forma efectiva.

Luego, otra de las cuestiones que nos parece importante es poder extender el periodo formativo y tener una prórroga en las residencias por casos de embarazo. El cambio que hubo a nivel nacional en el reglamento del 2015 incorpora esto, pero las residencias nacionales solo cubren el 20 por ciento del total de las residencias. A modo de ejemplo, nos parece que pone una vara importante en relación a los reglamentos de las leyes de residencias y los reglamentos de las jurisdicciones.

Otra cuestión que nos parece importante, obviamente, es articular políticas a nivel nacional, subnacional y local, especialmente en relación a las carreras sanitarias. Cada provincia tiene su propio estatuto sobre las carreras sanitarias. Eso crea una gran heterogeneidad y creemos que una mayor homogeneidad permitiría mayor transparencia en el ingreso y en el acceso, luego, a puestos de decisión.

Otra de las cuestiones que nos parecen importantes es mejorar la información sobre recursos humanos en salud. En ese sentido, creemos que es muy importante el trabajo que está haciendo y ha estado haciendo en los últimos años el Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, que antes dirigió Isabel Duré y hoy está a cargo de Marita Cadile y un equipo muy importante. También creemos que son muy importantes y destacados los esfuerzos que se han hecho para el Registro Único de Profesionales de la Salud.

Por último, crear y visibilizar observatorios de género en relación a la temática de los recursos humanos en salud. Creemos que esto a nivel jurisdiccional probablemente se pueda articular con las áreas de género de las distintas provincias y a nivel institucional hospitalario creemos que se puede articular con las áreas de recursos humanos. Por ejemplo, nosotros hicimos esta presentación en la Fundación Favalaro y nos decían: Bueno, ¿qué podemos hacer nosotros? Nosotros decíamos: Ya que desde el área de recursos humanos puedan visibilizar las brechas básicas que hay, por ejemplo, en el acceso a especialidades, nos parece una primera cuestión importante.

Para finalizar, dedicamos este informe a la primera generación de mujeres médicas del país que fueron líderes en la promoción de los derechos de las mujeres y de los derechos humanos. Estábamos hablando antes con Norma de esto. Hay un recuadro interesante sobre la historia de algunas de ellas: Cecilia Grierson, la primera mujer médica de la Argentina. A ella hubiera gustado ser cirujana, no pudo. Hoy, casi dos siglos después, una mujer médica es muy poco probable que sea cirujana aun si lo quiere. Alicia Moreau de Justo y por último Christiane Pasqualini, que fue la primera médica mujer que accedió a la Academia Nacional de Medicina.

Muchas gracias. Ahora le doy la palabra a las doctoras Isabel Duré y Andrea Andreacchio. (*Aplausos.*)

**Sra. Duré.-** Quizás, como provengo de años de trabajo en el sector público y en el sector salud en particular, me interesaría ampliar. Agradezco que Norma en un momento mencionó que el rol del observatorio es el apoyo conceptual luego a las decisiones que se toman en los proyectos y también porque al mencionar a los ODS hay que incorporar un ODS en este contexto, que es el ODS 3. ¿Por qué? Porque la feminización involucra también un problema de salud pública.

Una cosa que me “shockeó” del informe de Gabi es que yo estaba entre el 20 por ciento de las mujeres, porque estaba recién matriculada en el año 80, y entonces he vivido este tránsito. Y cosas que antes pasaban me alegra, primero, decir que los jóvenes no las naturalizan y que pelean por sus derechos; creo que es una de las primeras cosas que debemos promover y fomentar, que los jóvenes tengan esos espacios para poder decidir su vocación.

Creo que hay un problema serio que no se visualiza claramente que tiene que

ver con que hoy tenemos problemas de distribución y de retención de personal de salud en determinados lugares. Entonces, esto convierte este problema que tenemos respecto de la feminización, que como me dijo una vez un ministro "no es un problema porque las mujeres son más empáticas, entonces, ellas hacen mejor los cuidados", con lo cual, también nos coloca en un rol estricto de cuidado, y como lo decían los testimonios para poder ser en el sector salud pareciera que ser como el modelo masculino lo dice: o cuidamos o somos como el modelo masculino.

Pero creo que el tema de que hay un problema de salud pública detrás de esta es importante. ¿Por qué? Porque el proceso de trabajo de las mujeres es diferente del proceso de trabajo de los hombres, cambia el proceso de trabajo en el sector salud, y creo que ya ha sido introducido por Gabriela.

Quiero contar que esto no es una cosa que esté sucediendo solamente aquí. A nivel mundial el 67 por ciento de los trabajadores de salud son mujeres. Es el mismo porcentaje que en la Argentina, es exactamente el mismo. En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el año 2016 Naciones Unidas crea una comisión para el empleo y el desarrollo económico en salud, y dice que una manera de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible es crear empleo en salud, porque el empleo en salud es un empleo inclusivo para las mujeres y promueve el desarrollo.

Algo que si bien no hace a esta presentación, porque estamos hablando de la feminización profesionalizada, es el tema del cuidado y las mujeres en el contexto del cuidado. Este estudio aporta una cifra que dice que el 88 por ciento del trabajo de cuidado en España, por ejemplo, es no remunerado. Entonces, creo que es un tema que nos va a tener que ocupar en el futuro.

Este informe, también, ya da cuenta respecto de que las decisiones de incluirse en el trabajo de las mujeres en el trabajo de salud son decisiones de tipo económico muchas veces y no necesariamente vocacionales. Y aquí viene el problema de salud pública que tenemos: en cuanto mejoran las condiciones económicas, sobre todo en el tema de enfermería, muchas mujeres dejan el trabajo y vuelven a sus tareas domésticas que, como hemos visto, les ocupa mucho tiempo.

Creo que si nosotros profundizamos en este tema del observatorio, vamos a estar atendiendo también a otro tema derechos humanos que es el derecho al acceso a la salud; como no cambiemos el proceso de trabajo y mejoremos las condiciones inserción de las mujeres, no vamos a tener trabajadores de salud en los lugares en donde los necesitamos.

El informe ya alertaba sobre las brechas de ingreso y la subrepresentación en los cargos de conducción de las mujeres. Si bien hay muchas mujeres, no es proporcional a la cantidad de mujeres que hay en el sistema.

Y el otro tema que aborda este informe de Naciones Unidas es la importancia que tiene una presencia fuerte de sindicatos y la negociación colectiva en el empleo de salud.

Ahora bien, ¿qué pasa con las regulaciones en la Argentina? Tenemos que las regulaciones en el sector salud van como el sector salud: fragmentadas. ¿Por qué? Porque al tener un subsector público, un subsector de la seguridad social, un subsector privado, esta fragmentación profundiza las brechas, porque nos dificulta la regulación. La buena noticia es que el 77 por ciento del empleo femenino está registrado en nuestro país, sin hablar del cuidado, que ese es un mundo que debemos indagar. Entonces, esto es bueno porque nos permite pensar en distintas regulaciones.

Una cosa que sí quiero aclarar es este tema de que aun en el sector público

que tenemos las carreras profesionales, aun cuando se sostenga el principio de igual trabajo igual salario y haya igualdad de oportunidades en el ingreso, transparencia y no se discrimine, se da de hecho una diferencia. ¿Por qué? Porque con el tema del cuidado las mujeres tienden a trabajar menos y esto hace que tengan menos opciones para la capacitación. Cuando uno revisa todas las carreras lo que sucede es que para progresar tanto horizontal como verticalmente hay requisitos de capacitación, hay requisitos de permanencia en el cargo, hay requisitos de antigüedad; y todas estas son situaciones que se suelen ver vulneradas en el contexto en donde las mujeres todavía no hemos logrado una equidad en lo que tiene que ver con la responsabilidad de las tareas del hogar.

Algunas cuestiones que me parece que son importantes destacar. Si hablamos de que la regulación se produce en un sector, más allá de que esto involucra políticas generales respecto del tema de género y que éstas van a ser las que den la base para poder alcanzar una equidad, el sector salud tiene algunas particularidades. Esto tiene que ver con el modelo que rige al sector salud, que es un modelo hospitalocéntrico y médicohegemónico en donde el hospital es un ámbito de poder, pero es un ámbito de poder masculino; y todo lo que estamos hablando respecto de lo que es la segregación horizontal y la posibilidad de las mujeres de elegir no solo carreras sino también especialidades tiene que ver con el poder consolidado que se ha instalado en donde el que define jerárquicamente termina siendo el poder médico.

Por supuesto, que esto también enmascara una aceleración vertical, porque si bien uno dice: “Bueno, pero puede acceder”, el trabajo de las mujeres está supeditado a decisiones médicas y las decisiones médicas –insisto– son masculinas y el proceso de trabajo también es masculino. O sea, acá Gabriela hablaba de nefrología, porque las mujeres son más débiles y los hombres son más fuertes. El trabajo de guardia, si uno revisa todo lo que es hasta el código del hospital, uno se encuentra con términos militares: la guardia, el trabajo de guardia está ligado a la fuerza, está ligado a la masculinidad, a soportar 24 horas, que la verdad es que ni los hombres lo soportan, pero está instalado en lo que son las representaciones masculinas.

Y aquí, Norma, también decías que no hay muchos proyectos que vayan más allá respecto de las licencias. Ahora bien, nosotros consideramos que esto es un tema que es sumamente importante. Hay un trabajo de Strantenberg en el que ella categoriza las normas relacionadas con la problemática de género y establece que hay normas ligadas a la reproducción maternidad-paternidad, que serían las básicas para preservar el rol reproductivo; normas que preservan la integración del bienestar familiar, que son las normas relacionadas con familia, las licencias por el cuidado de los hijos y atenciones familiares; normas relacionadas con las condiciones de trabajo de las mujeres, específicamente, y la equidad de género, que es evitar cualquier discriminación.

Y aquí hay algunas diferencias como para ver esto que planteaba Gabriela respecto de las regulaciones. La realidad es que las regulaciones. La realidad es que las regulaciones con relación a técnicos y profesionales respecto de las condiciones de trabajo han sido cuando la profesión ya estaba feminizada.

Cuando uno busca las profesiones técnicas, la profesión por excelencia es la enfermería. Entonces, ¿qué es lo que sucede? Todo el régimen de sanidad se da cuando ya la profesión estaba feminizada. Y entonces, todo lo que son las regulaciones de las cargas horarias y de las licencias parten de una profesión feminizada. Se tienen condiciones más favorables para compatibilizar la vida familiar

con el trabajo. Si ustedes buscan las bandas de trabajo de enfermería son de seis u ocho horas y doce horas para los feriados. En cambio, cuando uno busca las bandas de trabajo de los profesionales son guardias de veinticuatro horas, jornadas mucho más extendidas.

¿Con qué tiene que ver esto? Con que la profesión médica difícilmente sea reconocida como una profesión asalariada y el médico ha tardado en reconocerse como trabajador. Entonces, ha habido procesos de sindicalización que son realmente bajos. No hay un sindicato que tenga una representación a nivel nacional; sí en las distintas provincias hay organizaciones que, en algunos casos, donde los sectores públicos son muy fuertes, como en Ciudad de Buenos Aires, Santa Fe, provincia de Buenos Aires o Mendoza, uno encuentra gremios médicos que van introduciendo regulaciones.

Pero, a nivel del sector privado, está absolutamente fragmentado. Los profesionales bioquímicos y los kinesiólogos se han incorporado recientemente a ATSA. Pero, los médicos no están, no forman parte de la regulación del sector de sanidad.

El contar con un sindicato unificado a nivel nacional ha permitido mejores regulaciones, pero, también, esa feminización más precoz de la profesión, aun cuando se hace en condiciones de subalternidad. Esto también quiero dejarlo en claro.

Y, también, encontramos que, en el sindicato, la representación de las mujeres es sumamente baja.

Sí hay algunas cuestiones que están sucediendo en este momento. Por ejemplo, han aparecido algunos convenios, en el sector privado, que están contemplando algunas condiciones de trabajo de las mujeres. Pero, todavía, quedan ligadas a lo que tienen que ver más con las licencias y no específicamente al cambio en las condiciones de trabajo.

¿Por qué lo digo? Porque creo que, realmente, para poder cambiar las condiciones de trabajo hay que cambiar la estructura del sector. Este es un proceso a mucho más largo plazo que creo que hay que instalarlo en la discusión, porque si no no lo vamos a lograr.

Respecto del sector público, las condiciones son más favorables. Pero, como les decía, las brechas salariales tienen que ver con que, cuando uno mira la estructura salarial en el sector público, en general, hay un básico y adicionales. ¿Por qué son los adicionales? Los adicionales son el plus por guardia, por la dedicación exclusiva, por el acceso a cargo jerárquico. Entonces, si nosotros no favorecemos que las mujeres puedan acceder a estos cargos, vamos a seguir reproduciendo la brecha salarial.

Por otra parte, hay unos testimonios muy interesantes que tenía Gabriela también. Cuando uno encuentra una pareja de profesionales médicos, en general, quien resigna el trabajo, si tienen que tomar decisiones familiares, es la mujer. Esto está en los testimonios. Tiene que ver, también, con que la profesión médica es una profesión muy tradicional, a la cual, en general, accedían sectores más tradicionales. Entonces, reproducen prácticas más tradicionales, como es la de que la mujer es la que se tiene que quedar en el hogar y no el hombre.

Respecto de las licencias, en el contexto de las licencias, algunas de las cosas que uno ve, es que, por ejemplo, las licencias por maternidad son variables y, cuando la mujer se quiere tomar la excedencia, ésta implica una pérdida de antigüedad y de la obra social. Entonces, la castigamos doblemente. Debiera

plantearse si la excedencia no pudiera ser, también, para el hombre en ese contexto. Pero, hay situaciones donde, justamente, las postergamos.

Gabriela mencionó el tema de las residencias. Las residencias no son solamente un proceso formativo. Son un proceso de socialización. Cuando un joven ingresa a una institución, entra a socializarse y a adquirir las prácticas que se desarrollan en ese sistema. Entonces, creemos que la residencia es el punto de partida para generar estos estereotipos y, también, sería un buen lugar como para limitar estos estereotipos y generar mejores condiciones a futuro. Si empezamos trabajando con los más jóvenes, podemos pensar en estas condiciones.

Ahora, ¿qué sucede con las residencias? Voy a tomar el ejemplo de medicina porque es del que tenemos más información. La carrera de medicina cada vez es más larga. Acá no les quiero decir que modifiquen la ley de educación superior, aunque por ahí habría que pensarlo. Pero, cada vez, la carrera de medicina es más larga. Lo vimos en los números. El 65 por ciento de las jóvenes están ingresando a la residencia en un promedio de edad entre 27 y 29 años. A eso se suman, tres a cinco años de residencia, depende de la especialidad que elijan. ¿Esto qué implica? Implica que la gran mayoría, probablemente, tenga un embarazo durante la residencia, si no ingresa ya con familia, porque esto también sucede. Las jóvenes y los jóvenes ingresan a la residencia ya con familia. En un estudio que hicimos en provincia de Buenos Aires, el 25 por ciento tenía familia propia; un cuarto de los que ya estaban en la residencia.

Desde el nivel nacional se ha trabajado a nivel de la reglamentación para que se puedan tomar hasta seis meses para prolongar la residencia, por embarazo, de manera rentada y armar un programa de recuperación para esa residencia; porque la residencia es estricta. Si uno no aprueba el año, queda por fuera del programa educativo. Es un proceso de formación en el trabajo.

Y creemos que poder tener un espacio en las residencias, acompañar a los residentes, espacios de monitoreo, observatorios en las instituciones, puede servir para mejorar estas prácticas.

De hecho, quiero decirles que la ley nacional de residencias data del año 79. La residencia es un proceso de formación para graduados recientes. Los graduados recientes son hasta cinco años. Eso está establecido en la ley, por lo tanto, no se puede cambiar.

Las provincias tienen autonomía respecto a esto. Pero, en Nación, nosotros estábamos viendo que sería importante prorrogar quizás esa cantidad a siete años, porque permitiría que algunas jóvenes tomen sus decisiones respecto de la maternidad y tengan hijos en forma previa a la residencia, que, por ahí, les da tiempo como para que los chicos estén más grandes y esto podría ser un beneficio.

Pero, está por ley. Es una de las pocas cosas que está por ley y está cristalizado respecto de la ley el tema de los cinco años.

Creemos que en ese contexto la ley puede también incorporar alguna perspectiva de género que, si bien está contemplada en la reglamentación, tendría mucha más fuerza de estar contemplada en la ley.

¿Por qué lo digo? Esta ley tiene un alcance nacional. Y un alcance nacional en todas las provincias. ¿Por qué? Porque el Ministerio de Salud de la Nación financia residencias en todas las provincias. Si bien hay residencias provinciales y regímenes provinciales, el hecho de que haya un residente con un régimen nacional siempre termina traccionando para que el resto de las residencias también tome estos beneficios.

Sé que en pocos casos uno tiene alcance nacional para regular. En este caso, desde la perspectiva formativa hay un alcance nacional.

Respecto de la perspectiva de género, ya sabemos: vamos con las generales de la ley. Hay que pensar en cambios estructurales del modelo de la estructura del sistema de salud. Trabajando en redes integradas de salud, uno comienza a quitarle el peso a la situación de guardia. Hay un cambio en el sistema de salud que es que debemos trabajar más en atención primaria para que la gente no llegue y consulte estrictamente de emergencia.

La feminización seguramente va a involucrar un mayor financiamiento respecto de lo que es recurso humano en salud. Me da cierto pudor decirlo en un contexto en donde, en este momento, tanto el Ministerio de Salud como el Ministerio de Trabajo han dejado de ser ministerios y han pasado a ser secretarías.

Pero, realmente, esto va a involucrar un mayor financiamiento. Mayor cantidad de empleo para las mujeres. Pero, bueno, mayor financiamiento. Y respecto de las licencias y todo lo demás, no descuidar la importancia que tienen, poder generar y acompañar desde la Ley de Contrato de Trabajo, desde las legislaciones provinciales; este tema de que las mujeres no tengan pérdidas en sus carreras, no tengan pérdidas de antigüedad, no tengan pérdidas económicas, que la distribución de licencia se dé entre ambos cónyuges –en el sistema de salud se da mucho el tema de las parejas dentro del sistema–, que puedan tomar indistintamente estas licencias. Bueno, Gabriela ya comentó otro tipo de regulaciones.

Yo digo, para cerrar, que creo que para proteger los derechos de las mujeres en pos de caer en la discriminación positiva, hay que tratar... Respecto del sistemas de salud hay un tema muy fuerte, que es no "esencializar" que los roles de cuidado son de las mujeres. O sea, las mujeres se insertan en el sistema de salud por voluntad propia, por vocación propia. Tenemos que cuidar, porque hay un pedido – esto está estudiado a nivel internacional–, que no caigan los salarios cuando se feminiza una profesión, y esto también debe ser algo realmente definido a nivel global; y tratar de acompañar el desarrollo del colectivo de las mujeres en el sector salud, que está invisibilizado, porque es increíble que a pesar de ser mayoría, de ser un 67 por ciento, las mujeres no tomen todavía conciencia del poder que tienen para incidir en las decisiones.

Muchas gracias. (*Aplausos.*)

**Sra. Andreacchio.-** Infinitas gracias por la invitación, Gabriela.

Lo primero, en realidad, que quiero decirles es que mi parte no es tan técnica como las que me precedieron. Me invitaron para que yo cuente en primera persona cuál es la experiencia de una mujer que hace cirugía.

**Sra. Morandini.-** Discúlpeme, doctora.

**Sra. Andreacchio.-** Sí, claro.

**Sra. Morandini.-** La doctora es coordinadora general de las residencias de Cirugía General de la Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del gobierno de la ciudad, y presidente de la Red de Cirujanas Argentinas.

**Sra. Andreacchio.-** Gracias, Norma.

Yo les voy a contar un poquito quién soy, no por una cuestión de soberbia ni para que ustedes piensen que yo vengo acá a decirles que yo desde la cirugía he logrado lo que un cirujano o una cirujana quiere. Yo soy miembro de la Asociación Argentina de Cirugía, soy cirujana general; fui residente, fui jefa de residentes; tengo hoy un nombramiento de planta en el hospital donde yo trabajo, que es el Hospital Piñero; soy la encargada del sector de lo que yo hago, que es cirugía percutánea;

soy también la encargada del sector en el Sanatorio de la Trinidad; ahora soy coordinadora de todas las residencias de cirugía general en la Dirección de Docencia y Capacitación. Pero, sin embargo, no dejo de reconocer, y cada día reconozco más, todas las brechas de las que habla Gabriela y de las que están presentadas en el informe.

Yo les cuento, ya que Gaby habló de Cecilia Grierson, que en nuestra historia las mujeres en cirugía siempre, absolutamente siempre, estuvimos relegadas a la sombra y al olvido. Las primeras cirujanas de las que se tiene data son: Elena de Céspedes, en el siglo XVI, que se vistió de hombre para poder trabajar de cirujana. Cuando se dieron cuenta que ella era una mujer la obligaron a hacer trabajos de voluntaria y, por supuesto, le prohibieron ejercer la cirugía. La segunda persona que les voy a nombrar es James Barry, en el siglo XIX: toda su vida vestida de hombre para ser traumatóloga, toda su vida. Se dieron cuenta que era mujer solamente cuando murió.

Cecilia Grierson, si vamos a nuestro país, nunca pudo ejercer la cirugía y su tesis de doctorado es sobre ginecología, resecciones y ooforectomías, que es cuando uno saca el ovario y el útero. Y cuando se presenta a la carrera de profesora le declaran desierto, si bien ella estaba inscripta, el cargo de profesora para que no pueda acceder. Esa es la realidad y esa es nuestra historia. Por eso quería contarles un poquito cuál es mi experiencia.

En febrero de este año me invitaron a un congreso, a un curso internacional, de cirugía biliar, en la ciudad de Córdoba. Cuando me pongo a revisar el programa veo que yo era la única mujer invitada a un congreso internacional de cirugía hepatobiliopancreática. Para que ustedes sepan, es una de las especialidades más grandes que tenemos dentro de la cirugía. En el programa estaba yo sola. Entonces, por supuesto, me ocupé de llamar a los organizadores, a los directivos del evento, y nunca tuvieron una respuesta; las respuestas siempre fueron evasivas: “lo vamos a charlar”, “vamos a conversar”, “vamos viendo”. Y así fuimos viendo, hasta que llegamos al congreso y, por supuesto, estábamos yo y todos cirujanos muy reconocidos de este país, y algunos del mundo, porque les repito que era un congreso internacional.

Cuando llego a ese congreso le pregunto a la persona que dirigía el evento “qué pasa con las mujeres”, y su respuesta literal fue la siguiente: “A qué mina –con este término– nosotros podemos convocar para que hable con el profesor... Fulano de Tal -no importa el nombre-, que era el presidente de la Asociación Internacional de Cirugía Biliar. Entre otras cosas, me dijeron: “Ustedes no publican, ustedes no escriben. Cuando haya alguna mina que lo haga –repitió el término–, entonces vemos qué hacemos”. Por supuesto, mi respuesta fue: “Cualquier ‘mina’ puede hablar con este ‘tipo’ ”. Me miraron con mala cara, pero el congreso siguió sin participación de mujeres; yo era la única mujer, y tampoco tenía para dar una conferencia, sino que estaba para moderar una mesa, o sea, decir: “Doctor, ahora hable usted”, “Doctor, ahora hable usted”. Pasadora de palabra y pasadora de micrófono.

Cuando terminó este evento, entre otras cosas, me dijeron: “Bueno, vos tenés que estar orgullosa de que hayas sido invitada a este evento”. La verdad es que yo no sentí para nada un orgullo; muy por el contrario, sentí una vergüenza absoluta, y se los dije. Les dije: “Hay una deuda pendiente, y sepan que en algún momento todos ustedes se van a jubilar y las chicas que vienen atrás nuestro son las que van a ocupar los lugares que ustedes hoy están ocupando. Y si no las entrenamos y si no les enseñamos cirugía, esto va a ser un problema.”



---

Cuando un congreso termina, como es habitual en nuestros congresos, siempre se pasan las fotos de los momentos de camaradería y de los momentos del *backstage*, para decirlo de alguna manera. La foto final fue ese profesor, presidente, en la fiesta de su ascenso abrazado a una “pasista” brasilera con un vasito de una bebida alcohólica en la mano. Y una de las cirujanas, que está hoy acá con nosotros escuchándonos, le dijo a uno de los cirujanos: “Realmente, un mensaje poco claro”, sobre todo por lo aplaudido que fue en un auditorio casi completamente masculino.

A raíz de eso fue que decidimos juntarnos y hacer algo a lo que le pusimos de nombre “Red de Cirujanas Argentinas”, que en realidad lo estamos formando. Somos más de doscientas cirujanas distribuidas en todo el país, que no tenemos ninguna bandera política ni de ningún compromiso con ninguna asociación quirúrgica. Pretendemos trabajar para ver si podemos mejorar un poco esta situación. Nos juntamos, hicimos una página web, hicimos una encuesta. Les voy a leer muy rápidamente unos números.

Les hicimos una encuesta a cien mujeres, la mayoría de ellas entre 35 y 44 años, y de los datos que tenemos, los más relevantes son los siguientes: más del 50 por ciento tiene un solo hijo, que no es el caso de los hombres. Digamos, si uno hiciera –que es nuestro próximo paso– una encuesta dirigida a los hombres, veríamos que la mayoría tiene más de un hijo. Bueno, nosotras tenemos uno solo. El 53,3 por ciento es sostén de familia. Eso significa que más de la mitad de las mujeres cirujanas están solas. El 50 por ciento trabaja en relación de dependencia y el 74 por ciento en una planta permanente, y solamente el 20 por ciento, es decir, 20 de 100 mujeres, tiene su propio equipo. Esto es lo que creemos que tiene que ver con lo que explicó Gabriela hace un rato de la brecha de honorarios, en realidad.

La mayoría de nosotras tiene un trabajo en una planta permanente, con lo cual todos los sueldos son los mismos, sea hombre o sea mujer, dependiendo de la antigüedad en el cargo y quizás del escalafón que uno tenga, pero no tiene que ver con el sexo. Lo que sí tiene que ver con la cuestión de si es hombre o mujer es el ingreso a los prepagos. Hoy por hoy para tener una actividad en un prepago hay que ingresar a la cartilla. Y si ustedes leen cualquier cartilla de cualquier prepago y buscan “cirugía”, van a ver que las mujeres quizás estemos en flebología... No porque sean especialidades menores, pero son especialidades que requieren de una especialización diferente.

Nosotros hicimos también preguntas acerca de género. Les preguntamos a las mujeres si creían que tenían la misma oportunidad laboral, la misma oportunidad académica, si hacían o no hacían sacrificios personales. Todas, absolutamente todas, coinciden en que sí hay una brecha y las oportunidades no son las mismas. Ni que hablar cuando preguntamos acerca de asistir a congresos, a qué cargos en los congresos, si las invitan a ir a congresos al exterior.

Sin embargo, a pesar de que hay una rotunda mayoría de mujeres que reconocen esta brecha, y que reconocen incluso haber sido maltratadas por compañeros de trabajo, solamente seis de las cien llevaron adelante una denuncia de trabajo. Eso tiene que ver con esto mismo que decía Isabel hace un rato: tenemos miedo de perder nuestro trabajo, tenemos miedo de perder nuestro lugar.

Particularmente, en lo que a mí respecta, yo he tenido que hacer muchos sacrificios personales para poder llegar adonde llegué. Tuve el apoyo incondicional de mi familia, pero es cierto que he ido con mi hija a lugares insólitos y a horas insólitas para poder operar y cumplir con mi trabajo. Ella ha dormido, incluso, en una colchoneta en el servicio de tomografía donde yo trabajaba, porque eran las dos, las tres de la mañana y ya era un problema que mi marido viniera a buscar a mi hija a

esa hora. Pero en algún momento sí nos hemos pasado en el camino comunicándonos y pidiéndonos por favor “mirá, yo demoro, llevate a la nena”. Ese tipo de las cosas nosotras, las mujeres, las pasamos y los hombres no las pasan; no las pasan porque en casa hay una mujer que cuida de sus hijos.

Hay innumerable, pero innumerable, cantidad de programas, nacionales e internacionales, donde todos los integrantes del programa son hombres. Yo quisiera que ustedes los vieran: hay programas y programas de congresos de cirugía donde todos los cargos los ocupan los hombres, ni que hablar de los cargos directivos: organizadores, presidentes, conferencistas, todos los cargos son ocupados por hombres.

De hecho, les cuento que hace unos días, mientras nosotros presentábamos nuestro trabajo en Paraná, en la región del noreste argentino se hizo un congreso de cirugía. Cuando nos envían el *flyer*, el póster, todo el póster estaba lleno de propagandas de laboratorios y de auspiciantes, y en la lista de los profesionales eran todos hombres. Y cuando yo pregunté: “¿Qué pasa, no hay mujeres en el noreste argentino? Me dijeron: “Sí, hay, y muy buenas, pero no tenían lugar en el póster”. “No había lugar en el póster”, me contestaron. Por supuesto, no hubo lugar ni en el póster ni en el programa ni en el congreso. Porque las únicas mujeres cirujanas que había en el congreso estaban de secretarías de mesa, de coordinadoras de mesa, y eran residentes, que recién ingresaban a la residencia, que no tenían ningún peso académico. Digamos, todo el peso académico recae sobre los hombres, más allá de la experiencia que cada una de nosotras tenga.

Nosotros tenemos una asociación, que es la Asociación Argentina de Cirugía, que es hoy por hoy el único lugar que nuclea solamente a 4000 cirujanos. Se imaginan que hay mucho más que 4000 cirujanos en la Argentina, pero la asociación nuclea a 4000. En la página web se puede ver, en “Comisión Directiva”, que en los cargos directivos –si ustedes quieren, pueden ingresar–, cuando uno abre y “clickea”, son todos hombres; en los cargos más importantes son todos hombres. Y si ustedes abren y desglosan –los pueden contar–, hay 301 cargos y solo 9 están ocupados por mujeres, y de esas 9, 3 son psicopedagogas. Es decir que hay 6 mujeres cirujanas, y yo les aseguro que, al igual que yo, no son lumbreras de la cirugía, de la misma manera que no lo son los 301 hombres que están; son cirujanos que hacen cirugía en todas sus especialidades.

Otra cosa que les quería contar es que yo ahora soy la coordinadora de la residencia de cirugía en el gobierno de la ciudad, y de 2018 tengo estos datos: 3835 postulantes a residencias médicas, de los cuales 2409 son mujeres; ingresaron 910 residentes, de los cuales 695 son mujeres; y en cirugía hay solamente 35 cargos, de los cuales 22 son mujeres. Eso significa que este año hay más mujeres que hombres en cirugía. La verdad es que nosotros tenemos en claro que nuestras oportunidades no son las mismas.

Uno de los escollos grandes que tenemos, y permítanme usar la palabra “escollo”, porque así es considerada, es la maternidad, que es de lo que hablábamos recién. Nuestro sistema no nos permite, en el gobierno de la ciudad ni en muchas otras residencias, prolongar nuestro período de residencia por el hecho de tener un hijo. Y cuando una vuelve a la residencia, vuelve en inferioridad de condiciones; vuelve en inferioridad de condiciones porque pierde oportunidades de trabajo, porque está considerado que una se formó menos, que una no tuvo el compromiso suficiente.

Esto lo vemos claramente cuando vamos por las sedes con la licenciada Roma, que está acá con nosotros, y les hacemos preguntas a los coordinadores

locales, que son hombres casi en su mayoría. Les diría que de cirugía general son todos hombres, son trece hombres y yo. Nos han dicho cosas como “ahora a las mujeres se les ocurre ser madres”. Nos han dicho “las mujeres debieran firmar – “firmar”, escuchen la palabra– un papel, un compromiso de no embarazarse, sobre todo cuando están haciendo la jefatura de residentes”. Digamos, pretenden que firmemos un papel.

En relación a esto, no hace mucho tiempo, en otro congreso donde también yo fui la única mujer invitada, y en una mesa como esta, de una cena de camaradería, donde todos eran hombres y yo, y salió el tema de la maternidad. Hubo una persona con muchos títulos, nacionales e internacionales, una persona a la que yo realmente aprecio, que cuando estábamos charlando del tema de la maternidad me dijo: “No se hagan ningún problema, si ahora tienen suerte y les despenalizan el aborto, este problema se termina”... Por supuesto, el mismo silencio que hacen ustedes fue el silencio que se hizo en la mesa. No sé si rescato algo. Creo que quizás lo único que puedo rescatar es que por lo menos tuvo la valentía de decir lo que muchos de esas mesas pensaban, pero no deja de ser inadmisibles, y no dejó, por supuesto, de recibir la siguiente respuesta: “El problema no es lo que decís, sino lo que pensás”. Y eso es lo que se piensa; así piensan muchos de los cirujanos argentinos, no todos, pero muchos.

En realidad, lo que me resta decirles, porque anécdotas hay muchísimas, y es lo más importante de todo lo que me parece interesante recalcar, es que nosotros, hoy por hoy, no podemos asegurarles a las mujeres, en ninguna residencia, que no tengan una entrevista. En aquellas que no la tienen sí podemos asegurarles la igualdad de oportunidades. Pero en muchas residencias de muchos lugares privados anteponen una entrevista. Y en la entrevista se les pregunta específicamente qué piensan hacer con la maternidad. Muchas mujeres quedan fuera del sistema simplemente porque la respuesta es: voy a tener un hijo cuando yo quiera tener un hijo. Y, como decía Isabel, el momento de la residencia es el momento donde todas nosotras optamos por la maternidad. Son mujeres de más de 25 o 26 años hasta los 30 o 35. ¿Cuándo vamos a tener un hijo? ¿A los 14 para que después hagamos la facultad? No es una elección. ¿A los 50? Yo tengo un poco más de 50 y no quiero tener un hijo, ya tengo una, y creo que hubiera llegado tarde para tener un hijo ahora.

No podemos hoy asegurar... Nuestra intención con esta formación de la red es qué vuelta le podemos dar para llegar, porque tampoco lo conocemos. Nosotras somos médicas, no tenemos otra actividad. Tenemos que ver cómo podemos constituirnos para poder ingresar a estas entrevistas y que haya alguien presente que pueda decirles no, señor, no, doctor, usted no puede preguntar si una quiere o no tener un hijo, porque eso no importa, porque yo tengo el mismo derecho a formarme con hijos o sin hijos. Y de hecho son los mismos hijos que tienen ellos, solo que se los cuidan las mujeres. Es así.

Para terminar, lo que quería decirles y leerles es cómo termina nuestro primer trabajo que fuimos a presentar a Paraná en una jornada de derechos humanos hecho por mujeres cirujanas en base a nuestra encuesta. Termina diciendo así: aún persisten desafíos en el camino entre la igualdad formal y la igualdad real, entre la existencia de derechos y su reconocimiento. Este tránsito es más lento y desigual para las mujeres argentinas. Sin embargo, vamos a hacer nuestras las palabras de Marie Curie, que dicho sea de paso ustedes saben que Curie es el apellido del marido. Ella ganó dos Premio Nobel con el apellido del marido, porque en ese momento el apellido que ella tenía que utilizar era el de él. Vamos a hacer nuestras,

entonces, las palabras de Marie Curie, nunca admitida por la totalidad de los académicos de las ciencias en Francia, aún después de haber ganado su segundo Premio Nobel. Ella decía: nunca miro lo que he hecho, solo miro lo que queda por hacer.

Creo que tenemos mucho por hacer. En este camino estamos y todo el apoyo que podamos tener, obviamente, se los vamos a agradecer.

Muchas gracias. (*Aplausos.*)

**Sra. Morandini.-** Muchísimas gracias.

Antes de pasar a las preguntas, simplemente quiero resaltar la importancia de los números que nos advierten que somos más, pero también los números nos advierten que no somos ni directoras ni dueñas de clínicas. Pero lo que ha sido interesante en toda esta jornada es el testimonio personal y cultural. Cuando Gabriela leía los testimonios del informe todos nos reímos, sobre todo las mujeres, reconociendo en muchas de esas expresiones lo que cada una debe recibir en su actividad. La única que no se rio fue la doctora. Especialmente la felicito por haber podido hacer todo y, sin embargo, mirar a las que están a su lado. Hace falta tener una fuerza, una inconsciencia para que todos esos prejuicios no influyan y no nos dejen siempre un paso atrás, sobre todo cuando hablamos de derechos humanos.

Quería contarles, porque no lo dije, que la doctora Duré es experta en política y gestión de recursos humanos de salud, administradora gubernamental y consultora de la Organización Panamericana de la Salud. Todas nos han dado testimonios y reflexiones que estoy segura de que van a ser de utilidad para todos los que estamos aquí.

Le voy a dar la palabra al senador que preside la Comisión de Salud del Senado.

**Sr. Fiad.-** Muchas gracias.

Antes que nada, quiero agradecerle al Observatorio de Derechos Humanos la invitación que me cursaron, como así también al Observatorio Parlamentario Agenda 2030 de la Cámara de Diputados de la Nación.

No tengo preguntas, sino que quiero hacer dos o tres aportes que por ahí pueden, desde la tarea legislativa, ayudar realmente a este proceso que tiene muchos años y que, seguramente, en las estadísticas que nos mostraron, en estos últimos 30 o 40 años tuvo un salto sustancial. Primero eso, el agradecimiento.

Después, quiero decirles que si bien en esta mesa creo que somos dos los varones que estamos sentados, estamos todos para ayudar en esta igualdad no tan solo de género en general, sino también en particular y por sectores, en este caso de salud. Yo soy dermatólogo de formación de base, con lo cual siempre he estado más rodeado de mujeres que de varones. Y veía los porcentajes en cada una de las especialidades y realmente es sustancial la cantidad de mujeres en distintas especialidades. Pero creo que eso también nos hace reflexionar que dentro de la formación y dentro del sistema de salud no hay una impronta real de lo que queremos formar como profesionales y las especialidades acordes a la política que llevamos adelante. Nosotros siempre ponderamos y valoramos la atención primaria de la salud, pero no somos formadores de médicos, fundamentalmente, que salgan a hacer atención primaria de la salud, sino que somos formadores de muchos especialistas. Además, como bien decía, están mal distribuidos, porque no tenemos políticas de incentivo para que podamos radicar profesionales de la salud en el interior del interior; en el interior profundo de nuestro país, que también es una deuda pendiente y que necesitamos todos aportar para que eso sea así.

Sin duda, a lo que hacía referencia la doctora con respecto al tema de las

residencias, hay una ley vieja que necesita modificarse y demás, que también tiene hoy la posibilidad de que tendamos a que en cada uno de los distritos las guardias sean de 12 horas y no de 24 como bien hacía referencia. Eso hay que consustanciarlo en la práctica, porque en la teoría está, en la ley está, pero lamentablemente no se cumple.

Por supuesto, también hay que modificar la currícula de nuestra formación de grado en lo que hace a las profesiones en general y medicina en particular. Porque, como bien hacía referencia, en cuanto a la atención primaria de la salud todos sabemos que hay una o dos materias en toda la carrera que orientan hacia esa especialidad.

Por último, una aclaración. El Ministerio no bajó de rango, sigue siendo Ministerio de Salud y Desarrollo Social. El que era ministro es secretario de gobierno de Salud, pero la nueva ministra de Salud y Desarrollo Social es la licenciada Carolina Stanley. Yo tampoco hubiera querido que se fusione. Pero todos sabemos que es una fusión y no una baja de rango, como fue Ministerio de Salud y Acción Social o Desarrollo Social, en varias ocasiones en otra época de la historia argentina.

Quedo a disposición. Es un insumo muy importante y trascendente para que también reflexionemos y nos aboquemos a alguna legislación en particular que pueda ayudar a que tendamos a la igualdad de género en general y en salud en particular.

**Sra. Morandini.-** Tiene la palabra la señora senadora Brizuela.

**Sra. Senadora Brizuela y Doria de Cara.-** En primer lugar, agradezco a la querida Norma y a su equipo del Observatorio, que siempre están generando estos eventos tan importantes y convocándonos.

Quiero agradecer también al equipo del Observatorio de la Cámara de Diputados y, por supuesto, al equipo del PNUD. Gracias, por este maravilloso trabajo que, con rigurosidad técnica y un contenido muy rico, nos presenta el panorama que tenemos en el sector salud.

No soy del sector salud, pero hay muchísimas cosas con las que uno se identifica, más allá de los números en más o en menos. Son casi las mismas situaciones.

Tomamos el desafío y vamos a trabajar, especialmente, en las recomendaciones de políticas públicas que están contenidas acá y que, a pesar de que en mi provincia es un poco difícil articular el trabajo con el gobierno local, vamos a intentar también replicar algunas encuestas, utilizar la metodología. Nos parece fundamental para poder avanzar en el territorio con estas cuestiones.

Les agradezco nuevamente y vamos a tener que estar en contacto porque vamos a necesitar que nos ayuden para poder avanzar en estas cuestiones.

**Sra. Barrios.-** Ante todo quería saludarlos y agradecer la invitación.

Represento al Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, de la Segunda Circunscripción. La doctora Ángela Prigione es la actual presidente. Es el único colegio de médicos que tiene a una mujer como presidente. Ahora, en un segundo mandato también va a ser una mujer.

Se habló de la replicación de esto a nivel jurisdiccional. La doctora Ángela Prigione me ha dado la total libertad para que cuenten con el apoyo de nuestra institución para la replicación de este tipo de cosas, tanto para el Observatorio como para lo desarrollado aquí, que es un compromiso institucional. Con Isabel nos conocemos de hace bastante tiempo e incluso esta presentación la voy a estar replicando en la mesa interinstitucional que tenemos en la provincia, donde están

representados el otro colegio de médicos, el de la Primera Circunscripción, la Universidad Nacional de Rosario, la Universidad Nacional del Litoral y las secretarías de las municipalidades de Santa Fe y de Rosario.

Nuevamente agradezco la invitación y el material que me llevo, que también lo voy a estar compartiendo con la Coordinadora Nacional de Cajas Previsionales de Profesional de la República Argentina, donde trabajo en la Comisión de Problemáticas de Jóvenes. Allí consideramos que este tema está muy relacionado a la seguridad social y que no se despega. Gracias.

**Sra. Diputada Martínez.-** Norma: es un gusto venir a compartir esta mañana con todo el equipo del PNUD y del Observatorio de la Cámara de Diputados. Agradezco la invitación a Jimena y muchas gracias a todas las personas que están aquí. Es muy valiosa para nosotros esta invitación, tal como se lo manifesté a Jimena. Me parece más que interesante que se puedan articular todas las posibilidades de trabajo para que nuestra legislación mejore, tenga toda la solvencia y el respaldo del conocimiento que ustedes están permanentemente produciendo. Para nosotros es muy interesante.

Por otro lado, quiero comentar que, justamente, en la Cámara de Diputados estamos discutiendo un proyecto enviado por el Poder Ejecutivo, relativo a la equidad salarial y al tema de licencias. Es muy interesante. Ustedes saben que hay alrededor de cien proyectos en la Cámara de Diputados que tienen que ver con el tema de licencias. Estamos en un contexto particular que, por supuesto, nos hace tener que analizar la situación y ver qué cargas pueden soportar las empresas para no generar un efecto *boomerang*. Entonces, tener una mirada integral para saber qué es lo que puede soportar también el Estado con esa modificación de la LCT.

De manera tal que a mí me parece importante este proyecto porque incorpora una mirada y una perspectiva de género que para nosotras era central. En ese sentido, en lo que respecta a equidad salarial, tanto en cuanto a los códigos de conducta de las empresas como a los convenios colectivos de trabajo y a los estatutos sindicales también, exigen que sean homologados por el Ministerio de Trabajo de la Nación. En algunas oportunidades hemos hablado con Triaca para expresarle nuestro deseo de que estuvieran algunas cuestiones muy especialmente abordadas en lo que respecta al tema de licencias, como es el tema de la violencia de género, la posibilidad de la extensión por maternidad, que aquí no se plantea en el proyecto, pero sí se extiende por primera vez en este proyecto de dos a quince días la licencias por paternidad. Si, finalmente es así, es un hecho que no se había dado nunca en la historia de nuestro país, nunca se había extendido la licencia por paternidad. Consideramos que es un avance y, por otro lado, en un artículo, si no me equivoco, es el artículo 7, plantea la cuestión que el cuidado de niños y niñas, y ese tiempo necesario de cuidado excedente a las licencias, pueda ser realizado por cualquiera de los padres. Eso me parece valioso.

Para cerrar, concretamente quiero proponer que continuemos analizando en mesas de trabajo las iniciativas legislativas que tenemos, siempre pensando en que puedan ser enriquecidas y que también esa articulación que pretendemos hacer de los tres poderes y con la sociedad civil, nos permiten tener cada vez normas que respondan a las necesidades en nuestro país.

Creo que hemos dado avances y, este año, particularmente, discusiones centrales en materia de género en la Argentina, así que creo que es el camino que hay que continuar. Muchas gracias.

**Sra. Merlo.-** Buenas tardes. Soy Sandra Merlo, asesora de la senadora Mirkin, que agradece la invitación.

---

Quería hacer referencia a la cuestión de las encuestas del uso del tiempo, que marcaban como una asignatura pendiente. Esta casa tiene una media sanción en un proyecto con dictamen conjunto de un proyecto de la senadora Mirkin, otro de la senadora Kunath y otro del senador Linares y ahora lo tienen en Diputados desde el año pasado.

Y, con relación a lo que marcaba la doctora, respecto al plazo de excedencia y que se compute la antigüedad, también tenemos un proyecto que se presentó en el año 2016 y, como no lo tratan, porque está girado a la Comisión de Trabajo, que mayoritariamente están constituidas por hombres, marcan la agenda y las prioridades, con lo cual, ese proyecto caducó y lo volvimos a presentar contemplando estas cuestiones.

**Sra. Morandini.-** Para aprovechar la presencia de tantos legisladores y tantos asesores, quiero compartir un trabajo muy minucioso que ha hecho Carolina Neder en el Observatorio, para que tengamos una radiografía en relación a la igualdad de género y sobre qué estamos trabajando en el Congreso.

De los 2820 proyectos de ley que se han presentado entre el 1° de marzo del 16 al 30 de noviembre del 17 en el Senado el 6 por ciento refiere al ODS 5, o sea 162 proyectos. El 94 por ciento al resto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible; o sea que de igualdad de género solo el 6 por ciento. Dentro de este 6 por ciento, de esos 162 proyectos, el 39 por ciento tiene que ver con violencia de género, el 19 por ciento con paridad y cupo, el 17 por ciento derechos laborales, el 14 por ciento delito de trata, el 3 por ciento uso del tiempo, economía del cuidado, el 8 por ciento otros.

¿Qué porcentaje de los que se refieren al ODS 5 de igualdad de género tienen una autora mujer? El 69 por ciento fue presentado por senadoras, el 31 por ciento por senadores. ¿Qué tratamiento tuvieron estos proyectos referidos a la igualdad de género? El 80 por ciento no fue dictaminado, el 13 por ciento tiene media sanción, el 7 por ciento es ley.

A veces las radiografías nos devuelven una imagen un poco antipática, pero a su vez también son un enorme desafío para desarrollar también algo que hay que desarrollar que es la paciencia democrática.

Quiero agradecerles muchísimo. Estoy segura de que va a ser de enorme utilidad –como se decía acá– este informe como insumo fundamental; nos vamos todos inspirados. Quiero agradecer a Jimena, a Mauricio y a Catalina esto de poder trabajar juntos para promover una agenda de derechos humanos tan ambiciosos como los ODS y, por supuesto, al PNUD, sin su trabajo no hubiera sido posible hacer esta reunión tan inspiradora de la que nos vamos a llevar todos bastante información, pero también un desafío cultural. (*Aplausos.*)

- Son las 11.58.