



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
Y DE ADMINISTRACIÓN



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Brechas de género en ingresos laborales médicos: ¿cuál es el rol de la segregación?

Nina Giordano De Boni

Programa de Posgrado en Maestría en Economía
Facultad de Ciencias Económicas y Administración
Universidad de la República

Montevideo – Uruguay
Febrero de 2022



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
Y DE ADMINISTRACIÓN



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Brechas de género en ingresos laborales médicos: ¿cuál es el rol de la segregación?

Nina Giordano De Boni

Tesis de Maestría presentada al Programa de Posgrado en Maestría en Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administración de la Universidad de la República, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Magíster en Maestría en Economía.

Directores:

Prof. Cecilia Parada

Prof. Mijail Yapor

Montevideo – Uruguay

Febrero de 2022

Giordano De Boni, Nina

Brechas de género en ingresos laborales médicos: ¿cuál es el rol de la segregación? / Nina Giordano De Boni. - Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, 2022.

VIII, 80 p. 29, 7cm.

Directores:

Cecilia Parada

Mijail Yapor

Tesis de Maestría – Universidad de la República, Programa en Maestría en Economía, 2022.

Referencias bibliográficas: p. 54 – 58.

1. Brechas de género en ingresos laborales,
2. segregación horizontal, 3. segregación vertical,
4. salarios médicos, 5. regresiones RIF. I. Parada,
Cecilia, Yapor, Mijail, . II. Universidad de la República,
Programa de Posgrado en Maestría en Economía.
III. Título.

INTEGRANTES DEL TRIBUNAL DE DEFENSA DE TESIS

D.Sc. Prof. Nombre del 1er Examinador Apellido

Ph.D. Prof. Nombre del 2do Examinador Apellido

D.Sc. Prof. Nombre del 3er Examinador Apellido

Ph.D. Prof. Nombre del 4to Examinador Apellido

Ph.D. Prof. Nombre del 5to Examinador Apellido

Montevideo – Uruguay

Febrero de 2022

Agradecimientos

Quisiera agradecer a mis tutores, Cecilia Parada y Mijail Yapor, por acompañarme desde el inicio de este proceso, por apoyarme y motivarme y por sus muy valiosos comentarios. A las docentes de Seminario de Investigación y Tesis, Verónica Amarante y Paola Azar, por las sugerencias y el apoyo en la formulación del proyecto, y también a los compañeros que participaron en el curso. Por último, agradezco a mi familia, amigos y colegas, por haberme dado ánimo, escucharme e interesarse por el desarrollo del trabajo.

RESUMEN

En este trabajo se estudia la brecha de ingresos laborales entre médicos y médicas, y cuál es el rol de la segregación en la misma. Se utilizan datos de cargos médicos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), publicados por el Ministerio de Salud Pública (MSP). En primer lugar, se busca responder si existe una brecha de género en los ingresos laborales de los médicos y cómo ha evolucionado entre 2008 y 2018. Se estiman regresiones por mínimos cuadrados ordinarios y se encuentra que los cargos de mujeres tienen en promedio ingresos menores a los de los varones. Además, permanece una brecha luego de controlar por las características observables del cargo. Esta brecha condicional muestra un aumento entre 2008 y 2018 en el caso mensual y permanece relativamente estable en el caso horario. En segundo lugar, se estudia la presencia de segregación horizontal a partir del cálculo de los índices de segregación de Duncan y de Karmel y Maclachlan y se estima la contribución de la segregación a la brecha siguiendo la metodología de [Bayard *et al.* \(2003\)](#). Se concluye que la segregación por especialidad es un factor relevante para explicar las diferencias de ingresos entre médicos y médicas, pero que permanece un componente asociado al género del individuo que no puede explicarse por las distintas dotaciones entre sexos en las variables incluidas en el modelo. Finalmente, se busca determinar si las médicas se enfrentan a un techo de cristal que les impida acceder a los cargos de mayor remuneración. Se estiman regresiones cuantílicas con el enfoque de regresiones RIF y se encuentra que la brecha condicional aumenta en la cola derecha de la distribución del ingreso por hora, indicando que existen obstáculos para que las médicas accedan a los puestos de mayor remuneración.

Palabras claves:

Brechas de género en ingresos laborales, segregación horizontal, segregación vertical, salarios médicos, regresiones RIF.

Tabla de contenidos

1	Introducción	1
2	Marco teórico	6
2.1	Principales conceptos	6
2.2	Explicaciones teóricas: segregación horizontal	7
2.3	Explicaciones teóricas: segregación vertical	10
3	Antecedentes	12
3.1	Brechas salariales de género	12
3.2	Brechas salariales de género en el sector salud	15
4	Estrategia empírica	17
4.1	Datos	17
4.2	Metodología	18
4.2.1	Brecha de ingresos laborales con y sin controles	19
4.2.2	Segregación horizontal	20
4.2.3	Segregación vertical	24
4.3	Limitaciones	25
5	Mercado laboral del sector salud en Uruguay	27
6	Resultados	36
6.1	Brechas de ingresos laborales con y sin controles	36
6.2	Segregación horizontal	41
6.2.1	Medición la segregación horizontal	41
6.2.2	Segregación horizontal y brecha de ingresos laborales	43
6.2.3	Descomposición con estimaciones separadas por sexo.	47
6.3	Segregación vertical	49

7 Conclusiones	51
Referencias bibliográficas	54
Anexos	59
Anexo 1 Datos y construcción de variables	60
Anexo 2 Tablas y figuras	63

Capítulo 1

Introducción

La participación de las mujeres en el mercado laboral de América Latina mostró un fuerte crecimiento en el último medio siglo. Se trata de uno de los cambios más notables en este tiempo, con una repercusión significativa en la organización económica y social que llevó a un acercamiento de los roles de género ([Marchionni *et al.*, 2019](#)). No obstante, las mujeres aún mantienen una posición relegada en este mercado, en tanto participan menos del mismo y, entre las que trabajan, en general lo hacen menos horas y por salarios más bajos. La estructura del empleo de las mujeres en América Latina tiene también un sesgo de género, con una elevada participación de estas últimas en servicios sociales como educación y salud ([Marchionni *et al.*, 2019](#)). Los menores ingresos de las mujeres persisten pese a que sus cualidades vinculadas al empleo han mejorado notoriamente. En particular, para Uruguay [Espino *et al.* \(2014\)](#) encuentran que las brechas de ingresos laborales se mantienen incluso en la población calificada, indicando que los mayores logros educativos de las mujeres no son suficientes para eliminar las diferencias salariales. El objetivo de este trabajo de investigación es estudiar estas brechas de ingresos entre varones y mujeres, explorando un sector de alta participación femenina y alto nivel de calificación.

¿Por qué persisten las diferencias de ingresos? Siguiendo a [Colacce *et al.* \(2020\)](#), las explicaciones más recientes de la literatura se centran en tres enfoques no excluyentes. Uno es la segregación laboral de género, que refiere a la concentración de mujeres o varones en algunas ocupaciones o trabajos debido a barreras en la entrada. Otro es la existencia de diferencias de género en factores psicológicos y de preferencias, como el riesgo o la competitividad.

El último es la penalización por maternidad, es decir, que la tenencia de hijos afecte negativamente al salario de las mujeres.

En Uruguay se ha documentado la presencia de diferencias de ingresos asociadas al género. [Colacce *et al.* \(2020\)](#) encuentran que en 2018 las mujeres tienen un ingreso horario 19% inferior al de un varón con las mismas características (considerando la edad, la región y la educación). Un punto relevante comentado en este trabajo es que las mujeres están en promedio más educadas que los varones, y esto esconde parte de la brecha cuando no se toma en cuenta esta cualidad. [Espino *et al.* \(2014\)](#) estudian la brecha para la población con educación terciaria y concluyen que la segregación horizontal contribuye a explicarla. Otros trabajos apuntan a que el techo de cristal es relevante en el mercado laboral uruguayo: [Bucheli \(2005\)](#), [Borrás y Robano \(2010\)](#), [Carrillo *et al.* \(2014\)](#). En tanto, varios estudios internacionales indican que la brecha persiste si se restringe el universo de estudio a trabajadores médicos: [Theurl y Winner \(2011\)](#), [Magnusson \(2016\)](#), [Gravelle *et al.* \(2011\)](#).

Este trabajo se centra en el enfoque de segregación de género. Existen dos tipos de segregación laboral: horizontal y vertical. La segregación horizontal refiere al hecho de que las mujeres y los varones trabajen en distintas ocupaciones o sectores. Si las ocupaciones donde predominan las trabajadoras mujeres tienen peor remuneración, la brecha es mayor. La evidencia indica que este tipo de segregación contribuye sustancialmente a explicar la brecha de ingresos laborales, pero que las diferencias salariales de género al interior de las ocupaciones se mantienen relevantes ([Ponthieux y Meurs, 2015](#)). Esto quiere decir que existe segregación vertical, la cual refiere a la escala jerárquica o de tareas dentro del ámbito laboral. Pese a que tanto la educación como la experiencia de las mujeres han tendido a aumentar, las mujeres están sub-representadas en los puestos de mayor remuneración. Esta barrera se conoce como techo de cristal y explica en buena medida a la brecha de ingresos, principalmente para los trabajadores más educados ([Marchionni *et al.*, 2019](#)).

Dentro del sector de la salud, los trabajadores médicos son los de mayor nivel de calificación. El sector en Uruguay se caracteriza por una alta participación de trabajadoras mujeres, fenómeno que se ha incrementado en los últimos años.¹ Sin embargo, existen diferencias asociadas al género en el tipo

¹De acuerdo a la Encuesta Continua de Hogares de 2018 (ECH), las mujeres representan un 45% del total de ocupados. En el total de trabajadores médicos, las mujeres ocupan un 59% (cinco puntos porcentuales por encima del registro de 2008).

de cargo que ocupan los trabajadores, ya sea entre las distintas especialidades (por ejemplo, las mujeres están sub-representadas en especialidades anestésico-quirúrgicas) o en la cantidad de cargos de supervisión que ocupan.

La concentración de mujeres en algunas especialidades puede darse debido a varios motivos no excluyentes. Uno de ellos es que sea más dificultoso para las médicas acceder a algunas especialidades debido a patrones de discriminación. Además, es posible que las mujeres se dirijan hacia las especialidades que tengan horarios y modalidades de trabajo más compatibles con la vida familiar, teniendo en cuenta que en general cargan con mayores tareas de cuidados y trabajo doméstico. Esto en el sector salud podrían ofrecerlo aquellas especialidades con menor número de guardias extensas, menor nocturnidad, y mayor estabilidad en los horarios. Las mujeres y los varones pueden a su vez diferir en preferencias y gustos, considerando que las distintas especialidades también se distinguen en el ambiente de trabajo y el nivel de competencia.

Este trabajo se propone responder si existen diferencias salariales de ingresos entre médicos y médicas, y cuál es el rol que juega la segregación en esas diferencias. En concreto, en primer lugar, se busca responder si existe una brecha de género en los ingresos laborales de los médicos y cómo ha evolucionado entre 2008 y 2018. En segundo lugar, se indaga si se está ante la presencia de segregación horizontal y qué rol juega en la brecha de ingresos de mujeres y varones del sector. Finalmente, se busca responder si hay un techo de cristal para las médicas que les impida acceder a los cargos de mayor remuneración. Las hipótesis a confirmar y que orientan este trabajo son las siguientes. En primer lugar, existen brechas salariales en el sector salud asociadas al género de los individuos y estas han disminuido entre 2008 y 2018. En segundo lugar, existe segregación laboral por sexo entre especialidades médicas. Esta segregación explica una parte importante de la brecha de ingresos entre mujeres y varones del sector salud. En tercer lugar, las médicas uruguayas se ven enfrentadas a un techo de cristal que les impide acceder a los cargos de mayor remuneración.

La principal fuente de datos utilizada en este trabajo proviene de la base del Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) publicada por el MSP. Se trata de un registro administrativo que contiene información de los trabajadores del sector salud para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y los seguros médicos entre 2008 y 2018. Este registro permite observar todos los ingresos de los médicos trabajando en el subsector privado. Para someter a prueba las hipótesis antes mencionadas, se estiman

distintas ecuaciones de salarios utilizando diversos métodos. En primer lugar, se estima un modelo por mínimos cuadrados ordinarios para obtener una primera aproximación de la brecha de ingresos entre médicos y médicas. Luego, se mide la existencia de segregación horizontal mediante la construcción de Índices de Duncan y se estudia su efecto en la brecha mediante la metodología de Bayard *et al.* (2003). Por último, para estudiar la segregación vertical se estiman regresiones cuantílicas en base al procedimiento propuesto por Firpo *et al.* (2009) basado en la función de influencia recentrada (RIF, por su siglas en inglés). En cada caso se realizan estimaciones con el ingreso mensual y con el ingreso horario como variable dependiente.

Se concluye que las diferencias de ingresos entre médicas y médicos permanecen luego de controlar por características observables de la persona y del cargo, como la especialidad médica. No se observa una disminución de la brecha condicional en el período. La segregación por especialidad contribuye significativamente a explicar la diferencia y se encuentra evidencia consistente con la presencia de un techo de cristal para las médicas.

Esta tesis busca aportar a la literatura que se ocupa del estudio de las brechas salariales de género. A pesar de que a nivel internacional se han encontrado estas diferencias para profesionales médicos, no existen antecedentes a nivel nacional que se centren en este sector, que es de relevancia por varios motivos. Primero, porque al centrarse en un sector específico de alto nivel de calificación se pretende obtener respuestas a las diferencias de ingresos más allá de las que podrían surgir de las heterogeneidades de capital humano. Dentro del sector disminuye la dispersión en variables inobservables como la inversión en capital humano y el compromiso con el trabajo, en la medida en que estos trabajadores ya invirtieron años de estudio en una de las carreras más largas disponibles en el país. Esto ayuda a comprender los mecanismos que subyacen a estas diferencias salariales y contribuye a la búsqueda de soluciones necesarias, considerando que el avance hacia la equidad se ha enlentecido en la última década (Colacce *et al.*, 2020). En segundo lugar, siguiendo a Goldin (2014) es importante conocer qué pasa dentro de las distintas ocupaciones para poder avanzar hacia la convergencia de salarios entre géneros. Por otro lado, como la participación de trabajadoras mujeres en el universo de estudio mostró un aumento entre 2008 y 2018, interesa saber si ese fenómeno se ve acompañado de un aumento o disminución de la brecha. Con este trabajo se busca generar información de utilidad para los hacedores de políticas, tanto los responsables

en materia de formación como de empleo, de forma de poder orientar el diseño de instrumentos que logren corregir las desigualdad a causa del género. Los ingresos laborales constituyen la principal fuente de ingreso de la mayoría de la población y los menores ingresos que reciben las mujeres se traducen en una menor capacidad de consumo y decisión de los gastos dentro de los hogares, atentando contra su capacidad de auto gestión e independencia. Potenciar las capacidades de la población femenina contribuye al progreso económico y social de los países (Espino *et al.*, 2014). Asimismo, la generación de evidencia empírica acerca de la existencia de brechas salariales en el sector salud en Uruguay, a partir de una base poco explotada como el SCARH, es una contribución específica de esta tesis.

El trabajo se estructura de la siguiente manera. Luego de esta introducción, en la segunda sección se presenta el marco teórico que guía el análisis. En la tercera sección, se resumen los principales antecedentes de la literatura. A continuación, en la sección cuarta, se detalla la estrategia empírica adoptada. En la quinta sección se realiza una descripción del mercado laboral del sector salud en Uruguay y en la sección sexta se presentan los resultados del trabajo. Finalmente, en la séptima sección, se encuentran las conclusiones del estudio.

Capítulo 2

Marco teórico

La segregación laboral de género se refiere a que existen sectores y/o tareas predominantemente masculinizadas o feminizadas. Este hecho está asociado con distintas condiciones de empleo entre los sectores u ocupaciones masculinizados y feminizados, entre las que se encuentran diferencias en los salarios pagados. De este modo, la segregación laboral constituye uno de los factores explicativos de las brechas de género a favor de los varones que ha concentrado la atención de la academia (Anker, 1997; Blau *et al.*, 2010, Borjas, 2010). Se pueden encontrar en la literatura distintas causas que explican la persistencia del fenómeno de la segregación. A continuación, se realiza una sistematización de los principales conceptos y aportes teóricos en los que se apoya este trabajo.

2.1. Principales conceptos

La segregación laboral puede ser de carácter horizontal o vertical. Por segregación horizontal se entiende a la diferenciación de la composición por sexo de las ocupaciones. Esto es, la concentración de mujeres en ciertas ocupaciones en comparación con su participación en la fuerza de trabajo. El mecanismo por el cual mujeres y varones se segregan en distintas ocupaciones puede estar asociado a factores de discriminación, por ejemplo, por la existencia de barreras en la entrada en algunas ocupaciones. También puede deberse a diferencias de preferencias entre varones y mujeres. Cuando la concentración de mujeres afecta negativamente al salario de la ocupación, la segregación horizontal contribuye a la existencia de brechas salariales.

Por su parte, la segregación vertical ha recibido una fuerte atención en

la literatura más reciente y apunta a la ausencia de mujeres en los puestos jerárquicos. Dos mecanismos generan que las mujeres queden relegadas en la jerarquía salarial (Ponthieux y Meurs, 2015). El primero se manifiesta cuando las diferencias salariales son mayores en la cola superior de la distribución salarial y se nombra en la literatura como techo de cristal (Albrecht *et al.*, 2003). Esto es que las mujeres progresan y logran avanzar en la distribución de salarios, pero existe una barrera invisible que les impide llegar a los sueldos más altos. Se trata de un mecanismo de discriminación contra las mujeres en el nivel más alto de la distribución. También puede asociarse a una menor propensión por parte de las mujeres a negociar salarios (Ponthieux y Meurs, 2015). El segundo mecanismo es el llamado piso pegajoso, que se advierte cuando se observa una brecha más ancha en la cola izquierda de la distribución salarial. En este caso, solo algunas mujeres progresan y logran avanzar en la distribución de salarios.

En los apartados siguientes se presentan las principales teorías que explican cómo la segregación laboral puede contribuir a deprimir los salarios de las mujeres, tanto para el caso horizontal como para el vertical. Algunas explicaciones operan en un mundo con discriminación² y otras sin discriminación.³

2.2. Explicaciones teóricas: segregación horizontal

Las distintas teorías que se relacionan con la existencia de segregación horizontal y su vínculo con la brecha se enfocan en factores asociados a la oferta y a la demanda de trabajo. Por el lado de la demanda, la existencia de discriminación de género al momento de contratar fue estudiada empíricamente por Weichselbaumer (2004) y por Goldin y Rouse (2000). Por su parte, Becker (1971) desarrolló una de las primeras teorías en esta línea, conocida como la teoría del gusto por la discriminación, generado por las preferencias de contratación por parte de los empleadores, consumidores o compañeros de trabajo. En este modelo existe igual productividad por parte de lo oferentes varones y mujeres, pero los reclutadores tienen un costo no económico asociado a con-

²La discriminación refiere al trato diferencial que limita las oportunidades de desarrollo de determinados grupos vulnerados, en este caso, las mujeres.

³Sistematizaciones sobre esta literatura pueden encontrarse en: Anker (1997), Blau *et al.* (2010), Borjas (2010) y Bertrand (2011).

tratar mujeres. En tal caso, el ahorro asociado a contratar una mujer debería compensar ese “disgusto”. Siguiendo a [Borjas \(2010\)](#), las mujeres se concentrarían en ocupaciones donde el grado de discriminación hacia ellas sea bajo. Otro enfoque es el de la discriminación estadística ([Aigner y Cain, 1977](#)), que señala como factor explicativo el hecho de que los empleadores realizan predicciones de la productividad del trabajador al seleccionar personal. Esto se debe a que las características observables de los trabajadores no brindan información perfecta sobre ese trabajador y las predicciones se basan en estereotipos y creencias. [Goldin \(2002\)](#), combina estos dos enfoques presentando un modelo en el cual la incorporación de una mujer en una ocupación dominada por varones es vista de como una señal de disminución del valor y el prestigio de esa ocupación. Con el objetivo de proteger el estatus, los trabajadores varones se oponen a contratar mujeres.

Por el lado de la oferta, las mujeres y los varones pueden elegir ocupaciones distintas en base a decisiones subjetivas relacionadas con las prácticas cotidianas y los roles de género. Un ejemplo es que las mujeres tienden a elegir menos carreras relacionadas a la ciencia y tecnología que los varones ([Ponthieux y Meurs, 2015](#)). En este caso el objeto de estudio es el diferencial de género en la decisión previa a la entrada al mercado laboral, que luego tendrá consecuencias en los ingresos. La teoría del capital humano de [Mincer y Polachek \(1974\)](#) indica que la decisión de inversión en capital humano no se toma de forma individual, sino condicionada por la familia, que es considerada como una unidad con división de trabajo en su interior, donde se manifiesta la discriminación. Así, la mujer carga con mayores responsabilidades familiares y de cuidados, esto redundando esencialmente en una menor experiencia laboral y ese diferencial de capital humano explica los menores ingresos. [Polachek \(1981\)](#) a su vez argumenta que las mujeres eligen ocupaciones en las cuales el costo de interrupción laboral es bajo. Estas explicaciones tienen menos capacidad explicativa en la actualidad, en la medida en que se cerraron las diferencias de capital humano entre varones y mujeres (educación y experiencia) y el compromiso laboral de estas últimas es más fuerte e ininterrumpido.

Por otro lado, siguiendo a [Katzkowitz y Querejeta \(2012\)](#), se debe considerar el vínculo entre la segregación ocupacional y la brecha salarial. En esta dirección se encuentra enfocada la hipótesis de *crowding* desarrollada por [Bergmann \(1974\)](#). Este modelo asume igualdad de productividad entre sexos. Los empleadores discriminan a las mujeres de las ocupaciones consideradas mascu-

linas (demanda). A su vez, las mujeres se forman para determinadas ocupaciones, influenciadas por lo que observan en el mercado (oferta). La oferta laboral de mujeres es creciente, pero las mujeres se concentran en menos ocupaciones. El exceso de oferta deriva en menores salarios para las ocupaciones femeninas.

La persistencia de las brechas entre varones y mujeres en un contexto de disminución de las diferencias en capital humano y experiencia, ha llevado a que otras explicaciones cobren mayor relevancia. Estas operan en un mundo sin discriminación al momento de contratar o decidir la ocupación. Por un lado, [Borjas \(2010\)](#) vincula a la segregación y a los salarios con la teoría de las diferencias salariales compensatorias, que indica que los salarios de los trabajos que ofrecen características menos demandadas por los trabajadores serán más altos. Las mujeres tienden a posicionarse en ocupaciones con salarios más bajos por demandar características como flexibilidad o estabilidad (el menor salario se ve compensado por un beneficio). Por otro lado, una nueva corriente explicativa incorpora aportes desde la sociología y la psicología, basándose en los atributos psicológicos, las habilidades cognitivas y la influencia de las normas sociales en las preferencias, que pueden derivar en que algunas ocupaciones sean más atractivas que otras de forma diferencial por sexo. [Bertrand \(2011\)](#) describe la evidencia encontrada sobre diferencias de preferencias y actitudes por sexo (en base a experimentos de laboratorio) y revisa los trabajos que buscan determinar la relevancia de este tipo de factores en la brecha salarial de género. Con respecto a las preferencias, las mujeres presentarían una mayor aversión al riesgo y buscarían evitar ambientes con alto nivel de competencia (y tenderían a rendir menos en este tipo de ambientes). Estarían entonces más dispuestas a cambiar un mayor salario por una mayor estabilidad y tenderían a irse de ambientes fuertemente competitivos (donde generalmente las compensaciones salariales son más altas). También existirían diferencias entre varones y mujeres a nivel de la negociación salarial, que puede verse como un tipo de competencia. Las mujeres dan más importancia al bienestar de los demás, lo cual también repercute en su actitud hacia la búsqueda del beneficio personal. Como las características preferidas por las mujeres son menos premiadas en el mercado laboral, las ocupaciones con mayor número de mujeres podrían tener menores pagos.

2.3. Explicaciones teóricas: segregación vertical

Además de la existencia de discriminación en el ámbito laboral, las explicaciones teóricas sobre la segregación vertical se centran en la combinación de horas de trabajo dentro y fuera del mercado laboral. Por un lado, los modelos del enfoque de la discriminación estadística nombrados anteriormente también ayudan a entender las diferencias a lo largo de las carreras entre varones y mujeres. Un ejemplo es que los empleadores discriminen a las mujeres por asumir que se ausentarán más del trabajo o interrumpirán su carrera por ser madres, lo cual las hace menos productivas. Otros trabajos apuntan a que las diferencias en el avance de la carrera por sexo se deben esencialmente a que las mujeres efectivamente interrumpen su trabajo. [Lazear y Rosen \(1990\)](#) proponen un modelo para formalizar la relación entre la carrera y las oportunidades fuera de ese ámbito. Se asume que mujeres y varones tienen las mismas habilidades en el mercado laboral, pero que las mujeres tienen mayores habilidades en el trabajo doméstico. Como las mujeres tienen entonces una mayor probabilidad de salir del mercado laboral, las firmas son más reticentes a invertir en ellas. Se exige que las mujeres tengan una mayor habilidad para ofrecerles un salario más alto. Por su parte, [Gicheva \(2013\)](#) encuentra una correlación entre recibir un ascenso y trabajar más horas, lo cual implica una desventaja para las mujeres que tienen más responsabilidades familiares. Se observa que las interrupciones en el trabajo y el hecho de trabajar menos horas tienen un rol primordial para explicar las diferencias en el avance de la carrera. [Goldin \(2014\)](#) se focaliza en los trabajadores altamente calificados y argumenta que la brecha salarial de género es menor cuando la relación entre pagos y horas trabajadas es lineal y mayor cuando esta relación es no lineal (convexa). La existencia de pagos no lineales implica que a mayor cantidad de horas la remuneración aumenta más que proporcionalmente. Cuantas más horas se trabaja, más caras son las últimas horas. Como las mujeres suelen tener preferencias por jornadas laborales más acotadas, aquí reside un factor importante para la explicación de la brecha. Este punto también es destacado por [Bertrand \(2017\)](#), que a su vez encuentra evidencia a favor de que la elasticidad de los ingresos

con respecto a las horas trabajadas es mayor en las ocupaciones mejor pagas. La literatura revisada por [Bertrand \(2017\)](#) sugiere que un factor de relevancia para explicar el techo de cristal es que las mujeres siguen soportando la mayor parte del coste del trabajo no comercial, incluido el cuidado de los niños. Esto es especialmente relevante ya que esta demanda de tiempo no comercial de las mujeres es especialmente perjudicial cuando intentan competir en las profesiones con mayores ingresos, que recompensan los compromisos de tiempo más intensos y penalizan la flexibilidad.

[Bertrand \(2017\)](#) revisa otras dos explicaciones recientes de la literatura para explicar el fenómeno del techo de cristal: los efectos de las diferencias a nivel educativo y las diferencias de atributos psicológicos. Respecto del primer punto, se destaca que, pese a que la formación de las mujeres ha mejorado notablemente, estas no se forman para trabajar en los sectores que perciben mayores ingresos. En relación al segundo punto, sobre la literatura vinculada a atributos psicológicos basada en experimentos de laboratorio, la evidencia indica que estos factores ayudan a explicar las diferencias de ingresos y de elecciones sobre educación y tipos de trabajo. Algunos puntos destacados son las diferencias de preferencias por sexo respecto del riesgo y de los ambientes competitivos. Sin embargo, la importancia cuantitativa de estos atributos psicológicos para explicar las diferencias salariales entre varones y mujeres y la sub-representación de las mujeres en los puestos de mayores ingresos sigue siendo discutible a la luz de la investigación existente.

Capítulo 3

Antecedentes

Existe una amplia literatura que analiza las brechas salariales de género y un gran número de trabajos se centran en la segregación horizontal y vertical. En este apartado no se realiza una sistematización exhaustiva de toda la literatura sobre la temática, ya que esto excede los objetivos del trabajo. A continuación, se presentan los principales antecedentes internacionales y nacionales en los que se enmarca esta investigación, distinguiendo aquellos generales de los específicos para el sector salud.

3.1. Brechas salariales de género

Con respecto a los hallazgos a nivel internacional, de acuerdo a [Macpherson y Hirsch \(1995\)](#) y [Bayard *et al.* \(2003\)](#) la segregación ocupacional de género es un componente relevante para explicar la brecha salarial en Estados Unidos. Además, [Bayard *et al.* \(2003\)](#) también concluyen que la brecha es relevante dentro de las mismas ocupaciones o empresas. [Blau y Kahn \(2017\)](#) vinculan las distintas explicaciones teóricas de la brecha salarial de género con la evidencia empírica, con datos para Estados Unidos entre 1980 y 2010. Al final del período, las brechas salariales al interior de cada industria y de cada ocupación se mantienen relevantes. Se encuentra una importancia creciente de la brecha en la parte más alta de la distribución en la brecha total, lo que iría en línea con la hipótesis del techo de cristal. Las explicaciones que resaltan son las interrupciones temporales en el trabajo y las menores horas trabajadas por las mujeres, principalmente para los trabajadores altamente calificados. Los roles de género, su consecuente división de trabajo y la segregación ocupacional

también tienen una fuerte relevancia, y no se puede descartar la existencia de discriminación.

En América Latina, [Marchionni et al. \(2019\)](#) encuentran que la estructura sectorial del mercado laboral difiere por sexo y las mujeres tienden a desempeñarse en empleos más flexibles que los varones (en términos de organización de la jornada laboral). El salario medio por hora de una mujer es en promedio 22 % más bajo que el de un varón, cuando se comparan trabajadores con características similares. La mayor parte de esta brecha corresponde a diferencias al interior de las ocupaciones. [Carrillo et al. \(2014\)](#) realizan un estudio comparando doce países de América Latina y estiman regresiones cuantílicas siguiendo la metodología de [Firpo et al. \(2009\)](#). Deducen que en de los países más ricos y menos desiguales, donde se incluye Uruguay, la brecha salarial es mayor en el percentil 90 de la distribución salarial (el sector más rico de la población). [Pal \(2019\)](#) también explora las brechas salariales de género más allá de la media en el mercado laboral argentino. Utiliza el método RIF propuesto por [Firpo et al. \(2009\)](#) y verifica la hipótesis de techo de cristal.

En Uruguay, varios trabajos han investigado la brecha salarial de género y la mayoría intentan descomponer la brecha en un efecto asociado a características observables y un efecto de retornos a estas características, utilizando la estrategia de descomposición originalmente propuesta por [Oaxaca \(1973\)](#) y [Blinder \(1973\)](#). Los primeros trabajos en Uruguay en esta línea analizan estas diferencias para la media salarial: [Bucheli y Rossi \(1985\)](#), [Furtado y Raffo \(1998\)](#), [Rivas y Rossi \(2002\)](#). Estos trabajos identifican la presencia de discriminación de género en el mercado laboral uruguayo. Más recientemente, [Colacce et al. \(2020\)](#) encuentran que la brecha salarial de género se explica en buena medida porque las mujeres trabajan menos horas. El ingreso promedio mensual de las trabajadoras mujeres es un 25 % menor al de los varones, mientras que para el ingreso horario esa diferencia es de 6 % (en 2018). Si se consideran mujeres y varones que tienen la misma edad, viven en la misma región y tienen los mismos niveles educativos, la diferencia en el ingreso horario asciende a 19 %. Esto se debe en buena medida a que las mujeres están más educadas que los varones. Para los trabajadores más educados (tanto con bachillerato como con educación terciaria) la brecha de género en ingresos horarios se sitúa alrededor de 18 %. Los resultados indican una reducción de la brecha en las partes más bajas de la distribución y un estancamiento en los tramos más elevados, sugiriendo una creciente participación del fenómeno techo de cristal.

También para Uruguay, con respecto a la existencia de segregación horizontal y su influencia en la brecha, [Amarante y Espino \(2004\)](#) encuentran que los salarios femeninos son afectados negativamente por la concentración de mujeres en ciertas ocupaciones, mientras que los salarios de los varones no se ven perjudicados por la misma condición. [Katzkowitz y Querejeta \(2012\)](#) concluyen que los salarios en las ocupaciones feminizadas son más bajos que en las masculinizadas, al tiempo que en las ocupaciones integradas los salarios serían más altos. [Espino \(2013\)](#) halla que la segregación laboral y los desajustes por calificación contribuyen a explicar una parte importante de la brecha salarial en Uruguay en el año 2010. Encuentra que al incluir medidas de segregación laboral la diferencia en el salario horario entre varones y mujeres (desfavorable para las segundas) disminuye de 27 % a 18 %. [Espino et al. \(2014\)](#) se focalizan en la población con educación terciaria y también concluyen que, para los años 2001 y 2011, una parte de la brecha salarial se explica por la segregación ocupacional y que otra parte importante es atribuible al sexo del individuo. De acuerdo a los resultados de este trabajo, alcanzar mayores niveles educativos contribuye marcadamente a disminuir los factores asociados a la discriminación laboral, pero la brecha continúa presente.

[Bucheli \(2005\)](#) y [Borrás y Robano \(2010\)](#) realizan un análisis de la brecha salarial de género mediante la utilización de regresiones cuantílicas (aunque con algunas diferencias en la metodología), lo cual les permite estudiar la segregación vertical. Las estimaciones se hacen con datos de 2002 en el primer caso y de 2007 en el segundo. En los dos trabajos se concluye que las brechas salariales controladas por las características observables son más importantes en los percentiles superiores de la distribución salarial, lo cual indica que existe un techo de cristal en Uruguay.

Más recientemente, [Querejeta y Bucheli \(2021\)](#), analizan el impacto de la llegada de un hijo sobre las brechas de género en el empleo. Las autoras encuentran una diferencia relevante entre el salario de las mujeres con hijos y sin hijos, lo que se conoce como penalización por maternidad. Esta diferencia se explica, en parte, por una reducción del empleo formal de las mujeres con hijos y porque sufren una caída de sus salarios horarios.

3.2. Brechas salariales de género en el sector salud

Los antecedentes internacionales indican que existen diferencias salariales entre médicos varones y mujeres. Entre quienes analizan el rol de las especialidades y de la situación familiar en la brecha, [Magnusson \(2016\)](#) encuentra que la brecha salarial de género para los médicos suecos pasa de 9,5% a 7% al controlar por las distintas especialidades médicas, indicando que la elección de la especialidad solo puede explicar un tramo de la brecha total. No encuentra un patrón claro entre la proporción de mujeres y los salarios por especialidades. Las mayores brechas salariales se observan dentro de las especialidades dominadas por mujeres. La brecha salarial es mayor en las partes más altas de la distribución, indicando que dentro de los médicos mejores pagos las mujeres ganan menos que los varones. La brecha es mayor entre los médicos casados o en concubinato en comparación con los médicos solteros. Tener hijos está positivamente correlacionado con el nivel de salario para varones y mujeres, pero este “premio” es mayor para los padres. [Sasser \(2005\)](#), por su parte, encuentra para Estados Unidos que las mujeres médicas casadas y con hijos tienen menores remuneraciones, pero que esto se debe principalmente a que buscan trabajar menos horas, sin sufrir una penalización significativa en su salario por hora. Los resultados sugieren que las mujeres médicas pueden elegir ciertos campos de especialidad que son más propicios para cumplir con las responsabilidades familiares.

Varios trabajos europeos estudian la brecha salarial de los médicos utilizando métodos de descomposición. [Theurl y Winner \(2011\)](#) estiman la brecha con datos de salarios para Austria entre 2000 y 2004 y encuentran una diferencia por sexo de las remuneraciones anuales del orden de 32%, que no puede explicarse enteramente por características observables. [Dumontet *et al.* \(2012\)](#) analizan las remuneraciones de los médicos generales en Francia y describen que las mujeres trabajan menos horas y que se observan diferencias por género en el tipo de tareas realizadas. Se estima que los ingresos de los varones son 26% superiores a los de las mujeres (una brecha similar a la observada en el total de los trabajadores). Aproximadamente un 61% de esta brecha se explica porque las mujeres trabajan menos (medido, por ejemplo, en número de consultas) y encuentran que las médicas mujeres tienen un retorno marginal más alto que los varones a realizar una consulta adicional. [Gravelle *et al.* \(2011\)](#)

estudian el caso de los médicos generales para Inglaterra para el año 2004. Encuentran que los ingresos mensuales para las mujeres son el 70 % del de los varones y para los salarios horarios ese porcentaje es de 91 %. El efecto inexplicado de esta brecha ronda el 25 %. En este trabajo proponen un test para encontrar discriminación en el lugar de trabajo y como resultado no pueden rechazar la hipótesis nula de que no existe discriminación.

En América Latina, el caso peruano es estudiado por [Amaya y Mougenot \(2019\)](#), estiman la diferencia de probabilidad de ganar un salario alto para un médico y una médica (definido en base a un umbral de ingresos mensuales). Los resultados indican que los varones tienen en promedio una probabilidad 81 % mayor que las mujeres de llegar a ese umbral. La proporción más alta de esta diferencia se asocia con el componente inexplicado de la descomposición, lo cual puede interpretarse como la diferencia en los retornos a las mismas características por el hecho de ser varón o mujer.

Con respecto al análisis del sector salud para Uruguay, existen trabajos que analizan las remuneraciones del sector en general, sin embargo, ninguno ha puesto foco en las desigualdades entre varones y mujeres. En este sentido, [Carrasco y Tenembaun \(2008\)](#) encuentran que no existen grandes diferencias en la composición del empleo entre el subsector privado y el público y que existe una prima salarial favorable al subsector privado decreciente entre 1991 y 2006. Un informe del MSP examina las remuneraciones del sector utilizando la base del SCARH para el análisis del sector privado (2019)⁴. El análisis muestra que los trabajadores varones perciben en promedio salarios superiores a las mujeres. En el subsector privado, para todas las categorías laborales el salario por hora percibido por los varones es mayor al de las mujeres. En el sector público las brechas se observan esencialmente para los cargos de dirección y jefaturas. Por último, [Mora et al. \(2018\)](#) para el Colegio Médico de Uruguay realizaron un estudio de caracterización de la profesión médica en Uruguay, que describe el perfil socio-demográfico de los médicos, su inserción laboral y contiene un análisis cualitativo de la profesión. El estudio destaca el proceso de feminización de la profesión en los últimos años, pero se encuentran diferencias entre géneros. Entre otras cosas, se percibe que algunas especialidades tienen barreras en la entrada, como las quirúrgicas, que en los espacios de trabajo las opiniones de las mujeres son menos valoradas, y que para las mujeres es más difícil conciliar la carrera con la vida familiar.

⁴División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud, MSP.

Capítulo 4

Estrategia empírica

4.1. Datos

Se trabaja fundamentalmente con microdatos provenientes de dos bases de datos: SCARH e Infotítulos. El registro administrativo SCARH, publicado por el MSP, es la principal fuente de información y contiene datos de recursos humanos de la salud del sector privado: IAMCs y seguros médicos entre 2008 y 2018. Incluye información mensual de los ingresos, las horas trabajadas y los actos realizados por cargo, para los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre de cada año. Además, contiene información de la institución de donde procede el cargo, la relación de cada cargo con esa institución (suplentes, titulares, independientes), así como características demográficas de los trabajadores, como sexo y edad. Se pueden identificar de forma diferencial a los médicos y al resto de los trabajadores. Un trabajador puede tener más de un cargo por institución y cada cargo cuenta con un código identificador de la persona. En este trabajo, solo se toman datos de cargos médicos para realizar las estimaciones.

La base Infotítulos, que es también publicada por el MSP, contiene los títulos habilitados de todo el personal de la salud. El título habilitado por el MSP es obligatorio para el ejercicio de la profesión.

El procesamiento de la base para corregir ciertos aspectos de registro y la construcción de las variables se detalla en el Anexo 1. A continuación, en la tabla 4.1 se describen las variables que se consideran en este trabajo.

Tabla 4.1: Descripción de variables

Variable	Descripción
Edad	Edad de la persona en el cargo.
Sexo	Sexo de la persona en el cargo
Ingreso mensual	Incluye pagos de tres tipos: pagos fijos asistenciales (vinculados a horas trabajadas), pagos fijos de dirección (vinculados a horas trabajadas en dirección) y pagos variables (por actos no quirúrgicos y actos quirúrgicos).
Horas trabajadas mensuales	Se identifica de forma diferencial las horas trabajadas en trabajo asistencial fijo y las horas trabajadas en actos quirúrgicos.
Ingreso horario	Corresponde al ingreso total del cargo del mes dividido la cantidad de horas trabajadas.
Actos médicos	Cantidad de actos médicos realizados en el mes. Se diferencian los actos quirúrgicos y no quirúrgicos.
Institución	Institución del cargo
Lugar de la institución	Montevideo o Interior
Especialidad del cargo	Se identifica la especialidad del cargo, incluyendo a los trabajadores con cargos de alta dedicación y con cargos de dirección o jefatura.
CAD	Cargo de Alta Dedicación
Relación con la institución	Suplentes, suplentes fijos, titulares e independientes.
Porcentaje de mujeres en la institución del cargo	Cantidad de cargos de mujeres en la institución/ Cantidad de cargos en la institución
Porcentaje de mujeres en la especialidad del cargo	Cantidad de cargos de mujeres en la especialidad/ Cantidad de cargos en la especialidad

4.2. Metodología

Con el fin de someter a prueba las hipótesis que guían este trabajo, se siguen distintas aproximaciones metodológicas. Para ello, primero se estima la brecha salarial entre varones y mujeres y su evolución entre 2008 y 2018, mediante un modelo lineal (con y sin controles). Luego, se mide la segregación horizontal por especialidad y se estima su efecto en la brecha salarial: se utilizan dos índices de medición de segregación y luego se estiman modelos incorporando variables que den cuenta de la feminización del ámbito laboral de cada cargo, siguiendo a [Bayard *et al.* \(2003\)](#). Por último, siguiendo a [Firpo *et al.* \(2009\)](#) se computan regresiones cuantílicas incondicionales para evaluar la existencia de un techo de cristal. Las estimaciones se hacen para todos los años entre 2008 y 2018. Se trabaja con pesos constantes de 2018. Se presentan estadísticas descriptivas en las tablas [2.1](#), [2.2](#) y [2.3](#) del Anexo 2.

4.2.1. Brecha de ingresos laborales con y sin controles

La mera diferencia entre el salario promedio percibido por cada grupo es conocida como la brecha bruta o sin ajustar. Esto quiere decir que no se controla por ninguna variable y las diferencias pueden deberse a distintas dotaciones en los determinantes del salario por sexo (por ejemplo, que las mujeres tengan menos años de educación o de experiencia.). En primer lugar, se calcula la brecha bruta de ingresos laborales entre cargos de médicos varones y médicas mujeres. Para esta primera aproximación a la brecha de ingresos, se estima un modelo de mínimos cuadrados ordinarios (MCO), donde la única variable explicativa es una binaria igual a 1 cuando la persona es mujer.

Luego, se estima la brecha condicional o ajustada nuevamente mediante un modelo de MCO. En este caso además de la variable binaria de Mujer se incorporan otras covariables sobre las características personales y del puesto del trabajador. El modelo a estimar es el siguiente:

$$\begin{aligned} \ln(y_i) = & \beta_1 + \beta_2 \text{Mujer}_i + \beta_3 \text{Edad}_i + \beta_4 \text{Edad}_i^2 + \beta_5 \text{Horas}_i + \beta_6 \text{ActosAQ}_i \\ & + \beta_7 \text{ActosnoAQ}_i + \beta_8 \text{CAD}_i + \sum_1^p \alpha_p \text{Especialidad}_{pi} \\ & + \sum_1^q \eta_q \text{RelInst}_{qi} + \sum_1^r \gamma_r \text{Inst}_{ri} + \varepsilon_i \end{aligned} \quad (4.1)$$

Donde $\ln(y_i)$ es el logaritmo del ingreso mensual del trabajador del cargo i . Mujer_i es una variable binaria que vale 1 si el individuo del cargo i es mujer. El coeficiente β_2 asociado a la variable Mujer_i refleja las diferencias en las remuneraciones atribuibles al sexo de las personas condicional al resto de las características que podemos observar. Además del sexo, se controla por la edad de los individuos (Edad_i) y la edad al cuadrado (Edad_i^2). Horas_i es la cantidad de horas trabajadas en el mes por el trabajador en el cargo i . ActosAQ_i y ActosnoAQ_i refieren respectivamente a la cantidad de actos quirúrgicos y no quirúrgicos realizados en el mes. CAD_i es una variable binaria que indica si el cargo es de alta dedicación⁵. Especialidad_{pi} representa un grupo de va-

⁵En el capítulo 5 se describen las características de estos cargos. Su inclusión en la regresión se justifica en tanto representa la nueva forma de contratación en el sector para el trabajo médico, donde todo nuevo cargo que ingrese al sistema de salud lo debe hacer

riables binarias que muestran en qué especialidad p se encuentra el cargo i . Estos coeficientes indican cuál es la influencia de encontrarse en determinada especialidad en el ingreso, permitiendo controlar por factores inobservables como la habilidad necesaria para trabajar en determinada especialidad.⁶ $Inst_{ri}$ refiere a un grupo de variables binarias que indican la institución r del cargo i . $Rel.Inst_{qi}$ permite controlar por la relación de dependencia con la misma, indicando si el cargo i es de titular, suplente, suplente fijo o independiente. La ecuación 4.1 corresponde al modelo 1 del capítulo 6 de resultados. También se estima una regresión con el logaritmo del ingreso horario como variable dependiente, sin incluir el control de las horas trabajadas ni los actos quirúrgicos realizados, que corresponde al modelo 2 del capítulo 6⁷.

4.2.2. Segregación horizontal

Con el fin de estimar la presencia de segregación horizontal entre las especialidades médicas, se construyen Índices de Duncan (ID) (Duncan y Duncan, 1955).

$$ID = \sum_p |h_p - m_p|/2 \quad (4.2)$$

Donde h_p es la proporción de varones trabajando en la especialidad p sobre el total de varones y m_p es la proporción de mujeres trabajando en la especialidad p en el total mujeres. Cuanto el índice vale 0, la distribución por especialidades de varones y mujeres es idéntica y cuando vale 1, la segregación es total. El resultado del índice suele interpretarse como el porcentaje de mujeres que tendrían que moverse de grupo para que la distribución por sexo sea equitativa.

Una limitación del ID es su sensibilidad al nivel de agregación de los grupos. Esto quiere decir que un aumento o una baja del ID puede explicarse tanto por cambios en la composición por sexo al interior de cada especialidad, como por cambios en la participación de la especialidad en el total de médicos.

bajo esta nueva modalidad contractual. Esto modifica no sólo el régimen de trabajo sino la remuneración, en algunas especialidades de forma sustantiva.

⁶Las distintas especialidades pueden verse en la tabla 2.3 del anexo 2. En esta clasificación se incluyen algunos cargos que no son necesariamente de una especialidad que requiera estudios específicos, como es el caso de cargos de directores y jefes.

⁷Los actos AQ tampoco se incluyen porque se contemplan las horas trabajadas en estos actos al construir el ingreso horario.

Por ejemplo, si entre un año t y un año $t+1$ se registra un aumento de los trabajadores de una especialidad poco segregada, el ID mostraría un descenso sin que existan cambios en las participaciones por sexo dentro de las especialidades. Por ello, siguiendo a [Katzkowitz y Querejeta \(2012\)](#) y [Amarante y Espino \(2001\)](#) se descompone al ID en tres efectos: composición (sexo), mixto (ocup) y residual.

$$Sexo = \frac{1}{2} \left[\sum_p \left| \frac{m_{p2} * T_{p1}}{\sum_p m_{p2} * T_{p1}} - \frac{f_{p2} * T_{p1}}{\sum_p f_{p2} * T_{p1}} \right| - \sum_p \left| \frac{m_{p1} * T_{p1}}{\sum_p m_{p1} * T_{p1}} - \frac{f_{p1} * T_{p1}}{\sum_p f_{p1} * T_{p1}} \right| \right] \quad (4.3)$$

$$Ocup = \frac{1}{2} \left[\sum_p \left| \frac{m_{p1} * T_{p2}}{\sum_p m_{p1} * T_{p2}} - \frac{f_{p1} * T_{p2}}{\sum_p f_{p1} * T_{p2}} \right| - \sum_p \left| \frac{m_{p1} * T_{p1}}{\sum_p m_{p1} * T_{p1}} - \frac{f_{p1} * T_{p1}}{\sum_p f_{p1} * T_{p1}} \right| \right] \quad (4.4)$$

Dónde p es el subíndice de cada especialidad, T es la estructura ocupacional (número de trabajadores -cargos- en la especialidad p), mientras que 1 y 2 son los distintos períodos de tiempo. *Sexo* cuantifica el efecto de un cambio en la composición por sexo de las especialidades si se mantiene constante la estructura ocupacional por especialidad. *Ocup* refleja el efecto de un cambio en la estructura ocupacional de las especialidades si se mantiene constante la composición por sexo. Finalmente, el efecto residual es la parte de la variación en el ID que no queda explicada por ninguno de los efectos anteriores.

[Karmel y Maclachlan \(1988\)](#) proponen un indicador (en adelante, KM) que corrige los valores del ID teniendo en cuenta el peso de cada ocupación sobre el total de trabajadores.

$$KM = \frac{1}{T} \sum_p |a * H_p - (1 - a) * M_p| = 2a(1 - a)ID \quad (4.5)$$

Donde a representa la proporción de mujeres sobre el total de ocupados (cargos médicos en este caso) T y, por tanto, $1 - a$ representa la proporción de varones en el total de ocupados. H_p y M_p representan el total de varones y mujeres trabajando en la ocupación-especialidad p . Así, el índice KM es una transformación del ID. Mientras el ID se puede interpretar como la fracción de uno de los grupos que tendría que cambiar de ocupación para que no existiese segregación, el índice de KM se puede interpretar como la fracción co-

respondiente a la población ocupada total que debería moverse de ocupación para evitar la segregación, manteniendo constante la estructura ocupacional. El índice varía entre 0 y 0,5 y su evolución es equivalente al ID cuando a permanece constante. Se aprecia que, dado un valor de ID, KM será mayor cuanto mayor sea $a(1 - a)$, cuyo máximo valor se alcanza cuando la proporción de mujeres en total es 50 %.

Al construir el ID se puede responder si existe segregación, pero no su efecto en la brecha de ingresos. Para obtenerlo, siguiendo a Bayard *et al.* (2003) se estima un modelo lineal que asume que estas diferencias son una función de características individuales y de la feminización del ámbito laboral de cada uno de los trabajadores⁸. En este caso, la feminización está representada por el porcentaje de mujeres en la especialidad médica y en la institución. La regresión a estimar es:

$$\begin{aligned} \ln(y_i) = & \beta_1 + \beta_2 \text{Mujer}_i + \beta_3 \text{Edad}_i + \beta_4 \text{Edad}_i^2 + \beta_5 \text{Horas}_i \\ & + \beta_6 \text{ActosAQ}_i + \beta_7 \text{ActosnoAQ}_i + \beta_8 \text{CAD}_i + \sum_1^q \eta_q \text{RelInst}_{qi} \\ & + \beta_9 \text{Mdeo}_i + \lambda \text{Part.Esp}_p + \delta \text{Part.Inst}_n + \varepsilon_{ip} \end{aligned} \quad (4.6)$$

Además de las descritas anteriormente, en este caso se consideran también las siguientes variables. Mdeo_i es una variable binaria que vale 1 cuando la institución se encuentra en Montevideo y 0 si está en el interior. Part.Esp_p es el porcentaje de cargos de mujeres en la especialidad p . Part.Inst_n es el porcentaje de cargos de mujeres trabajando en la institución n . El coeficiente β_2 sería la diferencia atribuible al sexo de los individuos luego de controlar por la proporción de mujeres en las diferentes especialidades y dadas todas las demás variables constantes. Si este coeficiente es negativo y estadísticamente significativo, se interpreta que las mujeres reciben en promedio menores ingresos que los varones luego de controlar por la proporción de mujeres en la especialidad y en la institución. El parámetro λ mide en este caso cómo influye en el ingreso percibido la proporción de mujeres en la especialidad. Si el signo de λ es positivo se supone que cuanto mayor sea la concentración de mujeres en la especialidad, mayor será el ingreso. δ se interpreta análogamen-

⁸Espino (2013) y Espino *et al.* (2014) también utilizan la metodología de Bayard *et al.* (2003). En estos trabajos se incluye en la regresión el porcentaje de mujeres en la ocupación, en la rama y en el tamaño de la institución donde se trabaja.

te respecto a la institución. Los modelos 3 y 4 del capítulo 6 de resultados corresponden a la ecuación 4.6 con la variable dependiente ingreso mensual y horario respectivamente. Esta ecuación se puede descomponer de la siguiente manera:

$$\ln(y_m) - \ln(y_h) = \beta_2 + (X_m - X_h)\hat{\beta} + (Part.Esp_m - Part.Esp_h)\hat{\lambda} + (Part.Inst_m - Part.Inst_h)\hat{\delta} \quad (4.7)$$

Con los subíndices m y h indicando el promedio para las mujeres y los varones respectivamente y el gorro indicando que son valores estimados. X es un vector de características observables compuesto por las variables de la ecuación 4.6. La descomposición muestra qué parte de la brecha entre el promedio del logaritmo del ingreso de las mujeres y el de los varones se explica, por un lado, por diferencias en esas características y, por otro lado, por la segregación de mujeres en especialidades o instituciones con ingresos más bajos. La resta $Part.Esp_m - Part.Esp_h$ muestra la diferencia entre el promedio de la proporción de mujeres en las ocupaciones de las mujeres y el promedio de la proporción de mujeres en las ocupaciones de los varones. Si las mujeres están segregadas, el promedio de las mujeres será mayor que el de los varones y la resta tendrá un valor positivo. La contribución de las instituciones se interpreta análogamente. Esta descomposición puede verse como una de Oaxaca-Blinder (OB) que impone los mismos coeficientes para varones y mujeres. También podemos realizar la descomposición OB sin este supuesto; procedimiento que es más flexible y consiste en estimar regresiones para mujeres y para varones por separado:

$$\begin{aligned} \ln(y_m) - \ln(y_h) = & [(X_m - X_h)\hat{\beta}_h + (Part.Esp_m - Part.Esp_h)\hat{\lambda}_h + \\ & (Part.Inst_m - Part.Inst_h)\hat{\delta}_h] + [X_m(\hat{\beta}_m - \hat{\beta}_h) + \\ & Part.Esp_m(\hat{\lambda}_m - \hat{\lambda}_h) + Part.Inst_m(\hat{\delta}_m - \hat{\delta}_h)] \end{aligned} \quad (4.8)$$

Los sub-índices en los coeficientes indican si corresponden a varones (h) o mujeres (m). En este caso la brecha puede dividirse en un componente explicado por las características observables y un segundo componente asociado a las diferencias en los retornos de esas características. Este segundo componente es el no explicado, que se asocia con la existencia de discriminación. Puede también

existir otro componente de discriminación que cause la segregación por especialidad, que no se captura. Dentro de cada componente se puede obtener la contribución de la segregación de forma diferenciada. Se toman en este trabajo a los coeficientes de los varones como estructura salarial no discriminatoria para construir el contrafactual de la descomposición OB. Se pueden utilizar alternativamente la estructura salarial de las mujeres, u otra estructura salarial. El término $(Part.Esp_m - Part.Esp_h)\hat{\lambda}_h$ mide la contribución de la segregación en especialidades en la parte explicada de la brecha y $Part.Esp_m(\hat{\lambda}_m - \hat{\lambda}_h)$ en la parte inexplicada. Para la segregación por institución la explicación es análoga.

4.2.3. Segregación vertical

Adicionalmente, se indaga si las brechas son distintas a lo largo de la distribución del ingreso. Con el objetivo de estudiar la segregación vertical en el sector, se utilizan estimaciones de los cuantiles de la distribución del ingreso mediante la estimación de regresiones de función de influencia re-centrada (RIF, por sus siglas en ingles), método propuesto por [Firpo et al. \(2009\)](#).

La regresión cuantílica es un técnica que permite estimar el impacto de un cambio en la distribución de cierta variable explicativa, x , sobre el cuantil de una variable de resultado y . Existen básicamente dos métodos de estimación para estas regresiones: el originalmente propuesto por [Koenker y Bassett \(1978\)](#) (en ocasiones denominado regresiones cuantílicas condicionales, en el entendido que permiten estimar lo efectos de pequeños cambios en las x sobre el cuantil condicional de y), y el método propuesto por [Firpo et al. \(2009\)](#) que se basa en la estimación de regresiones de influencia recentrada, RIF (los propios autores definen su método como de regresión cuantílica incondicional, en tanto permite estimar -bajo ciertas condiciones de identificación- los efectos parciales de las covariables sobre el cuantil incondicional de la variable y). En ambos casos, suponiendo una relación funcional lineal entre el cuantil de y y las variables explicativas, los métodos estiman tantos coeficientes como cuantiles se elijan, lo que permite obtener efectos parciales de las covariables de interés más allá de la media. Si el coeficiente asociado a la variable *Mujer* es mayor en los cuantiles más altos de la distribución salarial, entonces es posible inferir que las barreras que enfrentan las mujeres son mayores para los salarios más altos. Esto puede interpretarse como evidencia en favor de la existencia de un techo

de cristal.

La ventaja principal del camino incondicional es que permite estimar efectos parciales directamente interpretables de los regresores en el τ -ésimo cuantil incondicional de $\ln(y)$, además de ser sencillo computacionalmente. En este procedimiento se reemplaza en la estimación la variable dependiente por la función de influencia re-centrada (RIF) del estadístico de interés. Las etapas consisten en: primero, computar la función RIF y, luego, estimar una regresión por MCO con esa función como variable dependiente y las características como variables explicativas. La función de influencia (IF) es una medida de robustez que permite medir la influencia de cada observación. La función RIF se define como: $RIF(y; v) = v(F_y) + IF(y; v)$. En el caso de los cuantiles, esto es:

$$RIF(y; Q_\tau) = Q_\tau + IF(y; Q_\tau) = Q_\tau + \frac{\tau - I[y \leq Q_\tau]}{f_y(Q_\tau)} \quad (4.9)$$

Donde I es una función indicadora, $f_y(\cdot)$ es la densidad de la distribución marginal de y y Q_τ es el τ -ésimo cuantil de y . Así, para estimar la función RIF en el caso de cuantiles se computa el \hat{Q}_τ de la muestra y se calcula la densidad de ese punto ($\widehat{f(\hat{Q}_\tau)}$) con métodos de kernel (estas estimaciones se reemplazan en la ecuación anterior). Luego, se estima la segunda etapa y se obtienen los coeficientes de interés. En este trabajo las regresiones se computan para el logaritmo del ingreso de los médicos, primero mensual y luego horario.

Otra ventaja de este tipo de estimación de cuantiles incondicionales es que provee una forma simple de obtener descomposiciones detalladas para cualquier estadístico para el cual se pueda computar una función de influencia. Se trata del método de descomposición propuesto por [Firpo et al. \(2011\)](#), que permite realizar los usuales ejercicios de descomposición OB pero generalizándolos a otros estadísticos distintos de la media. En este caso, el estadístico de interés son los cuantiles de la distribución incondicional de la variable de resultado (el ingreso de los médicos). En este trabajo no se presenta el ejercicio de la descomposición para los cuantiles.

4.3. Limitaciones

El enfoque adoptado en este trabajo cuenta, al menos, con las siguientes limitaciones. Se realiza el análisis en un solo sector y teniendo únicamente en cuenta a los trabajadores privados, por lo que puede existir sesgo de selección.

A nivel de sectores, el mecanismo de selección puede ser diferencial a nivel de habilidades. Un ejemplo sería que en el sector salud estén las mujeres más hábiles y los varones más hábiles se encuentren en el sector de tecnología. De igual modo, dado el nivel de inversión necesario para egresar de la carrera de medicina y considerando el nivel de prestigio asociado, este sesgo no debería ser sustancialmente diferencial por género. En tanto, la selección por sexo entre el sector público y el sector privado también puede no ser aleatoria. En general, las mujeres están sobre-representadas en el sector público, debido a que ofrece trabajos más estables y seguros. La evidencia indica que las brechas salariales de género tienden a ser menores en el sector público [Ponthieux y Meurs \(2015\)](#). En Uruguay el sector público está a su vez más regulado, lo cual también tiende a disminuir las brechas. En este sentido, el análisis en el sector privado es más relevante. Igualmente, si un mayor número de mujeres se concentra en el sector público, teniendo en cuenta la existencia de multiempleo en el sector, es posible que las mujeres dediquen menos horas al sector privado que los varones.

Las estimaciones de los cuantiles a partir de las RIF tienen a su vez algunas limitaciones. Primero, por el supuesto de linealidad, dado que si las relaciones fueran no lineales los parámetros estimados tendrían cierto sesgo. Segundo, en línea con el comentario de [Rios-Avila \(2020\)](#), en el caso de variable explicativas binarias las estimaciones de los efectos parciales se deben interpretar cuidadosamente puesto que las RIF se tratan de aproximaciones localmente lineales de dichos efectos y en el caso de cambios discretos grandes de la x (como el de sexo, que sería pasar de 0 a 100% en la proporción de individuos con esa característica) las estimaciones pueden estar sujetas a sesgos relevantes. Una posibilidad para mejorar estas estimaciones es estimar lo que [Firpo et al. \(2018\)](#) denominan *Income Treatment Effects*.

Existen además un conjunto de elementos inobservables que no es posible controlar con la metodología adoptada. En este sentido, queda pendiente explotar el panel y controlar por efectos fijos de individuo.

Capítulo 5

Mercado laboral del sector salud en Uruguay

En esta sección se presenta una breve explicación de la organización del mercado laboral del sector salud, haciendo foco en el subsector privado y en las formas de remuneración a los trabajadores médicos.

El mercado de la salud en Uruguay contiene dos subsectores, el privado y el público. En el subsector público el actor fundamental es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que junto con Sanidad Policial, Sanidad Militar (también prestadores integrales), Hospital del Banco de Previsión Social y el Hospital de Clínicas (dependiente de la Universidad de la República pero que atiende a una parte importante de la población de ASSE, particularmente de Montevideo), conforman la red de atención que sostiene la atención de usuarios en este segmento. Por su parte, en el subsector privado dominan las IAMC y los seguros privados médicos, que son los únicos prestadores integrales de este subsector. Tanto ASSE como las IAMC y los seguros privados médicos brindan una cobertura total⁹.

En los últimos años el subsector privado ha mostrado un crecimiento importante, en el contexto de la creación del Seguro Nacional de Salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA)¹⁰. El FONASA se crea en 2007 con el objetivo de universalizar el acceso a la salud de la población y regula las interacciones entre consumidores y prestadores de servicios de salud. Cuando una persona es cubierta por FONASA, puede elegir entre los distintos pres-

⁹De acuerdo a datos del MSP, en 2018 el 62% del total de afiliaciones pertenece al sector privado y el 38% al sector público.

¹⁰Creado por Ley 18131.

tadores de salud integrales, públicos o privados¹¹. Los usuarios contribuyen a FONASA mediante aportes de forma dependiente de los ingresos de cada contribuyente y de forma independiente de la elección de prestador de servicio de salud.

En lo que respecta al mercado de trabajo del sector, los trabajadores pueden variar en su nivel de calificación y remuneración. A grandes rasgos, existe personal médico, enfermería, técnicos no médicos y servicios administrativos y oficios. Respecto a la formación, los médicos (en quienes se concentra esta tesis) son los trabajadores con mayor nivel de especialización. Los trabajadores pueden trabajar en el sector público, el sector privado o de forma particular. A su vez, dentro de las instituciones, un médico o médica puede trabajar en el ejercicio libre de su profesión. El título de Médico General requiere una formación de 7 años de duración¹² y para obtener un título de médico especializado se requiere una formación adicional que ronda entre los 3 y 6 años (dependiendo de la especialidad). Para acceder a una especialidad existen dos sistemas de acceso: el Posgrado Convencional y el Residentado. Existen además cupos limitados para acceder al posgrado o a la residencia por especialidad y por año (ver tabla 2.5 y 2.6 del anexo 2). Los médicos generales deben dar una o más pruebas y en base a esos resultados se asignan esos cupos para poder formarse. Las diferencias entre el Posgrado Convencional y el Residentado son tres: la Residencia es remunerada, tiene una mayor carga horaria y exige dedicación completa. Algunas especialidades solo se pueden cursar por Residencia (este es el caso de las que tienen un alto grado de formación manual, como la cirugía), otras solo se pueden cursar por posgrado, y otras por los dos sistemas¹³.

Respecto al número de empleos, los trabajadores de la salud, y en particular los médicos, se caracterizan por un elevado multiempleo. La mayoría de los médicos cuenta con más de un trabajo y cada trabajo puede categorizarse como asalariado público, asalariado privado, trabajador independiente y propietario (por ejemplo, de una clínica particular)¹⁴. Como se observa en la tabla 5.1, de acuerdo a la Encuesta Continua de Hogares (ECH) solo un 31 % del total de los médicos en Uruguay declara tener un solo trabajo en 2018. El multiem-

¹¹Los prestadores están obligados a aceptar la elección de la persona, con la excepción de los seguros médicos.

¹²Plan de estudios 2008 de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

¹³Una descripción detallada del mercado de residencias médicas se encuentra en Contreras y Faggeti (2016), que analizan este mercado en Uruguay.

¹⁴Mientras que la ECH engloba todas estas distintas categorías, en la base SCARH solo consideramos asalariados privados y trabajadores independientes.

pleo existe también dentro del subsector privado. En la tabla 5.2 se aprecia el multiempleo para los médicos que trabajan para mutualistas. El 48 % de los médicos tienen un solo cargo en una IAMC, por lo que el 52 % tiene al menos dos cargos. Con respecto al multiempleo diferenciado por sexo, se observa que el mismo es ligeramente más importante para los varones que para las mujeres (un 50 % de mujeres tienen un único cargo en IAMC, mientras que para los varones es un 45 %). En la tabla 2.7 del anexo 2 se puede ver el multiempleo en las IAMC para el año 2008. Esta información es relevante, puesto que en este trabajo se buscan las diferencias de ingreso por cargo, y no por persona. Si las mujeres tuvieran un multiempleo mayor al de los varones, las diferencias en los ingresos por cargo podrían verse compensadas.

Tabla 5.1: Multiempleo del trabajo médico en Uruguay en 2018

Total			Mujeres			Varones		
N° Cargos	Médicos	%	N° Cargos	Médicos	%	N° Cargos	Médicos	%
1	4,836	31 %	1	2,862	31 %	1	1,974	31 %
2	5,956	38 %	2	3,895	42 %	2	2,061	33 %
3	3,307	21 %	3	1,859	20 %	3	1,448	23 %
4	1,318	8 %	4	628	7 %	4	690	11 %
5	181	1 %	5	65	1 %	5	116	2 %
6 o más	78	0 %	6 o más	42	0 %	6 o más	36	1 %
Total	15,676	100 %	Total	9,351	100 %	Total	6,325	100 %

Fuente: elaboración propia en base a ECH de 2018.

Tabla 5.2: Multiempleo del trabajo médico en las IAMC en 2018.

Todos			Mujeres			Varones		
N° Cargos	Médicos	%	N° Cargos	Médicos	%	N° Cargos	Médicos	%
1	4,501	48 %	1	2,771	50 %	1	1,730	45 %
2	2,445	26 %	2	1,415	26 %	2	1,030	27 %
3	1,268	13 %	3	741	13 %	3	527	14 %
4	619	7 %	4	340	6 %	4	279	7 %
5	278	3 %	5	139	3 %	5	139	4 %
6	135	1 %	6	71	1 %	6	64	2 %
7 o más	151	2 %	7 o más	48	1 %	7 o más	103	3 %
Total	9,397	100 %	Total	5,525	100 %	Total	3,872	100 %

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

La existencia de varios cargos dentro del mismo subsector se ilustra también con la relevancia que tienen las suplencias (los médicos titulares sobrecargados

con varios trabajos tienden a dejar lugar a médicos suplentes con frecuencia). Existen incluso dos tipos de cargos suplentes, los fijos y los no fijos. Así, dentro de la base de datos se encuentran cargos titulares, suplentes fijos, suplentes no fijos e independientes. En 2018, 46% de los cargos en mutualistas eran titulares, 40% suplentes y 14% independientes. A su vez, dentro de cada cargo existen distintas modalidades de trabajo. Algunos ejemplos son las policlínicas, las guardias de retén y las guardias presenciales. Las modalidades son distintas entre ellas a nivel de horas de trabajo y cada modalidad tiene distintas características. Por ejemplo, en el caso del retén el médico es llamado a su lugar de trabajo únicamente en caso de que sea necesario por un motivo de urgencia. Las distintas especialidades médicas difieren significativamente entre sí con respecto a las modalidades de trabajo. En la tabla 5.3 se aprecian los promedios de horas trabajadas por grupo de especialidad y por modalidad de trabajo.

Tabla 5.3: Promedio de horas trabajadas mensuales por grupo de especialidades y por área en IAMC en 2018

ÁREA	Dirección/ Jefes	M.General	Pediatría/ M.Familiar	AQ	EM	CTI/Sanatorio	Patólogos/ Radiólogos	Residentes
Policlínica	0	19	24	16	25	4	28	33
Urgencia	0	12	9	0	0	0	0	0
Internación dom.	0	4	1	0	0	3	0	0
Radio	0	6	7	0	1	0	0	1
Guardia Interna	0	7	11	6	3	22	7	9
Puerta	0	24	22	2	0	7	1	5
CTI Adultos	0	1	0	0	0	35	0	39
CTI Pediátrico	0	0	1	0	0	10	0	2
Retén	0	6	4	20	12	2	17	1
Sanatorio	0	3	3	4	7	13	13	47
Block	0	0	0	8	0	0	0	0
Otros (san y amb)	0	4	3	3	5	3	15	52
Dirección	109	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES	109	84	84	58	55	99	80	189

EM = especialidades médicas; AQ = especialidades anestésico-quirúrgicas. Los grupos de especialidades se formaron de acuerdo a la modalidad de trabajo. El detalle de los grupos de especialidades se presenta en la tabla 1.1 del anexo 1.

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Con el objetivo de reducir el multiempleo médico (que se considera perjudicial para la calidad del servicio brindado), en 2012 se aprobó el Nuevo Régimen de Trabajo Médico, creando los Cargos de Alta Dedicación (CAD).¹⁵

¹⁵Se establece en el [Nuevo Laudo Médico Vigente](#) y rige para las especialidades acordadas. A quienes ya estaban trabajando previamente les rige el laudo de 1965. Los laudos actualizados se pueden visitar en el siguiente [enlace](#)

De forma general, estos cargos implican un aumento en la cantidad de horas trabajadas a la misma institución, aunque no garantizan un trabajo de tiempo completo. Asimismo, un CAD implica en muchos casos un aumento del valor hora del salario (pero no en todos, en especial para las especialidades donde predominan los pagos por acto). Los CAD se fueron implementando de forma gradual y por especialidad. En las IAMC predominan cargos CAD en medicina general, pediatría, medicina interna y medicina intensiva. En 2018 los cargos CAD llegaron a representar un 6% de los cargos de las IAMC (ver tabla 2.4 del anexo 2). En este marco, la base de datos SCARH que se utiliza para la estimación de los modelos contiene cargos médicos que difieren en cuanto al grado de calificación (médicos generales, especialistas, residentes y practicantes), a la relación con la institución (titulares, suplentes o independientes) y a la clasificación CAD.

Con respecto al sistema de remuneraciones, en Uruguay los salarios se negocian a nivel colectivo por medio de los Consejos de Salarios, un órgano tripartido con la participación del sector público, los empleadores y los trabajadores. Las remuneraciones a los médicos por parte de las mutualistas tienen dos componentes: uno fijo y uno variable. Los pagos fijos refieren a un sueldo mensual o un sueldo por hora. En tanto, los pagos variables implican un pago por la cantidad de veces que se realiza un servicio. Este servicio puede implicar el número de pacientes vistos o puede deberse a la ejecución de un acto. Un acto indica un procedimiento específico como una cirugía, la asistencia de un parto o una maniobra médica, entre otros. Tanto para las remuneraciones fijas como variables, el nivel de la retribución depende del tipo de actividad realizada y de la especialidad médica.¹⁶ A partir de la base de datos SCARH es posible conocer las remuneraciones de los distintos componentes. En la tabla 5.4 se detallan los promedios mensuales de los ingresos, el número de horas trabajadas y de actos realizados por los médicos en las IAMC. Los ingresos por acto médico representan en promedio 24% de los ingresos mensuales totales. Este promedio esconde heterogeneidades importantes por especialidad. Entre los actos, existe una distinción importante entre los que están asociados a otra modalidad, como por ejemplo, actos que se realizan dentro del marco de las horas de policlínica (maniobras) y los actos previamente coordinados y de mayor duración, como una cirugía (actos de block).

Como constatan [Mora et al. \(2018\)](#), hay un proceso de feminización en los

¹⁶Laudo 2010 – Nuevo Régimen de Trabajo Médico.

Tabla 5.4: Ingresos, horas trabajadas y actos por cargo. 2008-2018. Promedio mensual. Pesos constantes de 2018.

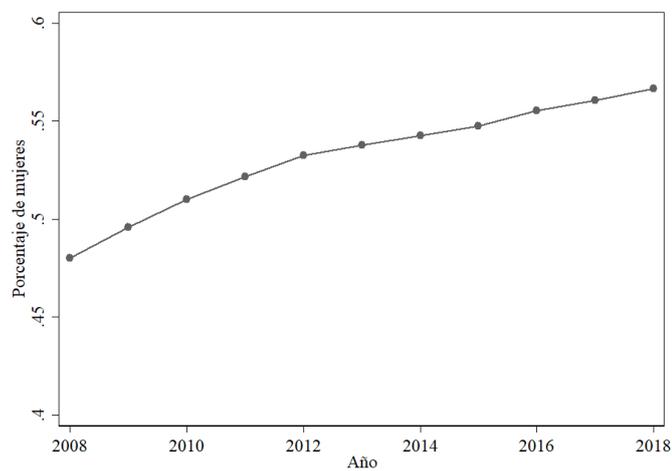
Año	Ingresos (\$)			Horas por cargo	Actos por cargo
	Totales	Fijos	Variables		
2008	94,304	57,294	20,431	80	74
2009	90,484	55,180	20,548	76	72
2010	88,416	54,597	20,785	75	78
2011	92,820	57,366	22,598	76	89
2012	93,385	57,412	23,070	74	80
2013	96,964	60,508	23,274	74	76
2014	98,778	63,157	22,817	74	75
2015	101,490	64,828	23,632	75	80
2016	101,935	66,083	24,048	75	73
2017	102,829	66,013	24,768	74	70
2018	102,939	67,377	24,147	73	70

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

últimos años en la profesión médica. La cantidad de mujeres en el total de los cargos médicos de las IAMC creció desde 48 % a 57 % entre 2008 y 2018, como se observa en la figura 5.1. Sin embargo, esta participación decae cuando restringimos la población a los que reciben los ingresos más altos (ver figura 5.2). En 2018, aproximadamente, el 60 % de los cargos decil 1 (10 % de menor ingreso) eran ocupados por mujeres, mientras que en el decil 10 (10 % de mayor ingreso) la participación femenina es de 41 %. Esto sugiere la existencia de un techo de cristal en el sector. No obstante, se observa una mejora de más de diez puntos porcentuales de la participación de mujeres en los ingresos más altos entre 2008 y 2018.

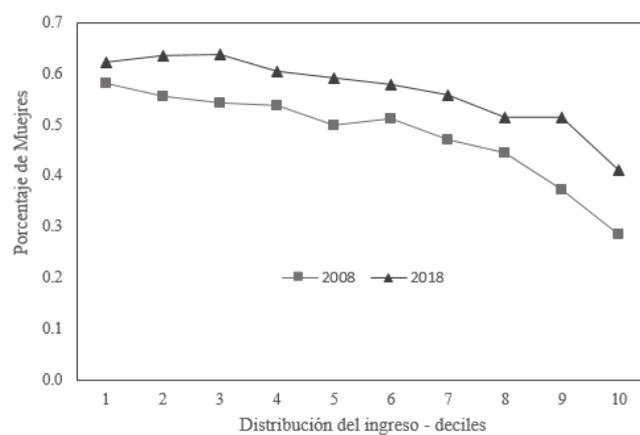
Si bien existe mayoría de mujeres médicas en el total de médicos de las IAMC, las mujeres están sub-representadas en los cargos de dirección y jefes y en las especialidades anestésico-quirúrgicas. En cambio, están sobre-representadas en pediatría y medicina familiar. Mora *et al.* (2018) plantean específicamente que algunas especialidades, como las quirúrgicas, tienen barreras a la entrada para las mujeres, y que en los espacios de trabajo estas son menos valoradas que los varones. Además, los autores plantean la dificultad que perciben las médicas uruguayas para conciliar su carrera con la vida familiar. No obstante, el aumento de mujeres en la profesión podría estar generando cambios. En concreto, en la tabla 5.5 se observa que los cargos de especialidades anestésico-quirúrgicas y de dirección y jefatura tienen de los in-

Figura 5.1: Porcentaje de mujeres en el total de cargos por año.



Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Figura 5.2: Porcentaje de mujeres a lo largo de la distribución del ingreso mensual en 2008 y 2018



Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

gresos más altos en comparación con otros grupos. En la figura 5.3 se grafican los ingresos horarios mensuales y el porcentaje de mujeres por especialidad. El gráfico sugiere un relación negativa entre las dos variables, es decir, las mujeres se encuentran ocupadas en mayor medida en especialidades con ingresos por hora más bajos.

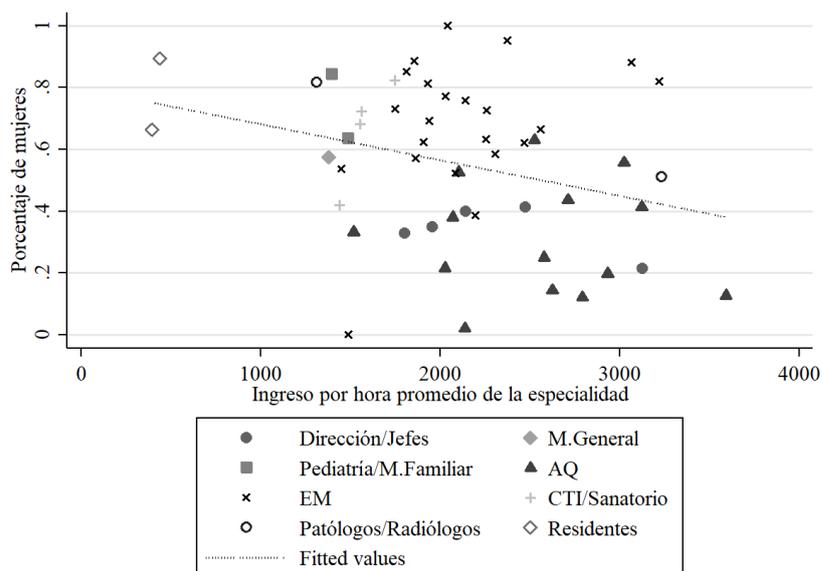
Tabla 5.5: Ingresos, horas trabajadas y porcentaje de mujeres por grupos de especialidades en 2018. Promedios por cargo. Pesos constantes de 2018.

	Ingreso mensual (\$)	Ingreso horario (\$)	Horas	Mujeres (%)	Frecuencia
AQ	115,189	2,648	58	39 %	15,990
Patólogos/Radiólogos	118,603	2,368	80	65 %	1,603
Dirección/Jefes	173,498	2,116	109	35 %	1,109
EM	84,333	2,099	55	67 %	11,493
CTI/Sanatorios	133,419	1,531	99	59 %	4,604
Pediatría/Medicina Familiar	104,577	1,398	84	84 %	5,120
M. General	87,202	1,380	84	58 %	14,223
Residentes	63,509	411	189	75 %	261
Total	102,939	1,958	73	57 %	54,403

EM = especialidades médicas; AQ= especialidades anestésico-quirúrgicas.
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Por último, en línea con lo presentado por [Mora et al. \(2018\)](#), la estructura etaria de los varones es más envejecida que la de las mujeres. En la figura 5.4 se presenta el porcentaje de mujeres de acuerdo a la edad de la persona en el cargo, en 2008 y en 2018 respectivamente. En 2008 se observa que las mujeres son mayoría en la población más joven, hasta el tramo entre 45 y 50 años. Luego de esa edad los médicos son en su mayoría varones. En 2018 el cambio se produce diez años más tarde, entre los 55 y los 60 años. En las figuras 2.1 y 2.2 del anexo 2 se muestran las pirámides de población por edad para ambos sexos.

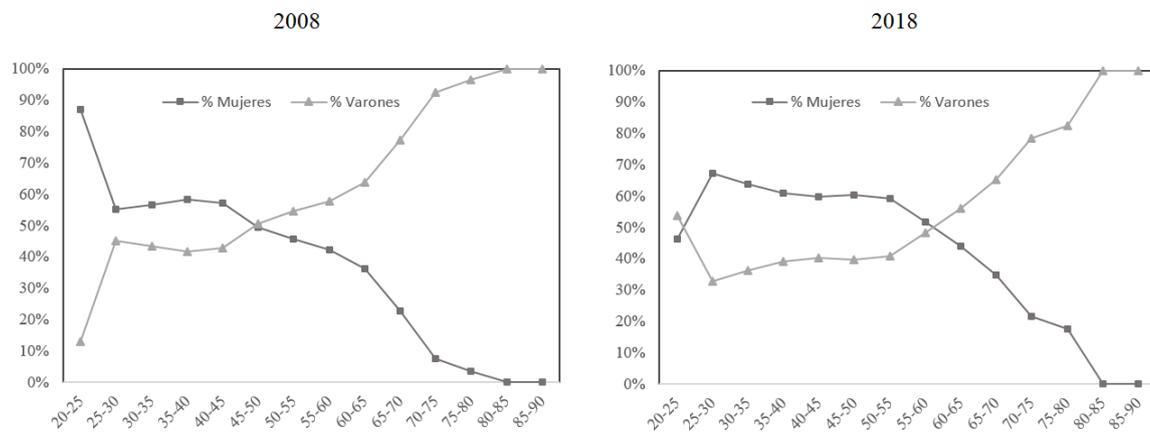
Figura 5.3: Porcentaje de mujeres e ingreso horario promedio por especialidad en 2018.



EM = especialidades médicas; AQ = especialidades anestésico-quirúrgicas. Los grupos de especialidades se formaron de acuerdo a la modalidad de trabajo. El detalle de los grupos de especialidades se presenta en la tabla 1.1 del anexo 1.

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Figura 5.4: Distribución porcentual de los cargos médicos según tramos etarios y sexo en 2008 y 2018



Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Capítulo 6

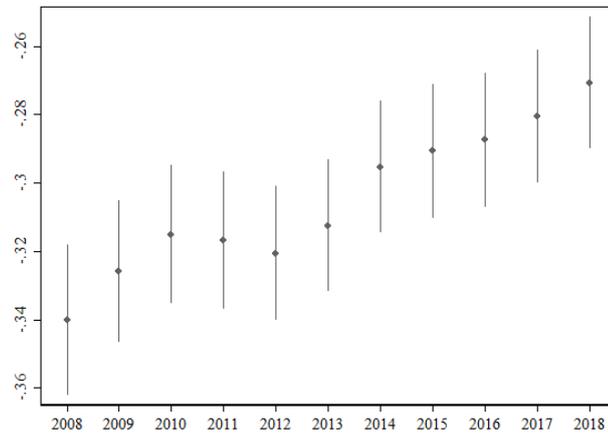
Resultados

6.1. Brechas de ingresos laborales con y sin controles

En esta sección se presentan las estimaciones de la brecha bruta y de la brecha condicional del logaritmo de los ingresos médicos por sexo. Las figuras 6.1 y 6.2 muestran los resultados de la brecha bruta en logaritmos para los ingresos mensuales y horarios entre 2008 y 2018. En promedio, los cargos de las mujeres tienen menores ingresos: la brecha bruta del ingreso mensual en logaritmos se situó en -27 % en 2018, una diferencia menor que la estimada para 2008, de -34 %. La mejora se debe en parte a que los médicos varones disminuyeron el promedio de horas trabajadas y de actos realizados en el período. Las horas trabajadas de las médicas también mostraron una caída, aunque menor a la de los varones. Estas cifras pueden verse en las tablas 2.1 y 2.2 del anexo 2. Por su parte, la brecha bruta del ingreso horario se ubicó en -16 % en 2018. La diferencia es menor que en el caso mensual para el mismo año, en parte debido a que las mujeres trabajan menos horas que los varones, tal como observan Colacce *et al.* (2020) para el resto de las trabajadoras. Con respecto a su evolución en el tiempo, se observa una reducción muy acotada con respecto del valor de 2008.

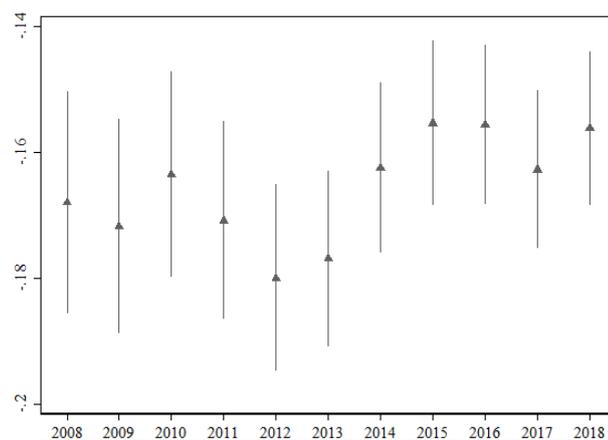
En la figura 6.3 se presentan las estimaciones del coeficiente asociado a la variable *Mujer* del modelo 1, una estimación por MCO con el ingreso mensual como variable dependiente, controlando por algunas características de la persona y del cargo. Esta estimación en un modelo con controles cuantifica la brecha condicional. Esta es algo menor que la brecha sin ajustar, pero el coeficiente

Figura 6.1: Brecha de género en el logaritmo del ingreso mensual (sin ajustar).



Coefficientes de la variable binaria *Mujer* de un modelo sin controles para el ingreso mensual.
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Figura 6.2: Brecha de género en el logaritmo del ingreso horario (sin ajustar).



Coefficientes de la variable binaria *Mujer* de un modelo sin controles para el ingreso horario.
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

ciente asociado al sexo permanece negativo y significativo al 1%. Esto indica que los varones perciben un mayor salario que las mujeres y que esa diferencia no se explica por ninguna de las otras covariables incluidas en el modelo. La estimación de la brecha condicional se situó en -9,9% en 2018. Para interpretar a este coeficiente como una semi-elasticidad se realiza la transformación $\exp(\beta_2) - 1$. Se concluye que en 2018 los cargos de médicas mujeres recibían en promedio ingresos mensuales 9,4% inferiores a los de cargos de médicos varones, controlando por características de la persona y del cargo. En el modelo con controles, el coeficiente asociado a la variable *Mujer* muestra un ligero aumento en valor absoluto entre 2008 y 2018.

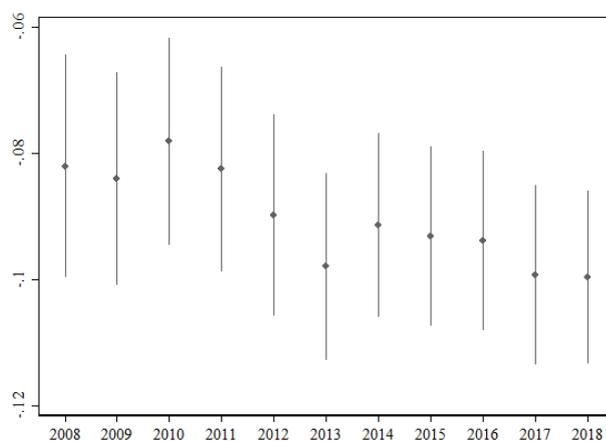
En la figura 6.4 se muestran las estimaciones de los coeficientes β_2 del modelo 2, que tiene al logaritmo del ingreso horario como variable dependiente. Se incluyen los mismos controles, con la excepción de las horas trabajadas y los actos quirúrgicos, debido a que el valor hora se estima teniendo en cuenta las horas fijas y las horas de trabajo en esos actos. El coeficiente de la variable binaria de sexo también es negativo, pero menor que el estimado en el modelo 1. En 2018 los cargos ocupados por médicas mujeres recibieron en promedio un ingreso por hora 5% inferior al de los cargos ocupados por médicos varones, dadas las características del cargo y de la persona que lo ocupa. Se trata de un valor muy similar al estimado en 2008, por lo que la brecha horaria condicional permanece relativamente estable en los diez años analizados.

La brecha horaria estimada para los médicos es sensiblemente menor que la encontrada por Espino *et al.* (2014) para el conjunto de la fuerza de trabajo, cuya estimación para el año 2011 fue de -25%. La diferencia en ingresos atribuida al sexo del individuo para los cargos médicos también resultó menor que la estimación de Espino *et al.* (2014) para los trabajadores con educación terciaria, que es -14% en el año 2011. Las autoras argumentan que la diferencia de los coeficientes comparando el total de asalariados con los más educados puede atribuirse en que para los asalariados de nivel educativo terciario existen formas objetivas de certificación de habilidades y conocimientos específicos que suelen ser un requisito a la hora de la contratación y una base de fijación salarial. El mismo comentario puede dirigirse a los médicos, que se encuentran entre los trabajadores con más años de educación dentro de los trabajadores con educación terciaria.

La diferencia en los ingresos laborales por hora entre médicos varones y mujeres también es menor que la encontrada por Colacce *et al.* (2020) para

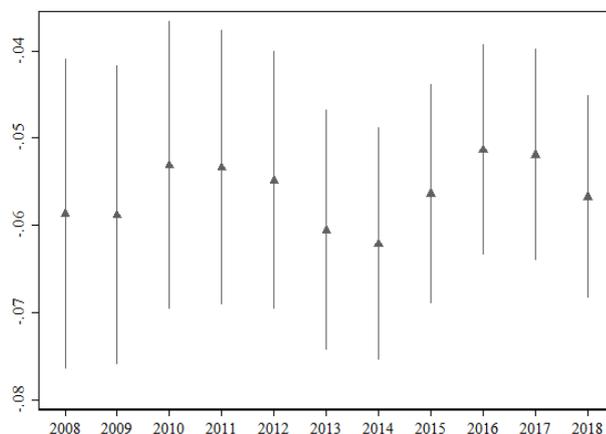
el conjunto de los trabajadores del país en 2018. Las autoras estiman que en promedio las mujeres ganaban un 19% menos que los varones con las mismas características (controlando por edad, región y educación). Sin embargo, Colacce *et al.* (2020) encuentran un resultado similar de la brecha para los trabajadores formales, que ronda el -5% en 2018. Por su parte, Magnusson (2016) encuentra un número similar para los médicos suecos al estimado para los médicos uruguayos.

Figura 6.3: Brecha de género en el logaritmo del ingreso mensual (ajustada).



Coefficientes de la variable binaria *Mujer* del modelo 1.
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Figura 6.4: Brecha de género en el logaritmo del ingreso horario (ajustada)



Coefficientes de la variable binaria *Mujer* del modelo 2.
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

El resto de los parámetros estimados se comportan de la siguiente manera.

La edad resulta positiva, significativa y creciente a tasas decrecientes. Esto significa que a mayor edad el ingreso aumenta, pero con incrementos cada vez menores. Las horas trabajadas tienen un efecto siempre significativo y positivo en el ingreso mensual. Los actos quirúrgicos tienen un efecto positivo y significativo para todos los años en el ingreso mensual. Los actos no quirúrgicos tienen un efecto positivo y significativo en el ingreso mensual. Sin embargo, en la regresión con el logaritmo del ingreso horario como variable dependiente el signo del coeficiente es negativo hasta 2011 y positivo desde 2012 en adelante. Esto podría explicarse si las especialidades que realizan actos no quirúrgicos fueran las de menores salarios. La variable es significativa para todos los años con excepción de 2012. Que el cargo sea de suplente, suplente fijo o independiente tiene un efecto negativo en el salario con respecto a tener un cargo de titular en el modelo con el logaritmo del ingreso mensual como variable dependiente. El efecto es significativo para todos los años. En el modelo para el ingreso horario, tener un cargo independiente tiene una prima positiva en el ingreso horario para la mayoría de los años, y que el cargo sea de alta dedicación tiene un efecto positivo y significativo en el ingreso mensual y en el horario.

Con respecto al conjunto de variables binarias que dan cuenta de la especialidad, los resultados del modelo con el logaritmo del ingreso mensual como variable dependiente son diversos. No todas las especialidades resultan significativas y algunas cuentan con un signo negativo, indicando que implicarían un ingreso menor que no tener ninguna especialidad (el cargo de médico general, que es la categoría omitida). Esto puede explicarse debido a que algunas especialidades tienen cargos de menos horas que otras. En el modelo con el ingreso horario de variable dependiente prácticamente todas las especialidades tienen un signo positivo y son significativas, lo que indica que los médicos especialistas sí tienen ingresos horarios mejores que los médicos generales. En la tabla 2.11 del anexo 2 se muestran los coeficientes estimados en el modelo 2 para cada especialidad ordenados de mayor a menor de acuerdo a los valores de los coeficientes en 2018.

6.2. Segregación horizontal

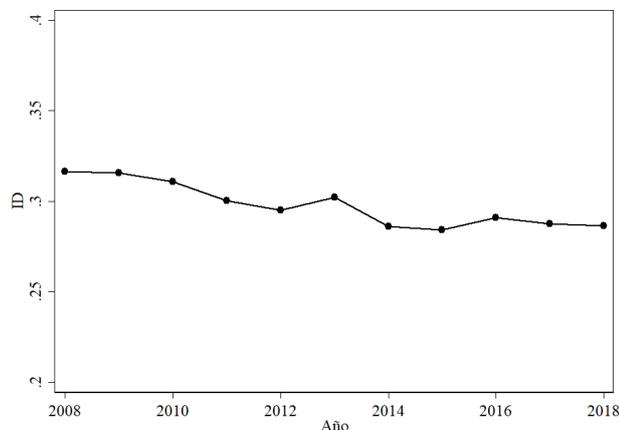
6.2.1. Medición la segregación horizontal

Para determinar la existencia de segregación horizontal se calculan por año los índices de segregación Duncan y de Karmel y Maclachlan. Se presenta también la descomposición de la variación del ID entre 2008 y 2018.

El Índice de Duncan muestra que en 2018 el 28 % de los cargos de mujeres deberían cambiar de especialidad para alcanzar una distribución equitativa por sexo. Los resultados van en línea con los trabajos que estudian la segregación ocupacional para Uruguay, que encuentran una segregación menor a medida que aumentan los niveles de calificación de los ocupados. [Katzkowicz y Querejeta \(2012\)](#) encuentran un valor del ID de 28 % para los trabajadores calificados del total de los ocupados en 2011. Este valor es sensiblemente menor al calculado para trabajadores menos calificados, donde la segregación ocupacional es más significativa, con un ID de 58 %. [Espino \(2013\)](#) encuentra un valor del ID de 61 % para el total de asalariados del país en 2010. [Espino et al. \(2014\)](#) calculan un ID de 62 % para el total de asalariados del país en 2011 y de 37 % para los asalariados con más de 12 años de educación. Como se observa en la figura 6.5, el ID calculado para las especialidades médicas de las IAMC presenta una reducción entre 2008 y 2018. Concretamente, el ID pasa de situarse en 32 % en 2008 a 29 % en 2018, pautando una baja de 11 %. Como se señaló en el apartado metodológico, las variaciones temporales del ID se componen de cambios en la estructura ocupacional de la fuerza de trabajo (efecto *Ocup*) y de la composición por sexo dentro de las ocupaciones (efecto *Sexo*). Así, la variación del ID entre 2008 y 2018 se compone en un 57 % por el efecto *Sexo* y en un 25 % por el efecto *Ocup*. El componente residual explica el 25 % restante.

El índice KM indica que en 2018 el 14 % de los cargos médicos deberían cambiar de especialidad para que la distribución de varones y mujeres por especialidad se iguale. Esta cifra muestra una caída de 12 % con respecto al KM de 2008, una baja levemente mayor que la observada en el ID. Esta diferencia se explica dado que la participación de mujeres en el total de cargos pasó de 48 % a 57 %.

Figura 6.5: Índice de Duncan 2008-2018



Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 6.1: Índices de Duncan y de Karmel y Maclachlan

Año	ID	Intervalo de confianza al 95 %.		KM	Intervalo de confianza al 95 %.	
2008	0.3184	0.3093	0.3271	0.1590	0.1543	0.1634
2009	0.3164	0.3073	0.3257	0.1582	0.1536	0.1628
2010	0.3109	0.3012	0.3191	0.1554	0.1505	0.1595
2011	0.3022	0.2936	0.3099	0.1508	0.1464	0.1547
2012	0.2956	0.2868	0.3007	0.1472	0.1430	0.1497
2013	0.3020	0.2939	0.3105	0.1501	0.1462	0.1543
2014	0.2854	0.2762	0.2910	0.1417	0.1371	0.1444
2015	0.2820	0.2723	0.2883	0.1398	0.1351	0.1429
2016	0.2887	0.2793	0.2957	0.1426	0.1381	0.1461
2017	0.2868	0.2775	0.2944	0.1413	0.1367	0.1450
2018	0.2843	0.2747	0.2913	0.1397	0.1350	0.1431

Intervalos de confianza calculados mediante Bootstrap (500 repeticiones).
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 6.2: Descomposición de los efectos del ID. Variación entre 2008 y 2018.

Efectos:	Variación	% en variación del ID
Sexo	-5 %	50 %
Ocup	-3 %	25 %
Residual	-3 %	25 %
ID	-11 %	100 %

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

6.2.2. Segregación horizontal y brecha de ingresos laborales

En las tablas 6.3 y 6.4 se presentan en forma conjunta los resultados obtenidos en la sección 6.1 con los que surgen de considerar las variables de segregación en los modelos para los años 2008 y 2018. La diferencia principal es la forma de controlar por especialidad y por institución. Mientras que en los modelos 1 y 2 se incorporan variables binarias que capturan el efecto total de pertenecer a una especialidad o a una institución, en los modelos 3 y 4 se incluye el porcentaje de mujeres de la especialidad y de la institución. Esto permite capturar el efecto que tiene estar en un ambiente laboral con mayor proporción de mujeres en el ingreso. Los resultados de las estimaciones que incorporan las variables de segregación para todos los años se presentan en las tablas 2.12 y 2.13 del anexo 2. El coeficientes de la variable *Mujer* estimado con controles de segregación en 2018 es ligeramente inferior al anteriores (en valor absoluto), tanto para el caso mensual como para el horario. En el caso mensual, la brecha condicional se ensancha ligeramente entre 2008 y 2018, mientras que en el caso horario permanece prácticamente estable (con una baja menor a un punto porcentual).

Tabla 6.3: Estimaciones salariales y proporción de mujeres en especialidad e instituciones en 2008.

	Log. del ingreso mensual sin segregación (1)	Log. del ingreso mensual con segregación (3)	Log. del ingreso horario sin segregación (2)	Log. del ingreso horario con segregación (4)
Mujer	-0.0821***	-0.0737***	-0.0587***	-0.0573***
Edad	0.0541***	0.0696***	0.0367***	0.0534***
Edad2	-0.0004***	-0.0005***	-0.0002***	-0.0004***
Horas	0.0038***	0.0041***	No	No
Actos AQ	0.0243***	0.0249***	No	No
Actos no AQ	0.0002***	0.0002***	-0.0001***	-0.0000**
% Mujeres Esp.	No	-0.2863***	No	-0.3199***
% Mujeres Inst	No	0.6707***	No	0.8838***
Montevideo	No	-0.4370***	No	-0.0699***
Especialidad	Si	No	Si	No
Institución	Si	No	Si	No
Rel. Inst	Si	Si	Si	Si
Cons	9.1537***	8.8446***	5.8048***	5.3255***

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 6.4: Estimaciones salariales y proporción de mujeres en especialidad e instituciones en 2018.

	Log. del ingreso mensual sin segregación (1)	Log. del ingreso mensual con segregación (3)	Log. del ingreso horario sin segregación (2)	Log. del ingreso horario con segregación (4)
Mujer	-0.0996***	-0.0841***	-0.0567***	-0.0500***
Edad	0.0364***	0.0483***	0.0246***	0.0522***
Edad2	-0.0003***	-0.0004***	-0.0002***	-0.0004***
Horas	0.0067***	0.0073***	No	No
Actos AQ	0.0322***	0.0357***	No	No
Actos no AQ	0.0017***	0.0014***	0.0006***	0.0007***
CAD	0.3966***	0.4262***	0.0462***	-0.0512***
% Mujeres Esp.	No	-0.2318***	No	-0.4722***
% Mujeres Inst	No	0.6658***	No	1.0111***
Montevideo	No	-0.2744***	No	0.0894***
Especialidad	Si	No	Si	No
Institución	Si	No	Si	No
Rel. Inst	Si	Si	Si	Si
Cons	9.6804***	9.0380***	6.4599***	5.4960**

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

El coeficiente asociado a la variable con el porcentaje de mujeres en cada especialidad es significativo y con signo negativo cuando se considera el ingreso mensual y el horario. Que el signo sea negativo significa que entre dos personas con iguales características en el resto de las variables incluidas en el modelo, la que pertenece a una especialidad con alta participación femenina tendrá un ingreso menor. Comparando la magnitud del coeficiente con las estimaciones para el coeficiente de segregación de la rama de actividad de [Espino et al. \(2014\)](#), los mismos son más cercanos a los estimados para el total de ocupados que para trabajadores con educación terciaria. Esto quiere decir que la segregación horizontal podría tener más importancia para explicar la brecha de ingresos laborales en el sector médico que para otros trabajadores con educación terciaria. Con respecto a la influencia de la participación de mujeres por institución en el ingreso, los parámetros estimados muestran un signo positivo para la mayoría de los años (fila 6 de las tablas [2.12](#) y [2.13](#) del anexo 2).

En las tablas [6.5](#) y [6.6](#) se muestran los resultados de la descomposición de las diferencias entre el logaritmo del ingreso de las mujeres y de los varones de las estimaciones de los modelos que incluyen las variables de segregación en 2018. Además, en las tablas [2.14](#) y [2.15](#) de anexo se detallan las contribuciones

relativas de cada variable para todos los años. La descomposición nos permite separar la brecha bruta de ingresos laborales obteniendo la contribución de cada covariable a la misma. Para el cálculo se sigue lo propuesto por Bayard *et al.* (2003).¹⁷

El sexo tiene un aporte significativo en la brecha del ingreso mensual y del ingreso horario. En el caso mensual, la contribución de la variable sexo aumenta su valor entre 2008 y 2018, pasando de 22 % a 31 %. En el caso horario la contribución disminuye ligeramente, de 34 % a 32 % en ese lapso. Esta evolución es consistente con la de los coeficientes β_2 estimados para los modelos que no incluyen a las variables de segregación (modelos 1 y 2).

Por su parte, la edad también explica una parte relevante de la brecha, tanto en el caso mensual como en el horario. Como se comentó en la sección 5 a partir de las figuras 5.4, la estructura de la población de las mujeres es más joven que la de los varones. Como la edad aproxima a la experiencia laboral, se correlaciona de manera positiva con el ingreso y esto contribuye a que los varones ganen más. Este punto es relevante, considerando que a medida que pase el tiempo y las mujeres envejezcan podría reducirse una parte relevante de la brecha de ingresos (mientras que las mujeres no se retiren mucho antes que los varones del mercado laboral, lo que podría compensar, al menos en parte, esta transición)

En la descomposición para el caso mensual la variable que mide la concentración de mujeres en las especialidades tiene una contribución significativa a la brecha bruta, de 13 % en 2018. Este componente se muestra una pequeña disminución con respecto de su estimación en 2008, de 15 %. En cambio, en la descomposición con el logaritmo del ingreso por hora como variable dependiente la concentración de mujeres en las especialidades es el componente con mayor importancia en la brecha bruta. Este componente muestra además una evolución creciente en el tiempo, pasando de 33 % en 2008 a 47 % en 2018. Este resultado sugiere que la segregación horizontal tiene una importancia creciente en las diferencias de sexo en los ingresos laborales.

La diferencia entre el caso mensual y horario se debe a que en el caso mensual existen otras variables relevantes que aportan a la brecha, como las horas trabajadas y los actos quirúrgicos realizados. Ambas contribuciones tienen una

¹⁷Se calculan los promedios para las variables utilizadas en las regresiones, y a la diferencia de esas medias entre varones y mujeres se la multiplica por los coeficientes estimados para obtener la contribución absoluta de cada variable a la brecha total.

Tabla 6.5: Descomposición de la brecha del logaritmo del ingreso mensual por sexo en 2018.

	Mujeres	Varones	Diferencia	Contribución absoluta	Contribución Relativa
Log. del ing. mensual	10.89	11.16	-0.27	-0.27	100 %
Mujer	1	0	1	-0.08	31 %
Horas	66.86	74.49	-7.63	-0.06	21 %
Edad	45	48	-3	-0.16	59 %
Edad2	2142	2474	-332.04	0.12	-44 %
Actos AQ	1	2	-1	-0.05	17 %
Actos no AQ	67	70	-3	0.00	2 %
CAD	0.07	0.05	0.06	0.01	-2 %
% Mujeres Esp.	0.63	0.48	0.15	-0.04	13 %
% Mujeres Inst.	0.57	0.56	0.01	0.01	-2 %
Montevideo	0.67	0.65	0.02	-0.01	2 %
Suplentes	0.22	0.18	0.04	-0.01	4 %
Suplentes fijos	0.22	0.18	0.04	-0.01	3 %
Independientes	0.12	0.14	-0.02	0.01	-3 %

Descomposición de acuerdo a lo propuesto por Bayard *et al.* (2003).
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 6.6: Descomposición de la brecha del logaritmo del ingreso horario por sexo en 2018.

	Mujeres	Varones	Diferencia	Contribución absoluta	Contribución Relativa
Log. del ing. horario	7.22	7.38	-0.16	-0.16	100 %
Mujer	1	0	1	-0.05	32 %
Edad	45	48	-3	-0.17	111 %
Edad2	2142	2474	-332	0.14	-91 %
Actos no AQ	67	70	-3	0.00	1 %
CAD	0.07	0.05	0.06	0.00	0 %
% Mujeres Esp.	0.63	0.48	0.15	-0.07	47 %
% Mujeres Inst.	0.57	0.56	0.01	0.01	-6 %
Montevideo	0.67	0.65	0.02	0.00	-1 %
Suplentes	0.22	0.18	0.04	0.00	3 %
Suplentes fijos	0.22	0.18	0.04	0.00	3 %
Independientes	0.12	0.14	-0.02	0.00	2 %

Descomposición de acuerdo a lo propuesto por Bayard *et al.* (2003).
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

evolución similar en el lapso analizado y en 2018 se estimaron en 21 % y 17 % respectivamente. Por su parte, la variable que indica si el cargo es de suplente muestra una influencia significativa en la brecha en los primeros años, que luego decae hasta llegar a 4 % en 2018. Que el cargo sea de alta dedicación tiene una influencia muy pequeña en el caso mensual, y nula en el caso horario. Este resultado puede derivar de que los cargos CAD son relativamente pocos en comparación con el total de cargos y están concentrados en algunas especialidades.

Los resultados muestran que los cargos ocupados por mujeres en las IAMC tienen ingresos menores que los ocupados por varones, tanto si se compara el ingreso total del mes o el ingreso por hora. La concentración de mujeres en la especialidad contribuye significativamente a explicar estas diferencias. De todos modos, aún queda un componente que no puede explicarse por esta variable ni por ninguna de las otras incluidas en los modelos.

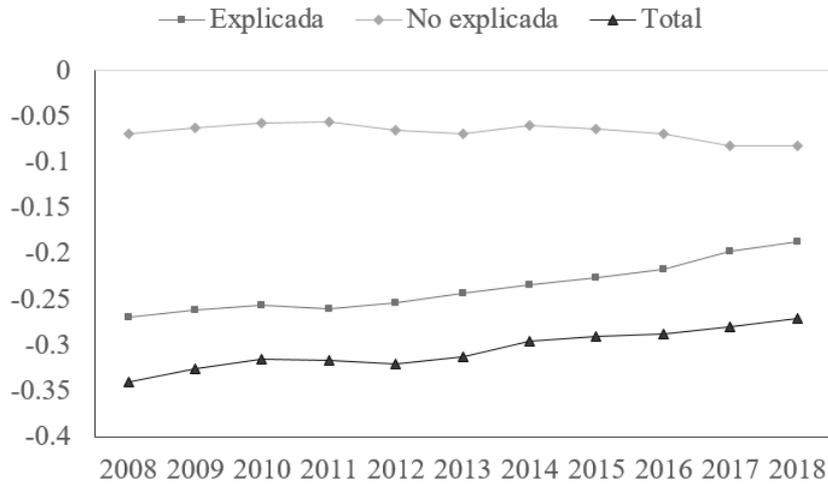
6.2.3. Descomposición con estimaciones separadas por sexo.

Se estimaron regresiones separadas entre varones y mujeres para computar una descomposición de Oaxaca-Blinder. Se separa la diferencia de ingresos de los modelos que incluyen las variables de segregación (3 y 4) en un efecto asociado a características observables (efecto composición) y un efecto asociado a los retornos diferenciales por sexo a esas características (efecto estructura). Los resultados de estas estimaciones se presentan en las tablas 2.16 y 2.17 del anexo¹⁸. En el caso mensual, se obtiene que en 2018 el 70 % de la brecha se explica por el efecto composición y el 30 % por el efecto estructura. La parte no explicada de la brecha, es decir, el efecto estructura, tuvo una participación creciente en la explicación de la brecha.

En el caso horario para el mismo año las características observables, incluyendo la segregación, explican un 83 % de la brecha de ingresos laborales entre varones y mujeres. La segregación de especialidades es de las variables con mayor influencia en la parte explicada de la brecha. Esto sugiere nuevamente que la segregación horizontal efectivamente afecta a las diferencias por sexo en los ingresos laborales, pero que aún se mantiene un porcentaje no despreciable de

¹⁸Se toman los coeficientes de los varones como la estructura salarial no discriminatoria para construir el contrafactual

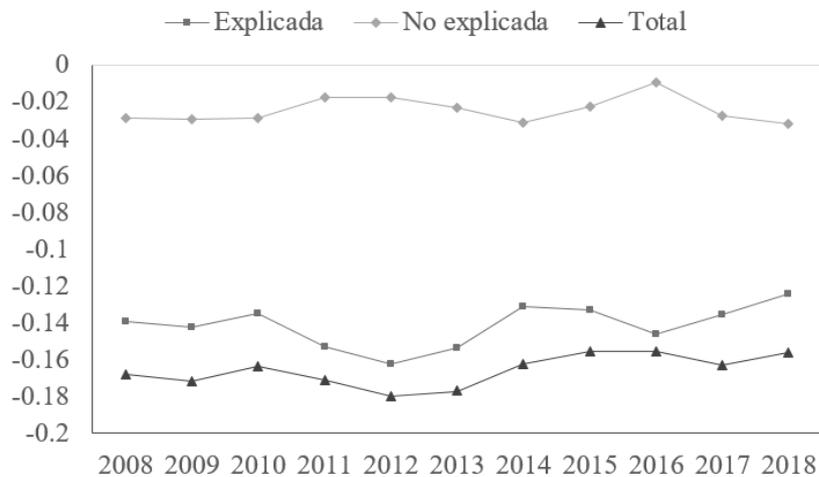
Figura 6.6: Descomposición OB para el ingreso mensual.



Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

la brecha que permanece inexplicado. Este es el efecto asociado a los retornos. De forma consistente con los resultados anteriores, la proporción del efecto estructura permaneció relativamente estable en el caso horario.

Figura 6.7: Descomposición OB para el ingreso horario.



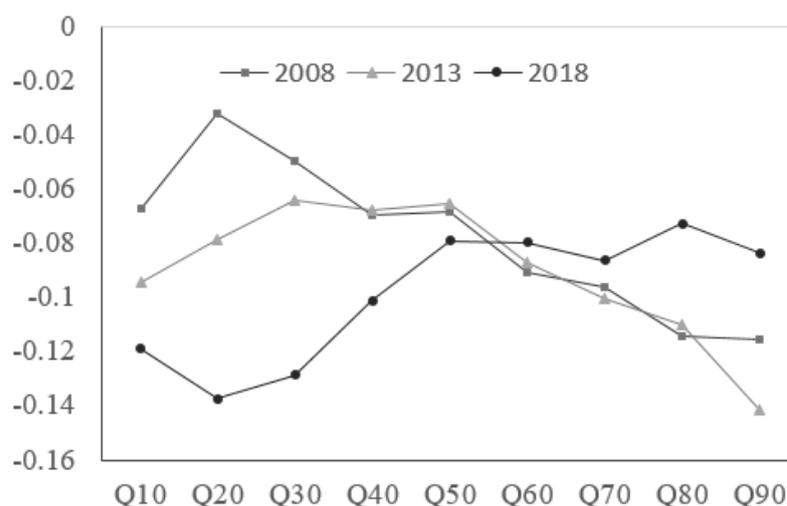
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

6.3. Segregación vertical

Los resultados hasta ahora sugieren que existe una diferencia entre ingresos de cargos de varones y de mujeres que es únicamente atribuible al sexo del individuo. Estos resultados se estimaron para el promedio de los ingresos laborales, por lo tanto es interesante buscar si existen cambios a lo largo de la distribución de ingresos y poner a prueba la hipótesis del techo de cristal. Con este objetivo, siguiendo a [Firpo et al. \(2009\)](#), se estimaron regresiones por cuantiles utilizando funciones RIF. Se presentan en esta sección los resultados de la brecha ajustada en diferentes puntos de la distribución.

En el modelo con el logaritmo del ingreso mensual como variable dependiente el coeficiente estimado en los distintos puntos de la distribución es siempre negativo y significativo (salvo para los cuantiles 10 y 20 en 2008). La estimación de estos coeficientes se presenta en la figura 6.8. En 2008 la brecha se ensancha ligeramente en los ingresos más altos, mientras que en 2018 la brecha se ensancha ligeramente para los ingresos mas bajos. Los resultados del coeficiente de la variable *Mujer* pueden verse en la tabla 2.18 del anexo 2 para 2008, 2013 y 2018. En las tablas 2.20 y 2.21 se encuentran además los coeficientes de algunos controles para 2008 y 2018.

Figura 6.8: Coeficientes de Mujer por cuantil. Logaritmo del ingreso mensual



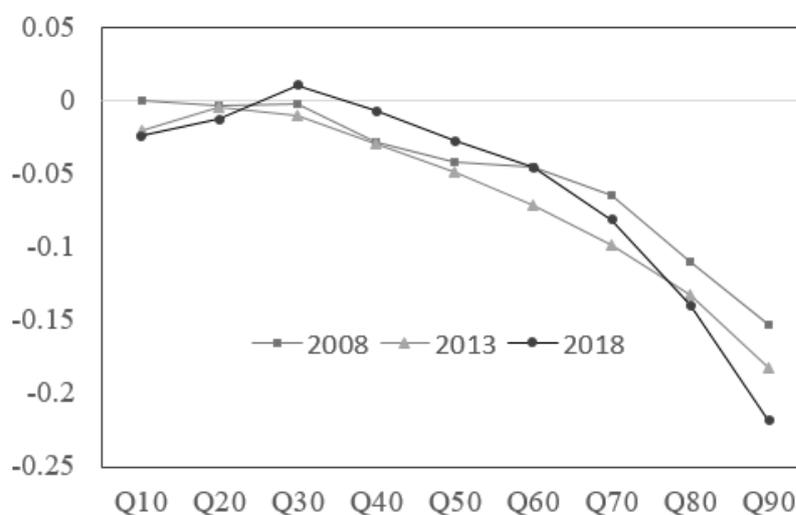
Todos los coeficientes son estadísticamente significativos al 1%, con la excepción de los primeros dos cuantiles en 2008.

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

En el modelo con el logaritmo del ingreso horario como variable dependien-

te, la diferencia de ingresos asociada al sexo es sensiblemente más importante en los cargos con mayores ingresos. Este aumento de la brecha condicional en valor absoluto puede observarse en figura 6.9, que muestra el coeficiente estimado para la variable *Mujer* en distintos puntos de la distribución. Como la brecha es negativa, la caída en el gráfico cuantifica un aumento de la brecha. El ensanchamiento de la brecha para los ingresos más altos se observa en los tres años. Los valores puntuales de los coeficientes y su significación se pueden ver en la tabla 2.19 del anexo 2. En este caso, los coeficientes comienzan a ser significativos a partir del cuantil 40 para 2008 y 2013 y 50 para 2018. Esto quiere decir que solo para los cuantiles superiores la brecha continúa sin ser explicada luego de controlar por los factores determinantes del salario, evidencia a favor de la existencia de un techo de cristal. Además, se observa un leve incremento de esta diferencia entre 2008 y 2018. En las tablas 2.22 y 2.23 se detallan los coeficientes de algunos controles para 2008 y 2018.

Figura 6.9: Coeficientes de Mujer por cuantil. Logaritmo del ingreso horario



A partir de Q50 los coeficientes son significativos al 1%.
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Los resultados de esta sección sugieren la presencia de segregación vertical en los ingresos médicos. La brecha condicional del ingreso por hora medida en los distintos puntos de la distribución crece significativamente para los ingresos más altos, indicando la presencia de un techo de cristal. Además, esta barrera no parece disminuir en el período analizado.

Capítulo 7

Conclusiones

En este trabajo se propuso estudiar la brecha de ingresos laborales entre médicos y médicas, y cuál es el rol de la segregación en la misma.

Primero, se estimaron ecuaciones de ingresos por MCO con y sin controles. Se encuentra que los cargos de mujeres tienen ingresos promedio inferiores a los de varones. Además, permanece una diferencia de ingresos por sexo luego de controlar por las características observables del cargo, como la especialidad médica. Esto sugiere que la diferencia restante de ingresos se asocia a un factor de discriminación. En concreto, en 2018 los cargos de mujeres en las IAMC tienen en promedio ingresos por hora 5% inferiores a los cargos de varones, dadas las características del cargo y de la persona que lo ocupa. La brecha condicional es inferior a la encontrada por [Espino *et al.* \(2014\)](#) y [Colacce *et al.* \(2020\)](#) para el conjunto de los trabajadores uruguayos. También es inferior a la que estiman [Espino *et al.* \(2014\)](#) para los trabajadores con educación terciaria. En cambio, [Magnusson \(2016\)](#) encuentra un número similar para los médicos suecos. La brecha condicional horaria permanece prácticamente estable entre 2008 y 2018, por lo que no se confirma la hipótesis de disminución en el período.

En segundo lugar, el trabajo buscó determinar si existe segregación por especialidad. Se encuentra que existe segregación, medida a través de los índices de Duncan y de Karmel y Maclachlan. En efecto, el cálculo del ID de 2018 resultó en que un 28% de los cargos de mujeres deberían cambiar de especialidad para alcanzar una distribución equitativa por sexo. Se observa una baja del ID en el período de análisis, que se explicó en mayor medida por un cambio en la composición por sexo de las ocupaciones (50%) y en menor medida por cambios en la estructura ocupacional (25%). Con respecto a la contribución

de la segregación por especialidades a la diferencia de ingresos sin ajustar, se estimaron regresiones y descomposiciones de la brecha siguiendo la metodología de [Bayard *et al.* \(2003\)](#). La descomposición de la brecha del ingreso por hora muestra que la segregación por especialidad es la variable con mayor contribución, explicando el 47 % de la brecha de ingresos por hora de 2018. Este porcentaje mostró un incremento entre 2008 y 2018. El componente asociado al sexo del individuo explica el 32 % de la diferencia. Además, se realizan descomposiciones con estimaciones de regresiones separadas por sexo. En este caso también se observa que la segregación por especialidad es la variable con mayor influencia en la brecha de ingresos. Por su parte, el componente inexplicado se estimó en 17 % en 2018. En resumen, los resultados apuntan a que la segregación horizontal es un factor relevante para explicar las diferencias de ingresos por sexo. Pese a que se registró una baja de la segregación entre 2008 y 2018, el componente explicativo en la brecha incrementa su participación en el período de análisis. Además, permanece un tramo de la brecha que no puede explicarse por distintas dotaciones entre sexos en las variables incluidas en el modelo.

Luego, se buscó responder si las médicas se enfrentan a un techo de cristal, que no les permite alcanzar las remuneraciones más altas. Se analizan las diferencias salariales de ingresos más allá de la media, gracias a la estimación de regresiones cuantílicas con el método RIF ([Firpo *et al.*, 2009](#)). Los resultados muestran que en el caso del ingreso por hora existe evidencia consistente con la presencia de un techo de cristal, dado que la brecha condicional estimada aumenta en la cola derecha de la distribución de ingresos. Además, la estimación en el cuantil 90 muestra un aumento entre 2008 y 2018, indicando que en ese período se incrementaron las dificultades de las médicas a acceder a los puestos de mayor remuneración. Un ejercicio adicional interesante sería estimar las descomposiciones de las diferencias de ingresos en los cuantiles, con el fin de determinar cuánto se explica por efecto composición y cuánto por efecto estructura.

Los resultados de las distintas aproximaciones de este trabajo indican que las diferencias de género en los ingresos laborales médicos son una realidad y no puede descartarse la presencia de discriminación. Las brechas persisten pese a que nos centramos en un sector de alta calificación y remuneración, y con una elevada participación de mujeres. No se observa una reducción de la brecha condicional en el período. Esto es consistente con lo relevado por [Colacce *et*](#)

al. (2020), que encuentran que el avance hacia la equidad de ingresos se ha enlentecido en la última década. En este sentido, es relevante continuar en la implementación de estudios que ayuden a una mejor identificación del origen de las brechas. Poder cuantificar la existencia de brechas y sus principales determinantes es clave para la generación de políticas que busquen eliminar las inequidades de género. Se proponen a continuación algunas extensiones posibles de este trabajo.

Por un lado, se podría cuestionar si los hallazgos de [Goldin \(2014\)](#) se verifican para los médicos uruguayos, analizando el rol que tiene la relación entre los pagos y las horas trabajadas en la brecha de ingresos. De acuerdo a [Goldin \(2014\)](#), la brecha es más acotada cuando esta relación es lineal. El sector proporciona un marco adecuado para un análisis de este tipo, dado que se incorporaron en 2012 los cargos de alta dedicación, que generaron un cambio en la relación entre los pagos y las horas. Otra posibilidad es centrarse sobre el efecto de la tenencia de hijos en las diferencias salariales. La penalización por maternidad es una realidad constatada para las mujeres uruguayas ([Querejeta y Bucheli, 2021](#)) y sería relevante entender como funciona este mecanismo en el sector médico. Adicionalmente, para un mejor control por elementos inobservables que pueden estar influyendo en los resultados estimados, una mejora del trabajo consistiría en aprovechar la estructura longitudinal de los datos, estimando las brechas y las respectivas descomposiciones con métodos de datos de panel. También sería interesante explorar qué sucede si se incorpora al sector público, aunque con las limitaciones de que la información está disponible para un solo mes en el año y no para todos los prestadores de salud. Finalmente, vale resaltar que las conclusiones del trabajo son únicamente válidas para el trabajo médico y no pueden generalizarse al resto de los trabajadores. En este sentido, para mejor entender el mecanismo que subyace a las diferencias de ingresos atribuidas al sexo, es necesario continuar profundizando en el análisis de la brechas de género focalizándose en otras profesiones de alta o baja calificación.

Referencias bibliográficas

- Aigner, D. J. & Cain, G. G. (1977). Statistical theories of discrimination in labor markets. *ILR Review*, 30(2):175–187.
- Albrecht, J., Bjorklund, A., & Vroman, S. (2003). Is there a glass ceiling in sweden? *Journal of Labor Economics*, 21(1):145–177.
- Amarante, V. & Espino, A. (2001). La evolución de la segregación laboral por sexo en uruguay (1986-1999). Documento de Trabajo 03/01, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- Amarante, V. & Espino, A. (2004). *La segregación ocupacional de género y las diferencias en las remuneraciones de los asalariados privados (1990-2000)*, volumen 44. Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales. IDES.
- Amaya, E. & Mougenot, B. (2019). The gender differences in highly paid wage: a case study of peruvian physicians. *Cadernos de Saude Publica.*, 35(5).
- Anker, R. (1997). La segregación profesional entre hombres y mujeres. *Revista internacional del trabajo*, 116(3):343–370.
- Bayard, K., Hellerstein, J., Neumark, D., & Troske, K. (2003). New evidence on sex segregation and sex differences in wages from matched employee-employer data. *Journal of Labor Economics*, 21(4):887–922.
- Becker, G. (1971). *The Economics of Discrimination*. University of Chicago Press.
- Bergmann, B. (1974). Occupational segregation, wages and profits when employers discriminate by race or sex. *Eastern Economic Journal*, 1(2):103–110.
- Bertrand, M. (2011). *New Perspectives on Gender*, volumen 4B. Elsevier.

- Bertrand, M. (2017). The glass ceiling. Working paper no. 2018-38, Becker Friedman Institute for Research in Economics.
- Blau, F. D., Ferber, M. A., & Winkler, A. E. (2010). *The economics of women, men and work*. Boston : Prentice Hal.
- Blau, F. D. & Kahn, L. M. (2017). The gender wage gap: Extent, trends, and explanations. *Journal of Economic Literature*, 55(3):789–865.
- Blinder, A. (1973). Wage discrimination: Reduced form and structural estimates. *Journal of Human Resources*, 8(4):436–455.
- Borjas, G. (2010). *Labor economics*. McGraw-Hill Companies, Incorporated,.
- Borrás, F. & Robano, C. (2010). Brecha salarial en uruguay. *Revista de Análisis Económico*, 25(1).
- Bucheli, M. y Sanromán, G. (2005). Salarios femeninos en el uruguay ¿existe un techo de cristal? *Revista de Economía, Segunda Época, Banco Central del Uruguay*, 7(2):89–117.
- Bucheli, M. & Rossi, M. (1985). Descomposición de las diferencias salariales entre hombres y mujeres. *Revista de Economía, Finanzas y de Administración, Año XXVIII*, 25(3).
- Carrasco, P. & Tenembaun, V. (2008). El mercado de trabajo en el sector salud. diferencias salariales entre el subsector público y privado. Monografía de graduación., Universidad de la República, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- Carrillo, P., Gandelman, N., & Robano, V. (2014). Sticky floors and glass ceilings in latin america. *The Journal of Economic Inequality*, 12(3):339–361.
- Colacce, M., Mojica, M., & Zurbrigg, J. (2020). Brechas de género en los ingresos laborales en uruguay. Technical report, Oficina de la CEPAL en Montevideo y ONU Mujeres Uruguay.
- Contreras, c. & Faggeti, M. (2016). Mercado de residencias médicas en uruguay. Colección trigésimoprimera jornadas anuales de economía., Banco Central del Uruguay.

- Dumontet, M., Le Vaillant, M., & Franc, C. (2012). What determines the income gap between french male and female gps - the role of medical practices. *BMC Fam Pract*, 13 94.
- Duncan, O. D. & Duncan, B. (1955). A methodological analysis of segregation indexes. *American Sociological Review*, 20(2):210–217.
- Espino, A. (2013). Brechas salariales en uruguay: género, segregación y desajustes por calificación. *Problemas del desarrollo*, 44:89–117.
- Espino, A., Salvador, S., & Azar, P. (2014). Desigualdades persistentes: mercado de trabajo, calificación y género. Technical report, Cuadernos sobre Desarrollo Humano PNUD.
- Firpo, S., Fortin, N., & Lemieux, T. (2009). Unconditional quantile regressions. *Econometrica*, 77(3):953–973.
- Firpo, S., Fortin, N., & Lemieux, T. (2011). Chapter 1 - decomposition methods in economics. volumen 4 de *Handbook of Labor Economics*, pp. 1–102. Elsevier.
- Firpo, S. P., Fortin, N. M., & Lemieux, T. (2018). Decomposing wage distributions using recentered influence function regressions. *Econometrics*, 6(2).
- Furtado, M. & Raffo, L. (21998). Discriminación y segregación laboral por género. Monografía de graduación., Universidad de la República, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- Gicheva, D. (2013). Working long hours and early career outcomes in the high-end labor market. *Journal of Labor Economics*, 31(4):785 – 824.
- Goldin, C. (2002). A Pollution Theory of Discrimination: Male and Female Differences in Occupations and Earnings. NBER Working Papers 8985, National Bureau of Economic Research, Inc.
- Goldin, C. (2014). A grand gender convergence: Its last chapter. *American Economic Review*, 104(4):1091–1119.
- Goldin, C. & Rouse, C. (2000). Orchestrating impartiality: The impact of “blind” auditions on female musicians. *American Economic Review*, 90(4):715–741.

- Gravelle, H., Hole, A. R., & Santos, R. (2011). Measuring and testing for gender discrimination in physician pay: English family doctors. *Journal of health economics*, 30 4:660–74.
- Karmel, T. & Maclachlan, M. (1988). Occupational sex segregation -increasing or decreasing. *Economic Record*, (64):187–195.
- Katzkowicz, S. & Querejeta, M. (2012). Evolución de la segregación ocupacional y su impacto en las brechas salariales de género. Documento de investigación estudiantil, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- Koenker, R. W. & Bassett, G. (1978). Regression quantiles. *Econometrica*, 46(1):33–50.
- Lazear, E. P. & Rosen, S. (1990). Male-Female Wage Differentials in Job Ladders. *Journal of Labor Economics*, 8(1):106–123.
- Macpherson, D. & Hirsch, B. (1995). Wages and gender composition: Why do women’s jobs pay less? *Journal of Labor Economics*, 13(3):426–71.
- Magnusson, C. (2016). The gender wage gap in highly prestigious occupations: a case study of swedish medical doctors. *Work, Employment and Society*, 30(1):40–58.
- Marchionni, M., Gasparini, L., & Edo, M. (2019). Brechas de género en américa latina. un estado de situación. Technical report, CAF Development Bank Of Latinamerica.
- Mincer, J. & Polachek, S. (1974). Family investment in human capital: Earnings of women. *Journal of Political Economy*, 82(2):S76–S108.
- Mora, F., Portela, M., & Salgado, G. (2018). La profesión médica en uruguay. caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en uruguay. Libro de perfil profesional, Colegio Médico Uruguay.
- Oaxaca, R. (1973). Male-female wage differentials in urban labor markets. *International Economic Review*, 14(3):693–709.
- Pal, J. M. (2019). Brechas de Género: Una Exploración Más Allá de la Media. CEDLAS, Working Papers 0255, CEDLAS, Universidad Nacional de La Plata.

- Polachek, S. (1981). Occupational self-selection: A human capital approach to sex differences in occupational structure. *The Review of Economics and Statistics*, 63(1):60–69.
- Ponthieux, S. & Meurs, D. (2015). Gender inequality. *Handbook of Income Distribution*, 2:981–1146.
- Querejeta, M. & Bucheli, M. (2021). Motherhood penalties: the effect of child-birth on women’s employment dynamics in a developing country. Documento de trabajo / fcs-decon;01/21, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.
- Rios-Avila, F. (2020). Recentered influence functions (rifs) in stata: Rif regression and rif decomposition. *The Stata Journal*, 20(1):51–94.
- Rivas, F. & Rossi, M. (2002). Evolución de las diferencias salariales entre el sector público y el sector privado en uruguay. Documento de trabajo no 2/02, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.
- Sasser, A. (2005). Gender differences in physician pay: Tradeoffs between career and family. *Journal of Human Resources*, 40:477–504.
- Theurl, E. & Winner, H. (2011). The male–female gap in physician earnings: evidence from a public health insurance system. *Health Economics*, 20(10):1184–1200.
- Weichselbaumer, D. (2004). Is It Sex or Personality? The Impact of Sex Stereotypes on Discrimination in Applicant Selection. *Eastern Economic Journal*, 30(2):159–186.

ANEXOS

Anexo 1

Datos y construcción de variables

Fue necesario tomar algunas decisiones metodológicas al momento de trabajar con las fuentes de información SCARH e Infotítulos, que son registros administrativos. Se toma únicamente un cargo por institución y por persona. Si una persona tiene más de un cargo en cada institución, se considera únicamente el cargo de mayor ingreso. Se eliminan los seguros médicos privados de la base, debido a que en la mayoría de los casos los ingresos por actos (quirúrgicos o no quirúrgicos) no tienen las horas correspondientes asociadas. En algunos casos, la variable sexo de la base SCARH es inconsistente de acuerdo a la persona en distintos cargos (por ejemplo, dos cargos para la misma persona corresponden a mujer y a un hombre respectivamente). En estos casos se reemplazan con el sexo asociado a la persona en la base que contiene el título de la persona. Se eliminan los cargos con ingresos nulos de la base, se eliminan los cargos con ingresos positivos y sin horas o actos asociados a ese ingreso. Estos cargos representan tan solo un 2% de la base y se encuentran distribuidos en forma similar entre varones y mujeres. Se eliminan los cargos con registros de una hora mensual y pagos inconsistentes con esa hora, en el entendido de se tratan de registros inadecuados (y representan el 0,2%). Se eliminan los datos extremos del 1% y 99% según el valor hora. De esta forma, se cuenta con 525.896 observaciones. Las observaciones por año pueden verse en la tabla 2.8 del Anexo 2. Por último, cabe aclarar que la calidad de los datos ha mejorado desde el primer año disponible (2008) hasta la fecha.

Se realizan algunas modificaciones para computar las variables necesarias

para estimar los modelos. A continuación, se presentan las variables utilizadas detallando las modificaciones necesarias para obtenerlas.

- Ingresos mensuales: Suma la cantidad de pagos por cargo en el mes. Estos pagos pueden ser fijos asistenciales (vinculados a horas trabajadas), pagos fijos de dirección (vinculados a horas trabajadas en dirección) y pagos variables (por actos no quirúrgicos y actos quirúrgicos). La variable también incluye un pago por el rubro “otros”, pero cuando el total de los pagos corresponde al rubro “otros” se reemplazan por cero, debido a que son pagos que no pueden asociarse ni con horas trabajadas ni con actos realizados
- Horas trabajadas mensuales: Se dispone de datos de horas efectivas de trabajo y horas contratadas en cada mes, diferenciadas por la modalidad de trabajo. La variable horas utilizada para los modelos suma la totalidad de las horas efectivas. En los casos que carecen de horas efectivas, pero poseen ingresos asociados a esas horas, se reemplazan por las horas contratadas. Un problema relevante para la estimación es que no se dispone de horas asociadas a los actos de block (es decir, horas asociadas a actos quirúrgicos). Para estimar las horas de block se utiliza una estimación realizada por el MSP en base al porcentaje de cirugías coordinadas. Otra falencia relevante de la base es que un 30% de los ingresos de los directores y jefes no cuentan con horas asociadas. En este caso se estiman las horas en base al promedio anual de horas del 70% restante de los directores y jefes. Así, existen tres tipos de horas: horas fijas asistenciales, horas de block y horas por trabajo de dirección.
- Ingresos horarios mensuales: corresponden al ingreso total del cargo del mes dividido por la cantidad de horas trabajadas.
- Actos realizados en el mes: Se diferencian de acuerdo a las distintas modalidades de trabajo. Existen actos quirúrgicos (vinculados a las horas de block estimadas) y actos no quirúrgicos (vinculados a horas asistenciales). Los actos no quirúrgicos se realizan en un marco de trabajo del pago de una remuneración fija, por ejemplo, una maniobra realizada por un profesional dentro de las horas trabajadas en policlínica.
- Institución del cargo
- Lugar de la institución (Montevideo / Interior)
- Edad

- Sexo
- Cargo diferenciado por especialidad. Con este código también pueden identificarse todos los trabajadores con cargos de alta dedicación y con cargos de dirección o jefatura.
- Relación con la institución (suplentes, suplentes fijos, titulares, independientes)

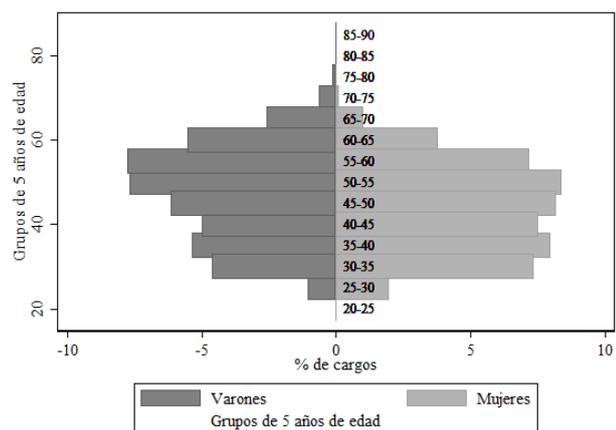
Tabla 1.1: Grupos de especialidades

Grupo Especialidad.	Especialidad.			
Dirección y Jefes	Dirección General Dirección Sanatorio Dirección Técnica Jefes de Deptos. y/o Equipo Otros Grados de Responsabilidad de Depto			
Medicina General	Medicina General			
Pediatría y Med. Familiar	Medicina Familiar Pediatria			
Anestésico Quirúrgicas (AQ)	Anestesiología Cirugía Cirugía Infantil Cirugía Plástica Reparadora Cirugía Torácica	Cirugía Vasculuar Neurocirugía Ginecotocología Oftalmología Otorrinolaringología	Otros Médicos Anestésico Quirúrgicos Ayudantías Quirúrgicas Traumatología-Ortopedia Urología	
Especialidades médicas (EM)	Cardiología Dermatología Endocrinología Fisiatría Gastroenterología Psiquiatría	Hematología Infectología Médico Fisioterapeuta Médico Hemoterapeuta Nefrología Psiquiatría Infantil	Neumología Neurología Neuropediatría Oncología Alergología	Emergentología Geriatría-Gerontología Otras Especialidades Médicas Otros Médicos No Anestésico Quirúrgic Reumatología
CTI/Sanatorio	Medicina Intensiva Adultos Medicina Intensiva Infantil Medicina Interna Neonatología			
Patólogos/Radiólogos	Laboratorista, Anatómo Patólogo, Micro Médico Radiólogo			
Residentes	Residente AQ Residente EM			

Anexo 2

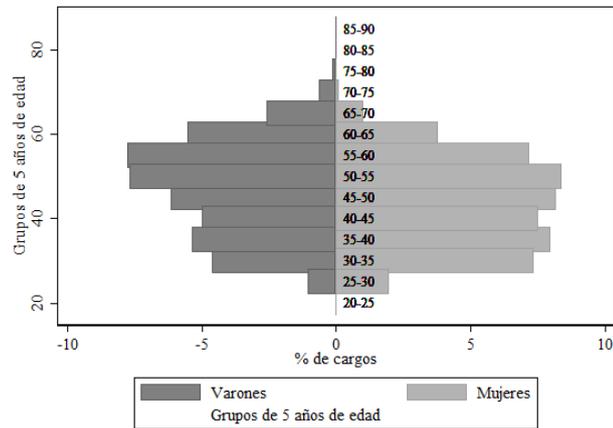
Tablas y figuras

Figura 2.1: Pirámide de población para ambos sexos por edades en 2008



Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Figura 2.2: Pirámide de población para ambos sexos por edades en 2018



Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.1: Estadísticas descriptivas. Promedio de cargos de mujeres por año.

Año	Ln. Ingreso mensual	Ln. Ingreso horario	Edad	Horas	Actos AQ	Actos no AQ
2008	10.8	7.1	47	72	1	62
2009	10.8	7.1	47	69	1	64
2010	10.7	7.1	46	68	1	68
2011	10.8	7.1	46	68	1	81
2012	10.8	7.1	46	67	1	72
2013	10.8	7.2	46	67	1	70
2014	10.9	7.2	46	67	1	70
2015	10.9	7.2	45	70	1	75
2016	10.9	7.2	45	70	1	69
2017	10.9	7.2	45	69	1	68
2018	10.9	7.2	45	68	1	67

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.2: Estadísticas descriptivas. Promedio de cargos de varones por año.

Año	Ln. Ingreso mensual	Ln. Ingreso horario	Edad	Horas	Actos AQ	Actos no AQ
2008	11.1	7.3	50	86	3	81
2009	11.1	7.3	50	82	2	77
2010	11.1	7.3	50	82	2	85
2011	11.1	7.3	50	83	3	94
2012	11.1	7.3	49	81	3	84
2013	11.1	7.4	49	80	3	79
2014	11.2	7.3	49	80	3	76
2015	11.2	7.3	49	80	3	81
2016	11.2	7.3	49	80	3	73
2017	11.2	7.4	49	78	2	69
2018	11.2	7.4	48	77	2	70

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.3: Estadísticas descriptivas por especialidad. Promedio de 2018.

Especialidad	Ingreso mensual (\$)	Ingreso horario (\$)	Ln. ingreso Mensual	Ln. ingreso horario	Mujeres (%)	Edad	Horas	Actos AQ	Actos no AQ	Frec.
Medicina General	87,202	1,380	11	7	1	42	84	0	78	14,223
Pediatría	104,223	1,394	11	7	1	45	84	0	79	4,933
Ginecología	116,787	2,104	11	7	1	49	64	3	110	2,913
Anestesiología	173,051	3,023	12	8	1	47	79	13	16	2,280
Medicina Intensiva Adultos	134,919	1,439	11	7	0	49	101	0	1	2,061
Ayudantías Quirúrgicas	26,916	3,123	10	8	0	37	14	6	1	1,948
Traumatología-Ortopedia	118,348	2,792	11	8	0	48	57	3	77	1,749
Cirugía	180,917	2,933	12	8	0	49	88	8	47	1,738
Oftalmología	90,607	2,525	11	8	1	46	44	2	102	1,706
Cardiología	122,739	2,195	11	7	0	51	71	0	119	1,555
Psiquiatría	89,492	1,908	11	7	1	51	61	0	104	1,435
Medicina Interna	132,118	1,553	11	7	1	47	104	0	48	1,374
Otorrinolaringología (ORL)	99,234	2,070	11	7	0	48	56	3	81	1,033
Dermatología	66,462	2,375	11	8	1	47	33	1	122	1,013
Médico Radiólogo	136,968	3,233	11	8	1	48	61	0	116	881
Endocrinología	56,085	1,814	11	7	1	48	33	0	105	836
Urología	125,658	2,625	11	8	0	48	68	4	78	819
Laboratorista, Patólogo	96,195	1,313	11	7	1	47	103	0	14	722
Cirugía Plástica Reparadora	111,515	2,712	11	8	0	49	54	11	45	713
Otros Médicos No AQ	77,260	1,867	11	7	1	49	60	0	55	707
Neurología	88,798	2,086	11	7	1	53	62	0	78	700
Gastroenterología	88,556	2,261	11	7	1	51	48	0	114	688
Nefrología	87,224	1,751	11	7	1	50	75	0	24	665
Neonatología	128,446	1,748	11	7	1	48	88	0	17	656
Hematología	78,148	2,031	11	7	1	49	62	0	50	533
Oncología	80,010	2,307	11	7	1	49	57	0	69	529
Jefes de Deptos. y/o Equipo	148,412	1,803	12	7	0	58	75	0	0	528
Medicina Intensiva Infantil	137,236	1,560	11	7	1	47	89	0	4	513
Fisiatría	70,536	1,939	11	7	1	48	49	0	97	494
Reumatología	60,423	1,932	10	7	1	53	37	0	116	446
Otras Esp. Médicas	116,694	2,561	11	7	1	50	62	0	46	443
Psiquiatría Infantil	64,546	1,856	11	7	1	48	43	0	56	413
Cirugía Infantil	66,349	2,027	11	7	0	54	49	2	12	346
Neurocirugía	77,513	2,578	11	7	0	49	53	1	10	327
Neumología	69,227	2,254	11	8	1	51	53	0	78	280
Otros Grados de Resp.	153,613	2,473	12	7	0	55	63	0	0	278
Neuropediatría	80,705	3,219	11	8	1	50	48	0	69	244
Cirugía Vascular	124,381	3,590	11	8	0	53	51	5	29	220
Medicina Familiar	113,902	1,487	11	7	1	47	85	0	175	187
Dirección Técnica	225,687	1,958	12	7	0	58	92	0	0	180
Residente EM	57,122	395	11	6	1	31	188	0	8	167
Geriatría-Gerontología	58,980	2,140	10	7	1	51	39	0	72	157
Médico Hemoterapeuta	90,582	1,451	11	7	1	54	84	0	10	145
Cirugía Torácica	104,410	2,137	11	7	0	51	83	3	9	135
Infectología	66,777	2,469	11	8	1	51	49	0	105	119
Residente AQ	74,857	438	11	6	1	30	191	3	11	94
Dirección General	245,341	3,125	12	8	0	61	113	0	0	93
Alergología	67,317	3,064	10	8	1	49	20	0	93	84
Otros Médicos AQ	63,248	1,519	11	7	0	42	68	4	22	63
Dirección Sanatorio	263,434	2,142	12	8	0	56	135	0	0	30
Médico Fisioterapeuta	87,399	2,044	11	7	1	35	95	0	36	6
Emergentología	309,239	1,488	13	7	0	42	208	0	0	1

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.4: Cargos CAD por año y especialidad.

Especialidad	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Medicina General	40 %	39 %	33 %	32 %	28 %	25 %
Pediatría	44 %	40 %	33 %	29 %	25 %	22 %
Medicina Interna	16 %	10 %	10 %	12 %	10 %	11 %
Medicina Intensiva Adultos	0 %	6 %	9 %	8 %	10 %	11 %
Neonatología	0 %	1 %	4 %	4 %	5 %	5 %
Cardiología	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	3 %
Psiquiatría	0 %	0 %	1 %	2 %	3 %	3 %
Medicina Intensiva Infantil	0 %	1 %	4 %	4 %	3 %	3 %
Medicina Familiar	0 %	1 %	3 %	3 %	2 %	2 %
Oncología	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	2 %
Ginecología	0 %	1 %	1 %	2 %	1 %	2 %
Otros	0 %	0 %	0 %	3 %	9 %	12 %
Total CAD	77	597	1,497	1,887	2,562	3,326
Total cargos	49,620	50,186	50,390	51,557	53,620	54,403
% CAD	0 %	1 %	3 %	4 %	5 %	6 %

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.5: Cupos para Residencias en 2015.

Especialidad	Cupos
Administración de Servicios de Salud	5
Anatomía Patológica	3
Anestesiología	15
Cardiología	9
Cirugía General	13
Cirugía Plástica	3
Cirugía Vasculare	1
Dermatología	4
Endocrinología	1
Epidemiología	1
Fisiatría	4
Gastroenterología	2
Geriatría	4
Ginecología	26
Hematología	2
Imagenología	10
Infectología	1
Laboratorio Clínico	4
Medicina Fam. y Comunitaria	29
Medicina Intensiva	23
Medicina Interna	39
Medicina Legal	1
Medicina Nuclear	1
Medicina Transfusional	1
Microbiología	1
Nefrología	5
Neumología	1
Neurología	5
Oftalmología	6
Oncología Médica	4
Oncología Radioterápica	2
Otorrinolaringología	2
Parasitología	1
Pediatría	42
Psiquiatría	4
Reumatología	1
Salud Ocupacional	1
Toxicología	3
Traumatología	8
Urología	6
Total general	294

Fuente: [Contreras y Faggeti \(2016\)](#)

Tabla 2.6: Cupos para para posgrado convencional en 2015.

Especialidad	Cupos
Alergología	4
Anatomía Patológica	7
Cardiología	22
Dermatología	8
Endocrinología Y Metabolismo	8
Farmacología Y Terapéutica	3
Gastroenterología	10
Geriatría	13
Hematología	Sin límite
Imagenología	14
Laboratorio de Patología Clínica	15
Medicina del Deporte	5
Medicina Familiar y Comunitaria	Sin límite
Medicina Intensiva	40
Medicina Legal	6
Medicina Nuclear	6
Microbiología	8
Neumología	10
Oftalmología	10
Oncología Médica	10
Oncología Radioterápica	6
Medicina Interna	Sin límite
Nefrología	15
Neurología	6
Enfermedades Infecciosas	4
Administración de Servicios de Salud	Sin límite
Epidemiología	Sin límite
Otorrinolaringología	6
Parasitología y Micología Médica	Sin límite
Pediatría	40
Psiquiatría	Sin límite
Psiquiatría Pediátrica	12
Rehabilitación y Medicina Física	6
Reumatología	10
Salud Ocupacional	Sin límite
Terapia Y Medicina Transfusional	10
Toxicología Clínica	Sin límite

Fuente: [Contreras y Faggeti \(2016\)](#)

Tabla 2.7: Multiempleo del trabajo médico en las IAMC en 2008.

Todos			Mujeres			Varones		
N° Cargos	Médicos/as	%	N° Cargos	Médicos/as	%	N° Cargos	Médicos/as	%
1	3,338	49 %	1	1,822	52 %	1	1,516	46 %
2	1,875	28 %	2	956	27 %	2	919	28 %
3	898	13 %	3	446	13 %	3	452	14 %
4	392	6 %	4	163	5 %	4	229	7 %
5	161	2 %	5	62	2 %	5	99	3 %
6	68	1 %	6	22	1 %	6	46	1 %
7 o más	37	1 %	7 o más	6	0 %	7 o más	31	1 %
Total	6,769	100 %	Total	3,477	100 %	Total	3,292	100 %

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.8: Coeficientes del Modelo 1. Logaritmo del ingreso mensual.

Variable	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mujer	-0.082*** (0.009)	-0.084*** (0.009)	-0.078*** (0.008)	-0.083*** (0.008)	-0.090*** (0.008)	-0.098*** (0.008)	-0.091*** (0.007)	-0.093*** (0.007)	-0.094*** (0.007)	-0.099*** (0.007)	-0.100*** (0.007)
Edad	0.054*** (0.004)	0.046*** (0.003)	0.051*** (0.003)	0.054*** (0.003)	0.055*** (0.003)	0.044*** (0.003)	0.035*** (0.003)	0.029*** (0.003)	0.028*** (0.003)	0.043*** (0.003)	0.036*** (0.003)
Edad2	-0.000*** (0.000)										
Horas	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.005*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.006*** (0.000)	0.006*** (0.000)	0.006*** (0.000)	0.007*** (0.000)
Actos AQ	0.024*** (0.002)	0.025*** (0.002)	0.025*** (0.002)	0.027*** (0.002)	0.026*** (0.002)	0.024*** (0.002)	0.025*** (0.002)	0.028*** (0.002)	0.026*** (0.002)	0.036*** (0.002)	0.032*** (0.002)
Actos no AQ	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.002*** (0.000)	0.002*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.002*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.002*** (0.000)
CAD						0.863*** (0.060)	0.634*** (0.024)	0.564*** (0.015)	0.500*** (0.016)	0.515*** (0.019)	0.397*** (0.024)
Cons	9.154*** (0.091)	9.392*** (0.081)	9.249*** (0.075)	9.248*** (0.074)	9.253*** (0.072)	9.540*** (0.070)	9.741*** (0.069)	9.817*** (0.068)	9.872*** (0.068)	9.595*** (0.070)	9.680*** (0.068)
Observaciones	36,398	42,302	44,373	45,171	47,876	49,620	50,186	50,390	51,557	53,620	54,403
R2	0.51	0.49	0.49	0.50	0.50	0.53	0.56	0.59	0.59	0.58	0.60

El modelo hace referencia a la ecuación 4.1. Se incluyen como controles adicionales la especialidad, la institución y la relación con la institución.

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.9: Coeficientes del Modelo 2. Logaritmo del ingreso horario.

Variable	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mujer	-0.059*** (0.009)	-0.059*** (0.009)	-0.053*** (0.008)	-0.053*** (0.008)	-0.055*** (0.008)	-0.061*** (0.007)	-0.062*** (0.007)	-0.056*** (0.006)	-0.051*** (0.006)	-0.052*** (0.006)	-0.057*** (0.006)
Edad	0.037*** (0.004)	0.043*** (0.003)	0.047*** (0.003)	0.042*** (0.003)	0.041*** (0.003)	0.034*** (0.003)	0.032*** (0.003)	0.015*** (0.003)	0.020*** (0.003)	0.029*** (0.003)	0.025*** (0.002)
Edad2	-0.000*** (0.000)										
Actos no AQ	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	0.000 (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.001*** (0.000)
CAD						0.119*** (0.030)	0.161*** (0.012)	0.189*** (0.010)	0.152*** (0.009)	0.113*** (0.010)	0.046*** (0.012)
Cons	5.805*** (0.094)	5.732*** (0.083)	5.734*** (0.077)	5.887*** (0.073)	5.961*** (0.067)	6.123*** (0.064)	6.180*** (0.062)	6.600*** (0.060)	6.516*** (0.058)	6.399*** (0.059)	6.460*** (0.057)
Observaciones	36,398	42,302	44,373	45,171	47,876	49,620	50,186	50,390	51,557	53,620	54,403
R2	0.23	0.22	0.22	0.21	0.22	0.23	0.23	0.26	0.28	0.28	0.28

El modelo hace referencia a la ecuación 4.1. Se incluyen como controles adicionales a la especialidad, la institución y la relación con la institución.

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.10: Coeficientes por especialidad del Modelo 2 ordenados de mayor a menor.

Especialidad	2008	2009	2010	2011	2012
Ayudantías Quirúrgicas	0.9587***	0.8475***	0.8380***	0.8283***	0.8506***
Anestesiología	0.4647***	0.4702***	0.3667***	0.4781***	0.5808***
Médico Radiólogo	0.2859***	0.3090***	0.2366***	0.3173***	0.3565***
Cirugía Vascular	0.2119**	0.2634***	0.1309	0.1822**	0.2763***
Alergología	0.4291***	0.4557***	0.4654***	0.4170***	0.4492***
Cirugía Plástica Reparadora	0.5109***	0.4254***	0.4796***	0.5786***	0.5513***
Neuropediatría	0.2782***	0.4130***	0.4283***	0.4908***	0.5927***
Oftalmología	0.6412***	0.5354***	0.4955***	0.4852***	0.4829***
Dirección General	0.4468***	0.3414**	0.5327***	0.4470***	0.4352***
Dermatología	0.7434***	0.6379***	0.5763***	0.6008***	0.5594***
Traumatología-Ortopedia	0.5144***	0.5100***	0.3994***	0.4698***	0.5518***
Cirugía	0.4282***	0.3744***	0.3605***	0.3832***	0.4355***
Urología	0.3092***	0.2916***	0.2555***	0.3108***	0.2991***
Dirección Sanatorio	0.4473***	0.5504***	0.4057***	0.5962***	0.5218***
Neumología	0.2432***	0.2088***	0.2043***	0.2469***	0.2784***
Infectología	0.3694*	0.3346*	0.4087**	0.5564***	0.4239***
Otorrinolaringología (ORL)	0.5475***	0.4042***	0.3120***	0.3671***	0.4007***
Gastroenterología	0.4526***	0.4054***	0.3587***	0.3842***	0.3102***
Ginecología	0.4893***	0.3778***	0.3216***	0.3670***	0.3932***
Geriatría-Gerontología	0.4392***	0.5981***	0.5674***	0.5518***	0.4271***
Oncología	0.4618***	0.3734***	0.3417***	0.3453***	0.3193***
Endocrinología	0.5349***	0.4123***	0.3873***	0.3710***	0.3189***
Reumatología	0.6566***	0.5328***	0.3863***	0.3694***	0.3618***
Otras Especialidades Médicas	0.1897**	0.1257***	0.0238	0.0584	0.0889**
Psiquiatría Infantil	0.2988***	0.2309***	0.2152***	0.2941***	0.3736***
Fisiatría	0.2592***	0.0287	0.0552	0.1382**	0.0583
Cardiología	0.3941***	0.2621***	0.2566***	0.2615***	0.2811***
Neurocirugía	0.1615**	0.1670**	0.0367	0.0952	-0.0910
Neurología	0.1744***	0.0857*	0.1627***	0.1522***	0.1272***
Medicina Intensiva Infantil	0.2696***	0.2762***	0.2093***	0.1833***	0.1491***
Dirección Técnica	-0.1373	-0.1421	-0.0672	0.0439	0.1295*
Otros Médicos No AQ	0.2217***	0.1147***	-0.0453	-0.0237	0.0765***
Psiquiatría	0.3693***	0.2845***	0.2724***	0.2683***	0.2527***
Neonatología	-0.0957*	-0.0559	0.1145**	0.1389***	0.2925***
Otros Grados de Resp.	0.073	-0.0048	-0.133	-0.2034**	-0.1844**
Hematología	0.3462***	0.1866***	0.1632**	0.2145***	0.1062*
Nefrología	0.1393***	0.1060***	0.0587*	0.1076***	0.0066
Medicina Intensiva Adultos	-0.0079	0.0140	-0.0521***	-0.0642***	-0.0660***
Cirugía Infantil	0.1220*	0.2048**	0.1357*	0.1618**	0.1532**
Medicina Familiar					-0.9828***
Cirugía Torácica	0.0548	0.2203*	-0.1005	0.0884	0.0719
Pediatría	0.0473**	0.0070	-0.0192	0.0275*	0.0710***
Otros Médicos Anestésico Quirúrgicos	0.7369***	0.6509***	0.5728***	0.5815***	0.6270***
Medicina Interna	0.1181***	0.0559	0.0591*	0.0659*	0.0927***
Jefes de Deptos. y/o Equipo	-0.0147	-0.1112	-0.0045	-0.0513	-0.2374***
Emergentología					
Médico Hemoterapeuta	-0.2184***	-0.2600***	-0.2107***	-0.2558***	-0.2748***
Laboratorista, Patólogo.	-0.2826***	-0.3455***	-0.4230***	-0.3568***	-0.3221***
Médico Fisioterapeuta	-0.3777**	-0.2749*	-0.3675***	-0.4271***	-0.3888***
Residente AQ					
Residente EM					

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01
Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.11: Coeficientes por especialidad del Modelo 2 ordenados de mayor a menor (continuación).

Especialidad	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ayudantías Quirúrgicas	0.8322***	0.8232***	0.8848***	0.8620***	0.8846***	0.8935***
Anestesiología	0.6632***	0.6528***	0.7347***	0.7791***	0.7972***	0.8188***
Médico Radiólogo	0.4843***	0.5599***	0.5777***	0.6818***	0.7093***	0.7365***
Cirugía Vascular	0.1916**	0.1411*	0.4498***	0.5971***	0.5089***	0.7263***
Alergología	0.3521***	0.4863***	0.6253***	0.7890***	0.7567***	0.7223***
Cirugía Plástica Reparadora	0.5208***	0.5371***	0.5394***	0.5466***	0.5794***	0.6299***
Neuropediatría	0.4939***	0.7157***	0.7102***	0.6882***	0.5097***	0.6182***
Oftalmología	0.4769***	0.4774***	0.5386***	0.5587***	0.5825***	0.5896***
Dirección General	0.4418***	0.4352***	0.6694***	0.7521***	0.5502***	0.5803***
Dermatología	0.5022***	0.4782***	0.4919***	0.5522***	0.5619***	0.5792***
Traumatología-Ortopedia	0.4992***	0.5225***	0.5747***	0.6094***	0.6005***	0.5778***
Cirugía	0.4324***	0.4632***	0.5189***	0.5977***	0.5905***	0.5731***
Urología	0.3445***	0.3616***	0.4034***	0.5606***	0.5399***	0.5338***
Dirección Sanatorio	0.2463**	0.1346	0.4015***	0.4173***	0.5350***	0.5014***
Neumología	0.2729***	0.2882***	0.4169***	0.3909***	0.3955***	0.4423***
Infectología	0.2986**	0.3842**	0.5756***	0.4710***	0.3870***	0.4366***
Otorrinolaringología (ORL)	0.3665***	0.3362***	0.4018***	0.4109***	0.4156***	0.4091***
Gastroenterología	0.3502***	0.4123***	0.4408***	0.4539***	0.4245***	0.4065***
Ginecología	0.3847***	0.3844***	0.4286***	0.4514***	0.4407***	0.4054***
Geriatría-Gerontología	0.5622***	0.4700***	0.5603***	0.4777***	0.5300***	0.3869***
Oncología	0.3451***	0.4316***	0.5083***	0.4843***	0.3407***	0.3809***
Endocrinología	0.3818***	0.3958***	0.4395***	0.4460***	0.3965***	0.3696***
Reumatología	0.4065***	0.4308***	0.4261***	0.4338***	0.3661***	0.3662***
Otras Especialidades Médicas	0.1013*	0.3095***	0.4645***	0.4931***	0.3398***	0.3587***
Psiquiatría Infantil	0.3127***	0.3250***	0.3984***	0.3829***	0.3388***	0.3491***
Fisiatría	0.1435***	0.2949***	0.4008***	0.4479***	0.4135***	0.3481***
Cardiología	0.2948***	0.2893***	0.3128***	0.3698***	0.3580***	0.3396***
Neurocirugía	-0.0658	0.0814	0.1097*	0.2045***	0.2086***	0.2932***
Neurología	0.1556***	0.2323***	0.2674***	0.2629***	0.2406***	0.2927***
Medicina Intensiva Infantil	0.1319***	0.1608***	0.2006***	0.2129***	0.2056***	0.2848***
Dirección Técnica	0.0613	0.1331*	0.2105***	0.2704***	0.1899***	0.2798***
Otros Médicos No AQ	-0.0362	0.0238	0.2483***	0.2933***	0.3359***	0.2663***
Psiquiatría	0.2278***	0.2279***	0.2487***	0.2512***	0.2429***	0.2650***
Neonatología	0.0893*	0.1422***	0.2053***	0.1930***	0.1891***	0.2525***
Otros Grados de Resp.	-0.0195	0.0709	0.2479***	0.1965***	0.2312***	0.2505***
Hematología	0.2328***	0.1990***	0.2204***	0.2478***	0.2039***	0.1948***
Nefrología	0.0294	0.0694**	0.1459***	0.1509***	0.1091***	0.1672***
Medicina Intensiva Adultos	-0.0469***	0.0035	0.0466***	0.1244***	0.0944***	0.1618***
Cirugía Infantil	0.2144***	0.2004***	0.1880***	0.2125***	0.1203*	0.1297**
Medicina Familiar	-0.9820***	0.1427	0.0668	0.0758	0.1147***	0.1194***
Cirugía Torácica	0.2476**	0.0597	0.2606**	0.3061***	0.1100	0.1136
Pediatría	0.0708***	0.0833***	0.0663***	0.1131***	0.0918***	0.1004***
Otros Médicos Anestésico Quirúrgicos	0.4174***	-0.0014	-0.0444	0.1596	-0.0635	0.0960
Medicina Interna	0.0573*	0.0448*	0.0973***	0.1105***	0.0403*	0.0802***
Jefes de Deptos. y/o Equipo	-0.1837***	-0.2166***	-0.1725***	-0.1277***	-0.0918**	0.0652
Emergentología					-0.1053**	0.0530*
Médico Hemoterapeuta	-0.3791***	-0.2277***	-0.0182	-0.0521	-0.0094	0.0204
Laboratorista, Patólogo.	-0.3122***	-0.3093***	-0.2792***	-0.2340***	-0.2470***	-0.1431***
Médico Fisioterapeuta	-0.4595***	-0.4915***				-0.1491
Residente AQ		-0.5114**	-0.7069***	-0.7048***	-0.8018***	-0.8599***
Residente EM		-1.0944***	-1.1370***	-1.1136***	-1.1776***	-1.0284***

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.12: Coeficientes del Modelo 3. Logaritmo del ingreso mensual.

Variable	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mujer	-0.074*** (0.010)	-0.077*** (0.009)	-0.069*** (0.009)	-0.072*** (0.009)	-0.079*** (0.009)	-0.082*** (0.008)	-0.072*** (0.008)	-0.074*** (0.008)	-0.074*** (0.008)	-0.081*** (0.008)	-0.084*** (0.007)
Horas	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.005*** (0.000)	0.005*** (0.000)	0.005*** (0.000)	0.005*** (0.000)	0.006*** (0.000)	0.006*** (0.000)	0.007*** (0.000)	0.007*** (0.000)
Edad	0.070*** (0.004)	0.058*** (0.003)	0.060*** (0.003)	0.061*** (0.003)	0.064*** (0.003)	0.056*** (0.003)	0.048*** (0.003)	0.043*** (0.003)	0.045*** (0.003)	0.056*** (0.003)	0.048*** (0.003)
Edad2	-0.001*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)
Actos AQ	0.025*** (0.002)	0.027*** (0.002)	0.027*** (0.002)	0.029*** (0.002)	0.029*** (0.002)	0.028*** (0.002)	0.028*** (0.002)	0.032*** (0.002)	0.030*** (0.002)	0.039*** (0.002)	0.036*** (0.002)
Actos no AQ	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)
CAD	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.786*** (0.050)	0.648*** (0.022)	0.613*** (0.015)	0.545*** (0.015)	0.542*** (0.018)	0.426*** (0.019)
% Mujeres Esp.	-0.286*** (0.025)	-0.249*** (0.025)	-0.239*** (0.024)	-0.192*** (0.025)	-0.165*** (0.024)	-0.204*** (0.025)	-0.256*** (0.024)	-0.255*** (0.024)	-0.251*** (0.024)	-0.218*** (0.024)	-0.232*** (0.024)
% Mujeres Inst.	0.671*** (0.073)	0.820*** (0.080)	0.596*** (0.078)	0.356*** (0.073)	-0.334*** (0.072)	-0.379*** (0.074)	0.086 (0.074)	0.215*** (0.072)	0.029 (0.070)	0.194*** (0.070)	0.666*** (0.071)
Montevideo	-0.437*** (0.010)	-0.488*** (0.010)	-0.491*** (0.009)	-0.467*** (0.009)	-0.443*** (0.010)	-0.380*** (0.011)	-0.389*** (0.009)	-0.364*** (0.009)	-0.332*** (0.009)	-0.325*** (0.010)	-0.274*** (0.010)
Cons	8.845*** (0.096)	9.057*** (0.089)	9.123*** (0.084)	9.254*** (0.082)	9.515*** (0.080)	9.715*** (0.082)	9.644*** (0.082)	9.549*** (0.079)	9.591*** (0.079)	9.184*** (0.083)	9.038*** (0.081)
Observaciones	36,398	42,302	44,373	45,171	47,876	49,620	50,186	50,390	51,557	53,620	54,403
R2	0.45	0.44	0.43	0.44	0.45	0.47	0.49	0.53	0.52	0.52	0.54

El modelo hace referencia a la ecuación 4.6. Se incluye como control adicional a la la relación con la institución. * p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.13: Coeficientes del Modelo 4. Logaritmo del ingreso horario.

Variable	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mujer	-0.057*** (0.010)	-0.065*** (0.009)	-0.054*** (0.009)	-0.047*** (0.009)	-0.047*** (0.008)	-0.052*** (0.008)	-0.057*** (0.007)	-0.048*** (0.007)	-0.041*** (0.007)	-0.046*** (0.007)	-0.050*** (0.007)
Edad	0.053*** (0.004)	0.055*** (0.003)	0.060*** (0.003)	0.061*** (0.003)	0.060*** (0.003)	0.048*** (0.003)	0.049*** (0.003)	0.047*** (0.003)	0.053*** (0.003)	0.057*** (0.002)	0.052*** (0.002)
Edad2	-0.000*** (0.000)										
Actos no AQ	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.001*** (0.000)
CAD	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.101 (0.087)	0.049 (0.031)	0.041** (0.019)	0.011 (0.017)	0.000 (0.015)	-0.051*** (0.013)
% Mujeres Esp.	-0.320*** (0.023)	-0.304*** (0.022)	-0.290*** (0.022)	-0.348*** (0.021)	-0.406*** (0.020)	-0.389*** (0.019)	-0.353*** (0.018)	-0.410*** (0.018)	-0.470*** (0.017)	-0.503*** (0.017)	-0.472*** (0.017)
% Mujeres Inst.	0.884*** (0.077)	1.331*** (0.082)	0.688*** (0.078)	0.500*** (0.072)	-0.164** (0.069)	0.132** (0.066)	0.752*** (0.071)	0.836*** (0.070)	0.686*** (0.065)	0.642*** (0.065)	1.011*** (0.064)
Montevideo	-0.070*** (0.010)	-0.067*** (0.010)	-0.053*** (0.009)	-0.019** (0.009)	-0.009 (0.008)	0.039*** (0.008)	0.014* (0.008)	-0.002 (0.008)	0.055*** (0.007)	0.083*** (0.007)	0.089*** (0.007)
Cons	5.326*** (0.098)	5.063*** (0.090)	5.319*** (0.086)	5.412*** (0.080)	5.857*** (0.076)	5.962*** (0.072)	5.599*** (0.072)	5.710*** (0.072)	5.664*** (0.069)	5.613*** (0.069)	5.496*** (0.067)
Observations	36,398	42,302	44,373	45,171	47,876	49,620	50,186	50,390	51,557	53,620	54,403
R2	0.08	0.09	0.09	0.09	0.08	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.10

El modelo hace referencia a la ecuación 4.6. Se incluye como control adicional a la la relación con la institución.

p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.14: Descomposición de la brecha del logaritmo del ingreso mensual por sexo. Contribución relativa.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mujer	22 %	24 %	22 %	23 %	25 %	26 %	24 %	25 %	26 %	29 %	31 %
Horas	15 %	16 %	17 %	17 %	18 %	17 %	18 %	19 %	21 %	19 %	21 %
Edad	68 %	61 %	70 %	73 %	75 %	65 %	60 %	52 %	56 %	68 %	59 %
Edad2	-51 %	-44 %	-53 %	-55 %	-59 %	-50 %	-45 %	-36 %	-40 %	-51 %	-44 %
Actos AQ	10 %	11 %	12 %	13 %	14 %	13 %	14 %	15 %	15 %	18 %	17 %
Actos no AQ	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	4 %	3 %	2 %	2 %	0 %	2 %
CAD	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	-1 %	-3 %	-2 %	-3 %	-2 %
% Mujeres Esp.	15 %	13 %	13 %	10 %	8 %	11 %	14 %	14 %	14 %	12 %	13 %
% Mujeres Inst.	-3 %	-3 %	-2 %	-1 %	1 %	1 %	0 %	-1 %	0 %	-1 %	-2 %
Montevideo	3 %	4 %	4 %	4 %	3 %	4 %	3 %	3 %	3 %	3 %	2 %
Suplentes	14 %	14 %	15 %	13 %	10 %	8 %	7 %	7 %	6 %	5 %	4 %
Suplentes fijos	3 %	4 %	3 %	4 %	5 %	4 %	4 %	3 %	4 %	3 %	3 %
Independientes	2 %	0 %	0 %	0 %	-2 %	-2 %	-1 %	-2 %	-3 %	-3 %	-3 %
Total brecha	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Total brecha en logaritmos	-0.3400	-0.3257	-0.3150	-0.3167	-0.3205	-0.3125	-0.2953	-0.2906	-0.2873	-0.2806	-0.2707

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.15: Descomposición de la brecha del logaritmo del ingreso horario por sexo. Contribución relativa.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mujer	34 %	38 %	33 %	28 %	26 %	29 %	35 %	31 %	27 %	28 %	32 %
Edad	106 %	109 %	133 %	135 %	125 %	98 %	113 %	107 %	121 %	119 %	111 %
Edad2	-73 %	-78 %	-103 %	-102 %	-98 %	-72 %	-86 %	-83 %	-99 %	-98 %	-91 %
Actos no AQ	-1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	2 %	1 %	1 %	0 %	1 %
CAD	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
% Mujeres Esp.	33 %	30 %	29 %	33 %	37 %	36 %	34 %	41 %	47 %	47 %	47 %
% Mujeres Inst.	-7 %	-9 %	-5 %	-4 %	1 %	-1 %	-4 %	-5 %	-5 %	-4 %	-6 %
Montevideo	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	-1 %	0 %	0 %	-1 %	-1 %	-1 %
Suplentes	4 %	5 %	8 %	6 %	3 %	3 %	3 %	4 %	3 %	3 %	3 %
Suplentes fijos	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	5 %	3 %	5 %	5 %	3 %	3 %
Independientes	-2 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	2 %	2 %
Total brecha	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Total brecha en logaritmos	-0.1680	-0.1718	-0.1635	-0.1708	-0.1800	-0.1769	-0.1625	-0.1554	-0.1556	-0.1628	-0.1562

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.16: Descomposición con estimaciones separadas para mujeres y varones por año. Logaritmo del ingreso mensual.

Variable	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mujeres	10.801*** (0.008)	10.750*** (0.007)	10.740*** (0.008)	10.792*** (0.007)	10.791*** (0.007)	10.836*** (0.007)	10.856*** (0.007)	10.875*** (0.007)	10.883*** (0.007)	10.886*** (0.006)	10.889*** (0.006)
Varones	11.141*** (0.008)	11.076*** (0.008)	11.055*** (0.008)	11.108*** (0.008)	11.111*** (0.008)	11.148*** (0.007)	11.151*** (0.008)	11.166*** (0.008)	11.170*** (0.008)	11.167*** (0.008)	11.160*** (0.008)
Diferencia	-0.340*** (0.011)	-0.326*** (0.011)	-0.315*** (0.010)	-0.317*** (0.010)	-0.321*** (0.010)	-0.312*** (0.010)	-0.295*** (0.010)	-0.291*** (0.010)	-0.287*** (0.010)	-0.281*** (0.010)	-0.271*** (0.010)
Explicada	-0.270*** (0.009)	-0.262*** (0.009)	-0.257*** (0.009)	-0.260*** (0.009)	-0.255*** (0.009)	-0.243*** (0.009)	-0.235*** (0.008)	-0.226*** (0.009)	-0.217*** (0.009)	-0.198*** (0.009)	-0.188*** (0.009)
No explicada	-0.070*** (0.010)	-0.063*** (0.010)	-0.058*** (0.010)	-0.057*** (0.009)	-0.066*** (0.009)	-0.069*** (0.009)	-0.061*** (0.008)	-0.064*** (0.008)	-0.070*** (0.008)	-0.083*** (0.008)	-0.083*** (0.008)
Edad	-0.228*** (0.018)	-0.221*** (0.017)	-0.247*** (0.018)	-0.225*** (0.017)	-0.248*** (0.017)	-0.198*** (0.016)	-0.167*** (0.016)	-0.145*** (0.015)	-0.142*** (0.016)	-0.161*** (0.016)	-0.167*** (0.016)
Edad2	0.169*** (0.017)	0.162*** (0.016)	0.189*** (0.017)	0.161*** (0.017)	0.187*** (0.016)	0.145*** (0.016)	0.117*** (0.016)	0.092*** (0.015)	0.092*** (0.016)	0.112*** (0.016)	0.122*** (0.016)
Horas	-0.046*** (0.004)	-0.046*** (0.004)	-0.048*** (0.004)	-0.048*** (0.004)	-0.051*** (0.004)	-0.044*** (0.004)	-0.047*** (0.004)	-0.049*** (0.004)	-0.053*** (0.004)	-0.047*** (0.004)	-0.050*** (0.004)
Actos AQ	-0.032*** (0.003)	-0.034*** (0.003)	-0.034*** (0.003)	-0.038*** (0.004)	-0.044*** (0.004)	-0.037*** (0.004)	-0.038*** (0.004)	-0.042*** (0.004)	-0.042*** (0.004)	-0.051*** (0.003)	-0.043*** (0.003)
Actos no AQ	-0.002*** (0.001)	-0.001*** (0.001)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.002*** (0.001)	-0.011*** (0.003)	-0.008*** (0.002)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.001*** (0.002)	-0.004*** (0.002)
% Mujeres Esp.	-0.056*** (0.006)	-0.052*** (0.006)	-0.046*** (0.006)	-0.040*** (0.006)	-0.035*** (0.005)	-0.046*** (0.006)	-0.054*** (0.006)	-0.049*** (0.006)	-0.042*** (0.006)	-0.035*** (0.005)	-0.041*** (0.006)
% Mujeres Inst.	0.008*** (0.001)	0.006*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.001*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	0.000*** (0.001)	0.002*** (0.001)	-0.001*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.007*** (0.001)
Montevideo	-0.006*** (0.001)	-0.007*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.004*** (0.001)
Interior	-0.006*** (0.001)	-0.007*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.004*** (0.001)
Titular	-0.050*** (0.003)	-0.045*** (0.002)	-0.044*** (0.002)	-0.045*** (0.002)	-0.042*** (0.002)	-0.036*** (0.002)	-0.030*** (0.002)	-0.024*** (0.002)	-0.022*** (0.002)	-0.017*** (0.001)	-0.015*** (0.001)
Suplente	-0.022*** (0.002)	-0.020*** (0.001)	-0.020*** (0.001)	-0.014*** (0.001)	-0.009*** (0.001)	-0.007*** (0.001)	-0.007*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.004*** (0.001)	-0.004*** (0.001)
Suplente Fijos	0.002*** (0.001)	0.002*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.002*** (0.001)	0.001*** (0.001)	0.002*** (0.001)	0.003*** (0.001)
Independientes	-0.002*** (0.001)	-0.000*** (0.001)	-0.000*** (0.001)	-0.000*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.001*** (0.001)	0.002*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.005*** (0.001)	0.004*** (0.001)
CAD						0.001*** (0.000)	0.005*** (0.001)	0.008*** (0.001)	0.006*** (0.001)	0.007*** (0.001)	0.007*** (0.001)
Edad	0.046 (0.359)	-0.525* (0.318)	-0.380 (0.302)	0.679** (0.295)	0.257 (0.285)	0.563* (0.294)	0.523* (0.279)	0.486* (0.277)	0.755*** (0.275)	0.845*** (0.283)	0.006 (0.278)
Edad2	-0.041 (0.178)	0.194 (0.159)	0.098 (0.152)	-0.454*** (0.148)	-0.252* (0.142)	-0.394*** (0.144)	-0.318** (0.139)	-0.305** (0.139)	-0.439*** (0.137)	-0.426*** (0.139)	-0.069 (0.136)
Horas	0.058*** (0.013)	0.063*** (0.013)	0.070*** (0.012)	0.079*** (0.013)	0.098*** (0.015)	0.106*** (0.017)	0.105*** (0.017)	0.087*** (0.013)	0.098*** (0.014)	0.119*** (0.018)	0.105*** (0.017)
Actos AQ	0.011*** (0.004)	0.012*** (0.003)	0.012*** (0.003)	0.006 (0.005)	-0.000 (0.005)	0.011** (0.005)	0.007 (0.005)	0.006 (0.005)	0.000 (0.005)	-0.002 (0.005)	0.007* (0.004)
Actos no AQ	0.024** (0.009)	0.009 (0.009)	0.006 (0.004)	0.002 (0.003)	0.024** (0.010)	0.024 (0.028)	0.019 (0.016)	0.012 (0.009)	0.013 (0.014)	-0.058*** (0.020)	0.033 (0.024)
% Mujeres Esp.	0.062** (0.028)	0.092*** (0.027)	0.062** (0.027)	0.079*** (0.029)	0.081*** (0.030)	0.123*** (0.029)	0.124*** (0.029)	0.085*** (0.029)	0.034 (0.030)	0.014 (0.031)	0.063** (0.029)
% Mujeres Inst.	0.101 (0.072)	0.327*** (0.081)	0.384*** (0.080)	0.340*** (0.076)	0.099 (0.076)	0.074 (0.079)	0.040 (0.080)	0.075 (0.079)	0.108 (0.078)	-0.068 (0.078)	-0.093 (0.081)
Montevideo	-0.011*** (0.003)	-0.012*** (0.003)	-0.012*** (0.003)	-0.009*** (0.003)	-0.014*** (0.003)	-0.013*** (0.004)	-0.013*** (0.003)	-0.012*** (0.003)	-0.012*** (0.003)	-0.009*** (0.003)	-0.015*** (0.003)
Interior	0.024*** (0.007)	0.028*** (0.007)	0.029*** (0.007)	0.020*** (0.006)	0.031*** (0.006)	0.028*** (0.007)	0.027*** (0.006)	0.023*** (0.006)	0.025*** (0.006)	0.018*** (0.006)	0.030*** (0.006)
Titular	-0.026*** (0.008)	-0.023*** (0.008)	-0.026*** (0.007)	-0.017** (0.007)	-0.024*** (0.007)	-0.024*** (0.007)	-0.024*** (0.007)	-0.009 (0.007)	-0.014** (0.007)	-0.011* (0.007)	-0.014** (0.006)
Suplente	0.012** (0.005)	0.013*** (0.005)	0.005 (0.004)	0.012*** (0.004)	0.010** (0.004)	0.016*** (0.004)	0.023*** (0.004)	0.013*** (0.004)	0.008** (0.004)	0.006* (0.003)	0.010*** (0.003)
Suplente Fijos	-0.001 (0.003)	-0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	-0.007** (0.003)	-0.006* (0.003)	-0.012*** (0.004)	-0.004 (0.003)	0.002 (0.003)	-0.004 (0.003)	-0.000 (0.003)	-0.004 (0.003)
Independientes	0.000 (0.002)	0.001 (0.002)	0.003 (0.002)	0.003 (0.002)	0.005** (0.002)	0.004* (0.002)	-0.004* (0.002)	-0.005** (0.002)	0.003 (0.002)	-0.000 (0.002)	0.000 (0.002)
CAD						-0.001*** (0.000)	-0.003*** (0.001)	-0.002* (0.001)	-0.001 (0.001)	0.001 (0.001)	-0.005* (0.002)
Cons	-0.331* (0.198)	-0.240 (0.182)	-0.308* (0.173)	-0.790*** (0.167)	-0.373** (0.162)	-0.575*** (0.172)	-0.563*** (0.165)	-0.522*** (0.160)	-0.642*** (0.160)	-0.513*** (0.166)	-0.138 (0.164)
Observaciones	36,398	42,302	44,373	45,171	47,876	49,620	50,186	50,390	51,557	53,620	54,403

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.17: Descomposición con estimaciones separadas para varones y mujeres por año. Logaritmo del ingreso horario.

Variable	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mujeres	7.114*** (0.006)	7.126*** (0.006)	7.114*** (0.006)	7.146*** (0.005)	7.148*** (0.005)	7.178*** (0.005)	7.179*** (0.004)	7.175*** (0.004)	7.192*** (0.004)	7.211*** (0.004)	7.220*** (0.004)
Varones	7.282*** (0.007)	7.298*** (0.006)	7.278*** (0.006)	7.317*** (0.006)	7.328*** (0.006)	7.354*** (0.005)	7.342*** (0.005)	7.330*** (0.005)	7.348*** (0.005)	7.373*** (0.005)	7.376*** (0.005)
Diferencia	-0.168*** (0.009)	-0.172*** (0.009)	-0.164*** (0.008)	-0.171*** (0.008)	-0.180*** (0.008)	-0.177*** (0.007)	-0.162*** (0.007)	-0.155*** (0.007)	-0.156*** (0.007)	-0.163*** (0.007)	-0.156*** (0.006)
Explicada	-0.139*** (0.007)	-0.142*** (0.007)	-0.135*** (0.006)	-0.153*** (0.006)	-0.162*** (0.006)	-0.153*** (0.005)	-0.131*** (0.005)	-0.133*** (0.005)	-0.146*** (0.005)	-0.135*** (0.005)	-0.124*** (0.005)
No explicada	-0.029*** (0.011)	-0.030*** (0.010)	-0.029*** (0.010)	-0.018* (0.009)	-0.018** (0.009)	-0.024*** (0.008)	-0.031*** (0.008)	-0.022*** (0.008)	-0.010 (0.007)	-0.027*** (0.007)	-0.032*** (0.007)
Edad	-0.130*** (0.019)	-0.145*** (0.017)	-0.152*** (0.018)	-0.154*** (0.018)	-0.157*** (0.017)	-0.106*** (0.016)	-0.151*** (0.016)	-0.134*** (0.015)	-0.163*** (0.015)	-0.151*** (0.015)	-0.147*** (0.014)
Edad2	0.071*** (0.019)	0.087*** (0.017)	0.102*** (0.018)	0.095*** (0.018)	0.107*** (0.016)	0.059*** (0.016)	0.105*** (0.015)	0.098*** (0.015)	0.130*** (0.016)	0.119*** (0.015)	0.116*** (0.015)
Actos no AQ	0.002*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.003*** (0.001)	-0.002*** (0.001)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001 (0.001)	-0.002** (0.001)
% Mujeres Esp.	-0.078*** (0.006)	-0.077*** (0.006)	-0.066*** (0.005)	-0.080*** (0.005)	-0.091*** (0.005)	-0.088*** (0.004)	-0.080*** (0.004)	-0.089*** (0.004)	-0.105*** (0.004)	-0.096*** (0.004)	-0.088*** (0.004)
% Mujeres Inst.	0.013*** (0.001)	0.013*** (0.001)	0.007*** (0.001)	0.005*** (0.001)	-0.001 (0.001)	0.003*** (0.001)	0.009*** (0.001)	0.010*** (0.001)	0.010*** (0.001)	0.009*** (0.001)	0.012*** (0.001)
Montevideo	-0.001** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.000** (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.001*** (0.000)	0.000** (0.000)	0.000 (0.000)	0.001*** (0.000)	0.002*** (0.000)	0.001*** (0.000)
Interior	-0.001** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.000** (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.001*** (0.000)	0.000** (0.000)	0.000 (0.000)	0.001*** (0.000)	0.002*** (0.000)	0.001*** (0.000)
Titular	0.001 (0.002)	0.005*** (0.001)	0.002 (0.001)	-0.000 (0.001)	0.001 (0.001)	-0.002** (0.001)	-0.004*** (0.001)	-0.007*** (0.001)	-0.003*** (0.001)	-0.002** (0.001)	-0.002*** (0.001)
Suplente	-0.013*** (0.001)	-0.014*** (0.001)	-0.018*** (0.001)	-0.012*** (0.001)	-0.008*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.003*** (0.001)	-0.002*** (0.001)	-0.002*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.004*** (0.001)
Suplente Fijos	-0.009*** (0.001)	-0.012*** (0.001)	-0.010*** (0.001)	-0.009*** (0.001)	-0.011*** (0.001)	-0.010*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.007*** (0.001)	-0.009*** (0.001)	-0.007*** (0.001)	-0.007*** (0.001)
Independientes	0.005*** (0.001)	0.001 (0.002)	0.001 (0.001)	0.000 (0.001)	-0.003*** (0.001)	-0.003*** (0.001)	-0.001 (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.004*** (0.000)	-0.005*** (0.001)	-0.005*** (0.001)
CAD						0.000** (0.000)	0.000** (0.000)	0.000** (0.000)	0.000* (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)
Edad	1.929*** (0.393)	1.651*** (0.340)	2.077*** (0.320)	2.307*** (0.303)	1.830*** (0.279)	1.796*** (0.269)	0.842*** (0.263)	0.688*** (0.258)	0.450* (0.253)	0.936*** (0.253)	0.697*** (0.242)
Edad2	-1.033*** (0.196)	-0.898*** (0.170)	-1.075*** (0.161)	-1.212*** (0.153)	-0.942*** (0.141)	-0.920*** (0.135)	-0.433*** (0.132)	-0.324** (0.130)	-0.219* (0.126)	-0.424*** (0.126)	-0.352*** (0.120)
Actos no AQ	0.013*** (0.005)	0.008** (0.003)	0.004** (0.002)	0.004*** (0.002)	0.012*** (0.004)	0.026** (0.011)	0.018*** (0.006)	0.012*** (0.004)	0.015*** (0.006)	-0.030*** (0.009)	0.014 (0.011)
% Mujeres Esp.	0.165*** (0.027)	0.182*** (0.026)	0.125*** (0.026)	0.168*** (0.025)	0.184*** (0.025)	0.186*** (0.023)	0.194*** (0.023)	0.199*** (0.022)	0.239*** (0.022)	0.138*** (0.023)	0.117*** (0.022)
% Mujeres Inst.	-0.111 (0.074)	0.146* (0.083)	0.057 (0.084)	0.090 (0.081)	-0.050 (0.076)	-0.142* (0.074)	-0.285*** (0.079)	-0.259*** (0.078)	-0.252*** (0.074)	-0.258*** (0.075)	-0.226*** (0.074)
Montevideo	0.010*** (0.003)	0.005* (0.003)	0.005* (0.003)	0.010*** (0.003)	0.009*** (0.003)	0.003 (0.003)	0.005** (0.003)	0.004 (0.003)	0.005* (0.003)	0.010*** (0.003)	0.006** (0.002)
Interior	-0.022*** (0.007)	-0.012* (0.007)	-0.011* (0.007)	-0.021*** (0.006)	-0.018*** (0.006)	-0.006 (0.006)	-0.011** (0.005)	-0.008 (0.005)	-0.009* (0.005)	-0.020*** (0.005)	-0.013** (0.005)
Titular	0.005 (0.009)	0.006 (0.008)	-0.003 (0.007)	0.002 (0.007)	0.001 (0.006)	-0.003 (0.006)	-0.012** (0.006)	-0.011* (0.006)	0.000 (0.006)	0.003 (0.006)	-0.004 (0.005)
Suplente	0.029*** (0.005)	0.020*** (0.004)	0.022*** (0.004)	0.013*** (0.004)	0.007** (0.004)	0.007** (0.003)	0.004 (0.003)	0.002 (0.003)	-0.003 (0.003)	0.004 (0.003)	0.008*** (0.003)
Suplente Fijos	0.015*** (0.003)	0.018*** (0.003)	0.017*** (0.003)	0.018*** (0.003)	0.026*** (0.003)	0.017*** (0.003)	0.016*** (0.003)	0.019*** (0.003)	0.024*** (0.003)	0.030*** (0.003)	0.027*** (0.003)
Independientes	-0.020*** (0.003)	-0.020*** (0.003)	-0.017*** (0.002)	-0.017*** (0.002)	-0.019*** (0.002)	-0.012*** (0.002)	-0.011*** (0.002)	-0.010*** (0.002)	-0.013*** (0.002)	-0.018*** (0.002)	-0.018*** (0.002)
CAD						-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.001)	-0.001 (0.001)	0.003*** (0.001)	0.002 (0.001)
Cons	-1.009*** (0.210)	-1.136*** (0.189)	-1.230*** (0.183)	-1.379*** (0.173)	-1.058*** (0.161)	-0.975*** (0.156)	-0.358** (0.155)	-0.334** (0.152)	-0.245* (0.148)	-0.402*** (0.149)	-0.291** (0.145)
Observaciones	36.398	42.302	44.373	45.171	47.876	49.620	50.186	50.390	51.557	53.620	54.403

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.18: Coeficientes de la variable *Mujer* por cuantil (logaritmo del ingreso mensual)

Año	2008	2013	2018
Q10	-0.0668*	-0.0945***	-0.1188***
Q20	-0.0317	-0.0786***	-0.1373***
Q30	-0.0498**	-0.0639***	-0.1286***
Q40	-0.0697***	-0.0675***	-0.1012***
Q50	-0.0684***	-0.0651***	-0.0791***
Q60	-0.0908***	-0.0873***	-0.0795***
Q70	-0.0961***	-0.1006***	-0.0863***
Q80	-0.1142***	-0.1102***	-0.0726***
Q90	-0.1156***	-0.1416***	-0.0834***

Coeficiente de la variable binaria *Mujer* estimados por cuantiles a través de regresiones RIF con el ingreso mensual como variable dependiente.

Errores estándar calculados con bootstrap (500 repeticiones).

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.19: Coeficientes de la variable *Mujer* por cuantil (logaritmo del ingreso horario)

Año	2008	2013	2018
Q10	-0.0029	-0.0194	-0.0135
Q20	-0.0039	-0.001	-0.0104
Q30	-0.0052	-0.0065	0.0124
Q40	-0.0304**	-0.0247**	-0.0046
Q50	-0.0434***	-0.0451***	-0.0236***
Q60	-0.0486***	-0.0661***	-0.0408***
Q70	-0.0692***	-0.0901***	-0.0738***
Q80	-0.1077***	-0.1151***	-0.1254***
Q90	-0.1602***	-0.1470***	-0.1887***

Coeficiente de la variable binaria *Mujer* estimados por cuantiles a través de regresiones RIF con el ingreso horario como variable dependiente.

Errores estándar calculados con bootstrap (500 repeticiones).

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.20: Coeficientes de estimaciones por cuantiles. Logaritmo del ingreso mensual. 2008

Variable	Q10	Q50	Q90
Mujer	-0.067** (0.029)	-0.068*** (0.014)	-0.116*** (0.012)
Edad	0.093*** (0.012)	0.077*** (0.005)	0.011* (0.006)
Edad2	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	0.000 (0.000)
Horas	0.004*** (0.000)	0.004*** (0.000)	0.003*** (0.000)
Actos AQ	0.028*** (0.003)	0.022*** (0.002)	0.025*** (0.002)
Actos no AQ	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
Cons	7.047*** (0.306)	8.710*** (0.132)	11.168*** (0.128)
Observaciones	36,398	36,398	36,398
R2	0.17	0.37	0.27

Se incluyen como controles adicionales a la especialidad, la institución y la relación con la institución. Errores estándar calculados con bootstrap (500 repeticiones).

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.21: Coeficientes de estimaciones por cuantiles. Logaritmo del ingreso mensual. 2018

Variable	Q10	Q50	Q90
Mujer	-0.119*** (0.020)	-0.079*** (0.011)	-0.083*** (0.009)
Edad	0.066*** (0.008)	0.054*** (0.004)	-0.018*** (0.003)
Edad2	-0.001*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
Horas	0.006*** (0.000)	0.008*** (0.000)	0.004*** (0.000)
Actos AQ	0.028*** (0.003)	0.027*** (0.002)	0.036*** (0.003)
Actos no AQ	0.002*** (0.000)	0.002*** (0.000)	0.001*** (0.000)
CAD	-0.375*** (0.029)	0.270*** (0.029)	0.000 (0.000)
Cons	7.733*** (0.191)	9.336*** (0.094)	12.285*** (0.076)
Observaciones	54,402	54,402	54,402
R2	0.18	0.45	0.34

Se incluyen como controles adicionales a la especialidad, la institución y la relación con la institución. Errores estándar calculados con bootstrap (500 repeticiones).
 * p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01
 Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.22: Coeficientes de estimaciones por cuantiles. Logaritmo del ingreso horario. 2008

Variable	Q10	Q50	Q90
Mujer	-0.003 (0.017)	-0.043*** (0.011)	-0.160*** (0.022)
Edad	0.089*** (0.008)	0.028*** (0.004)	-0.011 (0.009)
Edad2	-0.001*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
Actos no AQ	-0.000** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)
Cons	3.896*** (0.197)	6.048*** (0.098)	7.692*** (0.213)
Observaciones	36,398	36,398	36,398
R2	0.11	0.21	0.11

Se incluyen como controles adicionales a la especialidad, la institución y la relación con la institución. Errores estándar calculados con bootstrap (500 repeticiones).
 * p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01
 Fuente: elaboración propia en base a SCARH.

Tabla 2.23: Coeficientes de estimaciones por cuantiles. Logaritmo del ingreso horario. 2018

Variable	Q10	Q50	Q90
Mujer	-0.013* (0.008)	-0.024*** (0.005)	-0.189*** (0.015)
Edad	0.052*** (0.004)	0.018*** (0.002)	-0.006 (0.006)
Edad2	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
Actos no AQ	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.000*** (0.000)
CAD	0.221*** (0.014)	0.178*** (0.023)	-0.380*** (0.020)
Cons	5.077*** (0.091)	6.691*** (0.042)	8.016*** (0.142)
Observaciones	54,402	54,402	54,402
R2	0.17	0.27	0.11

Se incluyen como controles adicionales a la especialidad, la institución y la relación con la institución. Errores estándar calculados con bootstrap (500 repeticiones).

* p valor<0,1 ; ** p valor<0,05 ; *** p valor<0,01

Fuente: elaboración propia en base a SCARH.