



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO VIII – Diciembre 2003

**¿UN MERCADO EN RETRACCIÓN?
EL EMPLEO EN EL SECTOR SALUD EN ARGENTINA
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO¹**

Laura Pautassi²

María Nieves Rico³

Comentarios de Rosalía Cortés⁴

Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud



¹ Una versión anterior fue presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo de la Asociación Latinoamericana de Estudios del Trabajo (ALAST); La Habana, Cuba 9 al 13 de septiembre de 2003.

² Doctora en Derecho - Investigadora. Carrera de Investigador Científico y Tecnológico. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) / Instituto Gioja, Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

³ Oficial de Asuntos Sociales. Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile.

⁴ Socióloga - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

¿UN MERCADO EN RETRACCIÓN? EL EMPLEO EN EL SECTOR SALUD EN ARGENTINA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

1. PRESENTACIÓN

En el marco de los procesos de ajuste y reforma estructural ocurridos en América Latina durante el decenio de los noventa, se ha instalado como desafío para decisores y formuladores de políticas la necesidad de considerar la dimensión de género en las políticas y programas laborales y económicos. De hecho, de manera incipiente, se han creado en varios países mecanismos y estructuras intersectoriales con el fin de abordar los grandes problemas o déficits laborales desde un enfoque integral que conduzca a un desarrollo productivo con mayor equidad. Es en este marco, que el presente trabajo recoge la experiencia de abordaje de la problemática del recurso humano en salud, en Argentina, desde una perspectiva de género. Esta experiencia fue impulsada por el proyecto CEPAL-GTZ "Institucionalización del enfoque de género en la CEPAL y Ministerios Sectoriales", llevado a cabo durante los años 2000 y 2001, y será replicada a nivel local durante la ejecución del proyecto CEPAL-GTZ "Políticas laborales con equidad de género" que iniciará sus actividades en Argentina a comienzos de 2004.

A pesar de un sostenido discurso en relación con la importancia estratégica del recurso humano en salud y de su papel clave en el desarrollo sectorial, existen pocos estudios que den cuenta de un tratamiento sistemático de la situación de las personas ocupadas en el sector y aún menos que lo aborden desde la perspectiva de género⁵.

El presente trabajo persigue un doble objetivo: i) exponer los resultados de una metodología particular de abordar la problemática del empleo en el sector salud llevado a cabo en Argentina, especialmente a partir del estudio del impacto diferenciado que tienen las políticas públicas para los hombres y las mujeres que se encuentran insertos en él; ii) analizar los mecanismos, acciones y estrategias consensuadas intersectorialmente tendientes a lograr la institucionalización de la equidad de género en las políticas públicas, identificando los cambios que son necesarios para producir la igualdad de género, los obstáculos encontrados para avanzar y las oportunidades que se presentan.

El supuesto de partida de este trabajo es la convicción que acciones de institucionalización de la perspectiva de género en las políticas públicas pueden implementarse por dos vías: a) realizando diagnósticos que den cuenta de las implicancias que tienen las relaciones de desigualdad de género en los análisis económicos y sociales, especialmente a partir del estudio del impacto diferenciado que tienen las políticas públicas para hombres y mujeres⁶, b) analizando las políticas, ya que las mismas no son neutrales en términos de género, resultando necesario identificar qué cambios se requieren para producir la igualdad de género, como también tener en cuenta que aquellos estudios de base

⁵ Novick y Galin (1996) advierten sobre la dificultad de determinar el número y distribución del personal; tanto en forma global como para cada una de las distintas categorías ocupacionales que las componen. A su vez, Geldstein y Wainerman (1989) advierten sobre la necesidad de conformar el campo de estudio sobre las trabajadoras de la salud y producir datos desagregados por sexo.

⁶ Los resultados de dicho diagnóstico están contenidos en Pautassi (2001). Dicho diagnóstico fue realizado en el marco del proyecto "Argentina: Incorporación del enfoque de género en la política laboral y económica. El empleo en el sector salud" proyecto CEPAL-GTZ durante el año 2000; cuyo propósito central consistió en fortalecer el proceso de institucionalización del enfoque de género, para promover la formulación e implementación de políticas, estrategias e instrumentos que fomenten la equidad entre mujeres y hombres en el ámbito de la política económica y laboral en diferentes países de América Latina y el Caribe.

que resultan insuficientes, imprecisos o sesgados contribuyen de hecho, a que las políticas discriminen desde su propia concepción⁷.

Aunque el objetivo de la transversalidad de la equidad de género (*gender mainstreaming*) está cada vez más incorporado al nivel del discurso nacional e institucional, el proceso de institucionalizar el enfoque de género en los programas y proyectos económicos y laborales es aún incipiente, fragmentado y marginal⁸. De todas formas significa un avance importante y una posibilidad de generar instancias de acción y de políticas que indican una línea a seguir.

En tanto *proceso*, las acciones de institucionalización y de transversalidad de la perspectiva de género deben entenderse como una *herramienta estratégica* que está al servicio de la promoción de la equidad. Es por ello que un enfoque transversal no debe situarse como una integración o como una sumatoria de estrategias y estructuras preexistentes, sino que se requieren cambios fundamentales en la política, la cultura y las prácticas organizacionales, al tiempo que dichos cambios deben ser coordinados. La idea central es la presencia de estructuras de poder asimétricas que se reflejan de diferentes maneras y en un conjunto de intereses y relaciones de poder. Precisamente *la institucionalización apunta a la resolución de dichos conflictos y al desarrollo de la cooperación y negociación como mecanismos operativos entre los actores relevantes* (Rico: 2000).

En consecuencia, el presente trabajo analiza las modalidades de incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas en general y en las políticas laborales en particular, especialmente en el sector salud en Argentina, buscando identificar los avances y las dificultades detectadas en dicho proceso. El énfasis está puesto en las políticas laborales en el sector salud, destacando los compromisos asumidos, programas implementados, mecanismos institucionales adoptados y recursos técnicos disponibles, como también las estrategias a implementar en un futuro inmediato.

2. EL EMPLEO EN EL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

Son muchos los elementos que se deben tener en cuenta al momento de evaluar el grado de institucionalización de la perspectiva de género en Argentina. Claramente, no se trata de un análisis meramente técnico sino de una cuestión mucho más compleja que involucra una discusión acerca de los valores y los principios inmanentes a los objetivos que se pretenden alcanzar y a los mecanismos diseñados para ello.

En tanto el interés del presente trabajo refiere a la institucionalización de dicha perspectiva en las políticas públicas, con especial énfasis en las políticas económicas y laborales en el sector salud, se parte del supuesto que el objetivo de la política económica no consiste (o no debería consistir) en promover equilibrios abstractos, sino precisamente en buscar equilibrios entre los objetivos económicos indispensables para el bienestar del conjunto de la sociedad. De este modo, las vías para lograrlo serían: i) la promoción de la libertad de los ciudadanos/as para elegir en el mercado de trabajo la ocupación que más satisface a sus capacidades creativas; ii) evitar un intolerable contraste entre la riqueza y la pobreza; iii) orientar el uso de los recursos productivos con el objetivo de promover el mayor standard promedio de vida para toda la población (Meade: 1993).

Al igual que los objetivos de equidad de género, estos objetivos reconocen conflictos y la búsqueda de equilibrios entre los mismos obliga a no sacrificar uno para obtener máximos en otro. En esta dirección es evidente que el proceso de reforma y ajuste estructural aplicado en Argentina en la

⁷ Rico (2000) agrega que el enfoque de género aporta precisión analítica y operativa para poder cumplir con los objetivos de la equidad, el desarrollo económico y la ampliación del ejercicio de los derechos humanos y ciudadanos.

⁸ Daeren (2001) señala que esta situación es común a todos los países de la región.

década de los '90, privilegió la estabilidad de precios y el crecimiento de los indicadores macroeconómicos en desmedro de la estabilidad y el crecimiento del empleo. A su vez, reasignó un nuevo rol a la política social, de tipo compensatoria de los impactos negativos o "efectos no deseados" que provoca el sistema económico sobre la población. Desde la perspectiva que se defiende en este trabajo, importa conocer cómo se ha actuado en este ámbito considerado como "conflictivo".

A lo largo del análisis desarrollado en Pautassi (2001) se visualiza como la problemática del recurso humano en salud no fue abordada durante el proceso de reforma sectorial de los últimos años. Más allá de algunas consideraciones que destacan la necesidad de atender el proceso de reconversión de los recursos humanos, de lograr una readecuación estratégica de los mismos y un aumento de la productividad en el sector, en aras de garantizar la calidad en los servicios, no hubo, en los hechos, una acción conjunta y sistemática en esta dirección⁹.

El punto que se quiere subrayar nuevamente, es que la preocupación por el recurso humano en salud, al igual que las críticas a la modalidad de organización en los servicios de salud, y la consecuente búsqueda de nuevas formas de gestión no es novedosa. Como es obvio, al deterioro de varios años del recurso humano sectorial, se le agrega el proceso de reforma y flexibilización laboral que se aplicó en Argentina, que impactó directamente sobre los trabajadores/as, ampliando las exigencias a los mismos sin el consiguiente aumento en los niveles de remuneración, redefiniendo las relaciones establecidas entre la organización de la atención y la organización del trabajo y las capacidades requeridas; al tiempo que es mayor la presencia de modalidades de regulación flexible del trabajo.

Los cambios jurisdiccionales de la última década han afectado la composición del recurso humano sectorial. De este modo, en el subsector público, son las provincias y los municipios, quienes tienen a su cargo la conducción de los mismos, habiéndose ensayado en cada una de estas jurisdicciones variados y complejos sistemas de organización, algunos implementando un proceso de descentralización otros centralizando el sistema aún más. A su vez, al interior de cada efector existen numerosas modalidades de organización, algunas distintas entre cada establecimiento de una misma jurisdicción, con lo cual resulta muy difícil establecer relaciones generales¹⁰.

En el caso de la medicina privada, también han cambiado los patrones de contratación, aumentando la terciarización y la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, al tiempo que se visualiza un fenómeno de ingreso de capitales extranjeros con las consiguientes fusiones y concentración de capital. Nuevamente, estas transformaciones se producen en el medio del proceso de desregulación aún en marcha, por lo cual, no se pueden establecer comportamientos uniformes, a lo cual se le agrega la presencia de mercados regionales de salud.

Como quedó demostrado el supuesto impacto positivo que, según los mentores de la reforma, el propio proceso de reforma y ajuste estructural iba a producir sobre el mercado de trabajo en general no fue tal. Por el contrario, se visualiza un fuerte retroceso en los indicadores laborales, más allá del crecimiento de la ocupación en algunos sectores de la economía. La pregunta a formularse aquí es,

⁹ Esta situación es similar en todos los países latinoamericanos y en la reunión regional sobre recursos humanos, organizada por OPS (2000a) se consideraron como factores críticos de las reformas en salud a las condiciones de trabajo, la educación del personal en salud, cuestiones que se encuentran pendientes en la mayoría de los países, OPS (2000b). Llama la atención la falta de consideración de la perspectiva de género en las recomendaciones de dicha organización.

¹⁰ En el caso específico de los profesionales médicos, el funcionamiento del mercado médico depende tanto de las características de la oferta de profesionales (ritmo de ingreso al mercado, sexo, edad, especialización) como del marco institucional y gremial en que los profesionales se integran a su tarea (Katz y Muñoz: 1988). En este sentido, resulta fundamental las particularidades del proceso de producción de capacidades de trabajo médico (educación médica) y el proceso de producción de servicios de salud (práctica médica), Belmartino et al (1990).

qué tipo de crecimiento efectivamente se produjo en el sector salud y cuál fue el impacto sobre los trabajadores y las trabajadoras. En consecuencia, consideramos fundamental poner el énfasis en la *calidad del empleo*.

La *perspectiva de género no fue considerada en absoluto en el proceso de reforma sectorial*. Este punto llama poderosamente la atención, tratándose de uno de los sectores históricamente "femeninos", que se ha caracterizado por que más del 70% de sus trabajadores son mujeres, al tiempo que se ha señalado, entre otras situaciones de discriminación, la existencia de segregación ocupacional por sexo, principalmente en los niveles superiores de la pirámide ocupacional sectorial¹¹.

Mucho más paradigmático resulta aún que un sector que destina la mayor parte de sus recursos financieros a solventar el gasto en personal, no conoce la composición de su fuerza de trabajo. En Pautassi (2001) se señalan los problemas existentes debido a la falta de información sectorial, la ausencia de registros específicos en relación con la cantidad y composición de los ocupados/as y se advierte sobre la necesidad de considerar en forma urgente esta dimensión imprescindible para el funcionamiento institucional. Obviamente, es aún más escasa todavía la información desagregada por sexo.

A continuación se presentan algunos de los resultados del diagnóstico de referencia, utilizando principalmente como fuente de información la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en tanto resulta la más representativa y además provee datos desagregados por sexo, tomando la onda octubre de 1999¹².

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO EN SALUD EN ARGENTINA

El sector salud, en el área de servicios de atención directa, muestra un crecimiento significativo de la ocupación y un crecimiento de su peso relativo en el total de ocupados de la economía. Como puede verse, *la participación femenina sigue siendo mayoritaria y las ocupadas mujeres en el sector salud representan casi el 10% del total de ocupadas de la economía*. También se visualiza un crecimiento de los ocupados varones en servicios de atención directa. (Cuadro N° 1).

**Cuadro N° 1 - Ocupados en Servicios Médicos y de Sanidad
Total Aglomerados Urbanos**

	Mujeres	% sobre Total Ocupados Mujeres	Varones	% sobre Total Ocupados Varones	Total Ocupados Sector Salud	% sobre Total Ocupados
Mayo 1995	258.530	10.1%	106.435	2.5%	364.965	5.4%
Mayo 1999	339.928	10.2%	164.029	3.3%	503.957	6.0%

Morano, C. (2000) "*Algunos indicadores sobre la situación de las mujeres en Argentina*". Documento inicial, Coordinación CISCOSA-FLACSO-Chile. Mayo 2000, mimeo.

En principio, en los últimos dos años se ha producido una desaceleración de esta tendencia creciente. Así, los datos correspondientes a Octubre de 1999, a partir de los cuales se desarrolla la caracterización de la ocupación en el sector salud para tareas asistenciales que se exponen a continuación, indican que este sector ocupa a casi 485 mil personas en servicios de atención directa.

¹¹ Aquí debemos destacar la importancia de los trabajos de Geldstein y Wainerman (1989) (1990), Wainerman y Binstock (1994) que constituyeron los primeros diagnósticos sectoriales desde una perspectiva de género, sobre la base de datos de 1980.

¹² El total de aglomerados urbanos relevados por la EPH representan alrededor del 60% de la población total del país. Cabe aclarar que es posible que existan casos de subregistro, especialmente en la determinación de los ocupados/as en tareas administrativas, por caso en las obras sociales públicas

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) permite, a partir de tabulados especiales, cuantificar aquellos ocupados/as en tareas asistenciales (Cuadro 2) de quienes se encuentran ocupados en tareas administrativas (Cuadro 3). La importancia de esta clasificación, que en el caso de las tareas administrativas presenta un coeficiente de variación que supera el 15%, es mostrar que el peso significativo de la ocupación en este sector está en atención directa de la salud.

**Cuadro 2 - Total de Ocupados en tareas asistenciales y administrativas
Total Aglomerados Urbanos - Octubre 1999**

	Servicios Médicos y de Sanidad	Obras Sociales y Prepagas	Total Ocupados en Salud
Sector Público	194.706	13.032	207.738
Sector Privado	289.636	29.165	318.801
Total	484.342	42.197	526.539

Nota: se toma en cuenta la ocupación principal. En el caso de Obras Sociales y Prepagas el coeficiente de variación supera el 15%.

Fuente: Consejo Nacional de la Mujer y Dirección de Ocupación e Ingresos. Ministerio de Economía, sobre la base de tabulaciones especiales de la Encuesta Permanente de Hogares.

Esto significa que en *Octubre de 1999 aproximadamente 530.000 personas se encontraban ocupadas en el sector salud en Argentina*. Si se analiza el porcentaje de ocupados en las áreas administrativas, son aproximadamente 43.000 trabajadores/as, y la mayor concentración está en el sector privado, principalmente en la medicina prepaga. La proporción de ocupados varones y mujeres en tareas administrativas es prácticamente la misma (Cuadro 3).

**Cuadro 3 - Total de Ocupados en tareas administrativas por sector
Total Aglomerados Urbanos - Octubre 1999**

	Obras Sociales	Prepagas
Sector Público	13.032	-
Sector Privado	11.656	17.509
Total	24.688	17.509

El coeficiente de variación es superior al 15%.

Fuente: Dirección de Ocupación e Ingresos. Ministerio de Economía, sobre la base de tabulaciones especiales de la Encuesta Permanente de Hogares.

La información disponible permite precisar algunas características adicionales de la fuerza de trabajo en este sector. A continuación se describen las características de los ocupados en tareas asistenciales (Servicios Médicos y de Sanidad). En primer lugar se observa una mayor concentración de ocupados en el sector privado. Así, en octubre de 1999 el 59,8% de ocupados/as en atención directa de la salud pertenece al sector privado, con mayor cantidad de ocupadas mujeres; y el 40,2% al público con preponderancia de empleados varones (Cuadro 4).

**Cuadro 4- Ocupados en Servicios Médicos y de Sanidad por sector
Total de Aglomerados, Octubre 1999**

	Varones	Mujeres	Total
Sector público	44,3	38,4	40,2
Sector Privado	55,7	61,6	59,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Consejo Nacional de la Mujer, sobre la base de procesamientos de la Base Usaria de la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

La característica diferencial del sector público en salud respecto al privado, en cuanto a la composición del empleo es, en efecto, por una parte, el nivel educativo, que tiene un fuerte sesgo hacia los niveles altos de instrucción en el sector público (profesionales y técnicos) y hacia los bajos en el sector privado. Esto se relaciona básicamente con el tipo de prestaciones y de práctica que existen en cada uno de los subsectores, teniendo mayor incidencia en el sector privado los servicios de hotelería hospitalaria y prestaciones accesorias que no requieren de personal calificado.

Así, si se analizan los *niveles educativos de los trabajadores/as* del sector salud del total de aglomerados, se observa que la mayor proporción de ocupados alcanza a niveles de enseñanza superior (46%). Sin embargo, los varones con este nivel educativo están sobrerrepresentados, ya que alcanzan al 56% de los ocupados del sector. Este rasgo distingue al sector del resto de la economía, donde los ocupados con nivel superior sólo alcanzan al 10% del total, mientras las ocupadas con el mismo nivel educativo alcanzan al 22%.

A su vez, se puede mencionar como otra particularidad de este sector a la mayor proporción de mujeres ocupadas en los niveles de calificación intermedios, mientras que en los extremos superiores la participación masculina duplica la femenina. De este modo, se observa para el total de ocupados en servicios médicos y de sanidad, una concentración de *ocupadas mujeres en los niveles técnicos*, la mayoría insertas en el sector público (42%) y un 26% en el sector privado.

En esta dirección, llama la atención la sobrerrepresentación de trabajadoras mujeres en niveles no calificados en el sector privado, aproximadamente un 22% de mujeres no calificadas y solo un 5% de varones en estos niveles. Si la anterior evidencia se contrasta con la baja representatividad de las profesionales en este sector (27% de mujeres profesionales) otra vez, la diferencia estaría dada por el tipo de servicios que ofrece cada uno de los subsectores, especialmente hotelería hospitalaria y servicios más personalizados en el caso del sector privado, que en el público resultan prácticamente inexistentes¹³.

Cuadro 5- Ocupados en Servicios Médicos y de Sanidad por nivel de Calificación y por jurisdicción. Total de Aglomerados, Octubre 1999

	Varones	Mujeres	Total
Sector público	100,0	100,0	100,0
Profesionales	53.4	21.6	32.2
Técnicos	17.8	42.7	34.4
Operativos	18.8	23.9	22.2
No calificados	10.0	11.8	11.2
Sector Privado	100,0	100,0	100,0
Profesionales	45.7	27.0	32.1
Técnicos	29.9	26.4	27.3
Operativos	19.7	24.8	23.5
No calificados	4.7	21.8	17.1
Total	100,0	100,0	100,0
Profesionales	53.6	26.9	35.2
Técnicos	21.3	31.1	28.1
Operativos	18.4	23.6	22.0
No calificados	6.8	18.3	14.8

Fuente: Consejo Nacional de la Mujer, sobre la base de procesamientos de la Base Usuaría de la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

¹³ Otro factor que se podría mencionar, a modo de hipótesis, que el sector privado podría estar utilizando en mayor medida que el sector público, mecanismos de segregación horizontal. Esta hipótesis debería demostrarse en posteriores análisis que incorporen otras variables, por caso mecanismos de selección del personal, niveles salariales.

En otros términos se puede visualizar, a pesar de los cambios en la composición de la fuerza de trabajo sectorial, la persistencia de situaciones de *segregación vertical (por categorías)* y *horizontal (por tareas)*, produciéndose las relaciones típicas de los sectores "femeninos". En el caso de segregación vertical, esto es la diferencia entre los potenciales aspirantes a puestos de conducción y quienes efectivamente ocupan dichos cargos, las mujeres no acceden en general a cargos de conducción, por caso dirección de hospital, dirección de servicio. En la misma dirección, la segregación horizontal se da en que la demanda de trabajadoras mujeres se presenta en cargos y funciones asociadas con tareas reproductivas y que requieren cuidados maternos, por caso pediatría, enfermería, mucamas y todas aquellas que realizan trabajo voluntario; quedando segregadas actividades como cirugía, traumatología, cardiología¹⁴. Dado el mayor nivel educativo de las mujeres, esta situación puede atribuirse a la presencia de un "techo de cristal" (*glass ceilings*) para las mujeres.

Otra de las evidencias que se han podido obtener en el análisis es el *fenómeno de mayor incorporación de varones* se presenta en los *niveles técnicos* (especialmente en enfermería) y *semicalificados*, mientras que en los profesionales se visualiza una tendencia al *crecimiento de las ocupadas mujeres*, especialmente entre los *médicos*, tendencia que se relaciona con el crecimiento de la matrícula universitaria. Entre los factores que estarían explicando esta mayor incorporación de hombres, tres fueron claramente identificados: i) la *crisis del empleo* que llevó a los varones a ofertarse en este sector, ii) el supuesto mayor costo laboral de las mujeres por maternidad y el supuesto de mayores *indicadores de ausentismo entre las mujeres*, y iii) el *cambio en los patrones históricos de algunas ocupaciones* como el caso de la *enfermería*¹⁵.

Valga una primera aclaración en relación con el costo laboral de la maternidad. De acuerdo con el análisis de Berger y Szretter (2000), sobre costo laboral diferencial por sexo de los/as trabajadores asalariados privados, indica que el régimen de protección especial para la mujer trabajadora resulta en costos específicos que se originan en: i) licencia de maternidad (tanto por el propio permiso como por el eventual reemplazo de la trabajadora), ii) prestaciones asociadas con la atención del hijo/a, como el permiso de lactancia y iii) el servicio de guardería. Un costo adicional tiene relación con el supuesto que la mujer tiende a ausentarse del trabajo con mayor frecuencia que el hombre para atender posibles contingencias con sus hijos/as. El trabajo citado, basándose en estimaciones realizadas con información del aglomerado Gran Buenos Aires de la EPH, onda mayo de 1999, estima que el costo "adicional" de contratar mujeres representa alrededor del 1% del salario de las trabajadoras en el caso de empresa que cumplen con la legislación protectora y mantienen íntegramente registrado a su personal. Las empresas que tienen un plantel de empleadas registradas y no registradas, con una composición aproximada a la del conjunto de la economía, experimentan un costo por estos conceptos de 0,9% del salario de sus empleadas.

Sin embargo, el costo adicional de la protección del trabajo de las mujeres que representa 1,10% del salario femenino registrado, incluyendo un costo estimado de reemplazo en licencias de maternidad, declina a 0.80% del costo laboral respectivo. En parte, su incidencia diferencial se ve neutralizada en las cifras finales por el mayor costo masculino de los infortunios laborales y, en menor medida, del aguinaldo que resultan de las características del empleo por género (antigüedad y distribución por actividades económicas); (Berger y Szretter: 2000).

¹⁴ Estas situaciones discriminatorias han sido analizadas por la sociología de las profesiones como características de la estructura de la actividad médica, denominándola en forma genérica "modelo médico hegemónico".

¹⁵ En el caso de ésta última, por el lado de la oferta, las facilidades se presentan en tanto, para los niveles de menor calificación, como auxiliar de enfermería, sólo se requiere nivel educativo primario, más un curso de nueve meses de especialización.

Es decir, el argumento del “alto” costo de la maternidad resulta fácilmente rebatible. Sin embargo, se percibe que los empleadores no conocen con certeza la baja incidencia de la maternidad dentro de la estructura de costos, habiéndose arraigado como una suerte de evidencia irrefutable al momento de seleccionar personal, acentuando de éste forma mecanismos discriminatorios. Lo mismo sucede con la idea que las mujeres se ausentan más de sus puestos de trabajo. En primer lugar no existen indicadores desagregados por sexo que prueben esta afirmación. Claramente, los empleadores argumentan que no contratan mujeres porque “se embarazan” y por que se “ausentan mas”, ya que de acuerdo con la lógica de los arreglos familiares ellas son las que se quedan ante problemas de salud de sus hijos/as.

Las *modalidades de inserción laboral* en el sector salud, históricamente, fueron el trabajo en relación de dependencia o cuenta propia (trabajador/a autónomo). En el caso de la relación de dependencia suponía un contrato formal de trabajo, estable, bajo el principio de contrato por tiempo indeterminado y con todos los beneficios de la seguridad social. En la relación autónoma, no existía una subordinación jurídica a ningún empleador/a y podía ser una autonomía absoluta o relativa. La autonomía absoluta, que se presenta como más habitual entre los profesionales, es cuando dicho profesional fija las condiciones de la prestación y el tipo y monto de la retribución, pagándole sus honorarios el paciente directamente. En el caso de autonomía relativa, es el caso de los profesionales que atienden a beneficiarios de O.S. o de la medicina prepaga, percibiendo honorarios directamente de la institución de acuerdo con lo estipulado, en las disposiciones de la autoridad de reglamentación; o por vía de las instituciones médico-gremiales.

Luego del proceso de reforma y flexibilización laboral, al igual que en todos los sectores productivos, cambiaron las regulaciones para la contratación de los trabajadores/as sectoriales, aumentando las situaciones de *precariedad laboral*. En el caso de los *asalariados formales* en servicios médicos, se *efectúan descuentos jubilatorios al 61% de las asalariadas mujeres y al 56% de los varones*¹⁶. La diferencia es considerable si se compara con el total de la economía, en donde son mayoría los asalariados formales que no se le efectúan dichos descuentos (55%) no existiendo mayores diferencias entre varones y mujeres (55% y 56%) respectivamente.

En relación con el *nivel de ingresos* se observa que el *ingreso medio de las mujeres ocupadas en el sector salud en tareas de atención directa representa 73% del ingreso medio de los varones*¹⁷. Esta diferencia se explica principalmente por *la menor cantidad relativa de horas trabajadas por las mujeres*. De esta manera, la diferencia entre los ingresos de los varones y las mujeres se reduce notablemente si tomamos en cuenta el ingreso horario. En este caso, *el ingreso medio horario total de las mujeres ocupadas en el sector salud es 84.2% del ingreso medio horario total de los varones ocupados*.

Esta diferencia resulta notoria si se la compara con lo que sucede en el total de la economía, donde el ingreso horario medio de las mujeres ocupadas es similar al de los hombres, e incluso si se lo compara con lo que sucede entre los trabajadores asalariados, el ingreso medio horario de las mujeres representa 97% del ingreso medio horario de los varones. Este indicador de menor diferencia salarial debe ser considerado teniendo en cuenta principalmente los distintos niveles de calificación entre varones y mujeres.

Otra particularidad de los ocupados/as en servicios médicos y de sanidad es la participación mayoritaria de jefas mujeres (43.7% del total de jefes ocupados), proporción que resulta significativamente mayor que en el total de la economía (18.1% de jefas mujeres sobre el total de

¹⁶ Para su determinación el indicador que utiliza la EPH como "proxy" para verificar el no registro de empleo es la pregunta sobre la existencia o no de descuentos jubilatorios.

¹⁷ La información de ingresos se refiere sólo al aglomerado Gran Buenos Aires, onda Octubre 1999.

jefes ocupados)¹⁸. A su vez, la diferencia de ingresos también se reduce en el sector salud si consideramos el ingreso horario medio de los jefes ocupados en atención directa. En este caso, el ingreso medio horario de las jefas mujeres ocupadas representa 95.5% del ingreso medio horario de los jefes varones.

Un punto a indagar, ya que ninguna fuente recoge hasta el momento, es el pluriempleo, como una característica principal de los ocupados/as en tareas asistenciales. Históricamente esta situación era sumamente frecuente, pero en estos últimos cinco años se estima que ha descendido¹⁹. Este dato surge de las consultas a los informantes claves, en tanto señalan que la falta de trabajo es para todos por igual, y quienes en este momento mantendrían esta multiplicidad de empleos son mayoritariamente los médicos/as entre su labor principal y las guardias en sistemas de emergencias médicas. Esta situación es preocupante en tanto realizan jornadas de 48 a 72 hs ininterrumpidas, cuestión de alto riesgo tanto para el trabajador/a como para el paciente. Es decir, el hecho que perdure la situación de pluriempleo redundante directamente sobre la calidad del empleo y de la atención. Algo similar ocurre con las enfermeras/os, que extienden su jornada y realizan turnos consecutivos, lo cual se agrava en tanto existe déficit de enfermeras en todos los establecimientos, encontrándose sobrecargadas de trabajo.

Un aspecto necesario para analizar, y que debería motivar investigaciones futuras, es por ejemplo, qué niveles de calificación van a demandar el sector público y el privado. Por el momento, y ante los problemas que ha provocado la reestructuración señalada, se estaría demandando personal de tipo administrativo y de gerenciamiento. De este modo, hoy resulta comparativamente más valioso un administrador de empresas o un analista institucional que un médico/a cirujano/a o un técnico radiólogo.

2.2. LAS ESTIMACIONES DE OTRAS FUENTES

La fuente específica es el Catastro Nacional de Recursos Humanos en Salud (CANARESSA) de 1998 que tal como se señala en el anexo metodológico, hasta la fecha sólo cuenta con datos de 13 jurisdicciones provinciales y 9 ciudades capitales²⁰. El total de recursos humanos para dichas jurisdicciones es de 262.840 *cargos ocupados*. No se dispone de información desagregada por sexo. A título ilustrativo, la composición de los ocupados/as teniendo en cuenta esta cobertura parcial es la siguiente:

1. *Participación por sector*: se presentan fuertes diferencias regionales, coherente con la conformación de mercados locales de la salud en cada una de las provincias. De este modo, el sector público, que es mayoritario debido principalmente a que concentra a los servicios de salud transferidos, representa el 54.66% de los cargos; le sigue el sector privado, con el 41.10% y

¹⁸ En las entrevistas y prácticamente en forma unánime, se remarcó que en este sector no existe discriminación salarial, ya que toman como referencias las escalas salariales por categoría, que obviamente son iguales para ambos sexos sin tomar en cuenta otros indicadores (subocupación, calificación).

¹⁹ El pluriempleo se describe con detalle en Belmartino, et al (1989); Wainerman, y Geldstein, (1990) y Novick y Galin (1996). Este último trabajo se inclina por nuestra afirmación, señalando que del pluriempleo extendido se estaría pasando a una situación de desempleo. Otros señalan que no existiría desempleo en el sector, sino una disminución de la cantidad de puestos que se desempeñaban simultáneamente.

²⁰ Las provincias relevadas son Catamarca, Corrientes, Chaco, Chubut, Formosa, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego. También se consideran los departamentos Capital de otras 9 jurisdicciones (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, Misiones, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán). A esto se adiciona información sobre todos los establecimientos oficiales de la Provincia de Mendoza y todos los establecimientos con internación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

finalmente las Obras sociales con el 4.12% y las O.S. mixtas con una representación minoritaria: 0.13%.

2. *Estructura por tipo de cargo*: el mayor porcentaje es de profesionales, que representan el 43.5% del total relevado; le siguen los auxiliares que ocupan el 17.9% de los cargos, los técnicos, representados en un 12.3% y finalmente otros cargos, con el 26.2%.

Si bien no se pueden establecer relaciones generales debido a que esta información es incompleta, si se pueden indicar ciertas tendencias, tanto para el subsector público como para el privado.

En el caso del *Sector Público*, las jurisdicciones provinciales continúan como importantes tomadores de empleo y en menor medida en los municipios, como consecuencia de la transferencia de efectores descripta. Incluso más, luego de la implementación de la operatoria del Hospital Público de Autogestión es posible que si se lograra la competitividad deseada (aún no concretada) se incorpore nuevo personal.

En la misma dirección, los siguientes problemas fueron identificados al interior del hospital público: i) superposición de regímenes laborales y contractuales; ii) inexistencia de un estatuto o escalafón propio; iii) concentración de tareas y responsabilidades en manos del director del hospital; iv) falta de autonomía en las autoridades hospitalarias para la designación, escalafonamiento, niveles salariales y dimensionamiento de los planteles que dependen del poder central; v) falta de productividad del trabajo y calidad de la atención de los servicios, que remite necesariamente a los niveles de remuneración y de incentivos, y los sistemas de evaluación del desempeño; finalmente vi) los sistemas de capacitación y educación de los recursos humanos que no guardan relación con los perfiles de los egresados, como tampoco están diseñados en función de los objetivos que acompañan las reformas.

Otra de las situaciones señaladas en algunas entrevistas, es que el problema, por ejemplo ante la demanda de enfermeras profesionales o calificadas, no es de oferta como se presupone, sino de demanda, en tanto en el hospital público no se han abierto concursos ni cargos interinos desde 1992-93 y el porcentaje de contratados, (por tiempo o por tarea determinada), en opinión de los entrevistados/as, es menor.

En este mismo ejemplo para el *sector privado*, se señala que es más usual que se utilicen modalidades de contratación o empleo precario. Incluso más, una de las características del sector privado es por ejemplo la contratación de un plantel de técnicos y profesionales que aportan sus equipos, (radiología, tomografía computada) y son subcontratados o directamente se terciarizan dichos servicios. El punto central es que resulta mucho más difícil estimar el personal efectivamente ocupado/a en el sector privado, debido principalmente a estas figuras (terciarización, contratación, precarización).

Un punto a indagar aquí, para ambos sectores, y que ninguna fuente recoge hasta el momento, es el pluriempleo, como una característica principal de los ocupados/as en tareas asistenciales. Históricamente esta situación era sumamente frecuente, pero en estos últimos cinco años se estima que ha descendido²¹. Este dato surge de las consultas a los informantes claves, en tanto señalan que la falta de trabajo es para todos por igual, y quienes en este momento mantendrían esta multiplicidad de empleos son mayoritariamente los médicos/as entre su labor principal y las guardias en sistemas de emergencias médicas.

²¹ El pluriempleo se describe con detalle en Belmartino, et al (1989); Wainerman, y Geldstein, (1990) y Novick y Galin (1996). Este último trabajo se inclina por nuestra afirmación, señalando que del pluriempleo extendido se estaría pasando a una situación de desempleo. Otros consultados señalan que no existiría desempleo en el sector, sino una disminución de la cantidad de puestos que se desempeñaban simultáneamente.

Esta situación es preocupante en tanto realizan jornadas de 48 a 72 hs ininterrumpidas, cuestión de alto riesgo tanto para el trabajador/a como para el paciente. Es decir, el hecho que perdure la situación de pluriempleo redundando directamente sobre la calidad del empleo y de la atención. Algo similar ocurre con las enfermeras/os, que extienden su jornada y realizan turnos consecutivos, lo cual se agrava en tanto existe déficit de enfermeras en todos los establecimientos, encontrándose sobrecargadas de pacientes en cada turno²².

Un aspecto necesario para analizar, y que debería motivar investigaciones futuras, es por ejemplo, qué niveles de calificación van a demandar el sector público y el privado. Por el momento, y ante los problemas que ha provocado la reestructuración señalada, se estaría demandando personal de tipo administrativo y de gerenciamiento. De este modo, hoy resulta comparativamente más valioso un administrador de empresas o un analista institucional que un médico/a cirujano/a o un técnico radiólogo.

Otro estudio representativo es el de Abramzón (2000) que estima -de modo preliminar- que la fuerza de trabajo del sector en 1998, está compuesta por 440.100 ocupados/as de acuerdo a diversas categorías ocupacionales, clasificadas de la siguiente manera:

Cuadro 6 - Estimación de la fuerza de trabajo en salud - Año 1998

Categoría	Número
Médicos	108.000
Odontólogos	28.900
Farmacéuticos	15.300
Bioquímicos	11.110
Psicólogos	43.000
Kinesiólogos	9.800
Dietistas/Nutricionistas	5.300
Enfermeros/as	29.000
Auxiliares de Enfermería y empíricos	57.000
Ingenieros Sanitarios (*)	1.000
Trabajadores Sociales (*)	3.300
Veterinarios	13.000
Técnicos	11.100
Administrativos y Servicios Generales	103.500
TOTAL	440.100

(*) Datos de 1992

Fuente: Abramzón, M. (2000) *Argentina: Recursos Humanos en Salud*. Buenos Aires, Informe de Avance. Secretaría de Planificación, Universidad de Buenos Aires.

Este estudio representa un avance importante en términos de una estimación global del sistema. Existen casos específicos, como los médicos/as que se considera que están sobrestimados, aproximándose a un número que apenas alcanza los 100 mil profesionales en ejercicio. El mismo trabajo señala la imposibilidad de desagregar los datos por sexo debido a la falta de información confiable, existiendo únicamente estudios específicos referidos a grupos de profesionales, sin poder establecer conclusiones válidas para el conjunto de profesionales.

Finalmente Novick y Galin (1996) utilizaron como fuente el Censo Nacional Económico de 1994, el cual brinda información sobre puestos de trabajo ocupados en salud en todo el país. Esta fuente de

²² Esta situación fue descrita en forma prácticamente unánime por los entrevistados/as, y en algunos casos señalan que los médicos/as están realizando guardias domiciliarias que corresponden por calificación a las enfermeras/os, en la necesidad de un complemento de ingresos. Esto significa que en muchos casos se encuentran sobrecalificados para el puesto que desempeñan.

información presenta limitaciones, principalmente debido a que no releva datos de asalariados no registrados y tampoco cubre al total de establecimientos²³. De esta forma, en 1994 los puestos ocupados en salud eran los siguientes:

Cuadro 7 - Puestos de trabajo ocupados según categoría ocupacional de acuerdo con el Censo Económico Nacional - Año 1994

	Asalariados	No Asalariados	Personal de Agencias de Personal Temporario	TOTAL (valores Absolutos)
Hospitales, Sanatorios y Clínicas	92.97%	6.56%	0.47%	116.722
Médicos y Odontólogos	23.23%	76.61%	0.19%	84.791
Otras Actividades relacionadas con la salud	40.06%	59.94%	0.09%	43.734
TOTAL	59.43%	40.30%	0.16%	245.067

Fuente: Novick y Galin (1996) *Informe del Estudio de Relaciones Laborales en el Sector Salud*. Buenos Aires: Trabajo elaborado para la OPS/OMS, diciembre 1996. Mimeo.

A continuación se analizan los perfiles ocupacionales, niveles de especialización y de remuneración, afiliación gremial, diferenciando el personal ocupado/a en atención directa de quienes se desempeñan en actividades de tipo administrativas. Por último se presentan brevemente las instancias de formación de los recursos humanos en salud.

2.3. PERFILES OCUPACIONALES: TÍTULO Y NIVELES DE ESPECIALIZACIÓN

2.3.1. Las ocupadas y ocupados en Salud en atención directa y asistencial

Existen tres grandes grupos ocupacionales en el sector salud dedicados a labor asistencial. Se trata de los profesionales universitarios, trabajadores técnicos y los auxiliares y ayudantes²⁴. En cada uno de los perfiles, se analizan las particularidades, aunque en muy pocos casos se dispone de información desagregada por sexo.

⇒ LOS/AS PROFESIONALES DE LA SALUD

Son aquellos/as agentes que poseen título universitario expedidos por establecimientos universitarios con reconocimiento oficial. Representan un volumen importante en el conjunto de ocupados/as en el sector. La modalidad de contratación de los mismos es: asalariada (principalmente en el sector público provincial), contratos por tiempo determinado, por cuenta propia, sistema de residencias médicas y becas. Luego se encuentran los profesionales autónomos.

Entre los profesionales dedicados a la atención directa de la salud se encuentran:

- **MÉDICOS/AS:** constituye el grupo más representativo dentro del sector de profesionales. La información de Abramzón (2000) da cuenta que en 1998 existirían aproximadamente entre 80.000

²³ Los autores destacan que la importancia de esta fuente, radica en que a diferencia de la EPH presenta datos sobre los puestos de trabajo registrados resultando dicha diferencia significativa para la determinación del pluriempleo del sector salud. Así las estimaciones de este trabajo por EPH sobre la base de la onda Mayo de 1995 dan un total de 295.736 ocupados en salud para 21 aglomerados urbanos; Novick y Galin (1996).

²⁴ Se sigue aquí la clasificación de Geldstein y Wainerman (1989). El Clasificador Nacional de Ocupaciones divide en calificación: profesional, técnica y operativa.

a 100.000 graduados universitarios médicos en ejercicio. A pesar de no contar con datos desagregados por sexo, diversos estudios y las entrevistas señalan un crecimiento relativo de las mujeres en esta profesión. Algo similar ocurre en el sistema de residencias médicas que es la instancia de formación de posgrado en especialidades, en donde es considerable el aumento de la matrícula de mujeres médicas. Nuevamente existen resguardos en términos de las estimaciones realizadas²⁵, impidiendo deducir comportamientos racionales o situaciones de concentración en algunas provincias como consecuencia de políticas de estímulo, sino que es producto de una situación fragmentaria de los propios mercados locales de salud. Más precisamente se observa una concentración de médicos en zonas urbanas o en centros universitarios²⁶. Si se toman en cuenta indicadores como la relación médico/paciente, Argentina se encuentra sobrepoblada de profesionales médicos, superando la media de América Latina ya que las relaciones aceptables son de un médico/a cada 750-1000 habitantes.

Esta situación se invierte si se considera la relación enfermeros/as por médico, siendo los estándares internacionales aceptables de 3 enfermeros/as por médico, mientras que en Argentina hay aproximadamente 4-5 médicos por enfermera/o. Ante esta situación se presenta con mayor frecuencia casos de médicos/as que trabajan como enfermeros/as, ante la demanda de estos últimos, especialmente en atención domiciliaria. Esto es, la demanda de este nivel de calificación y la depreciación del salario médico lleva a situaciones de sobrecalificación para el puesto de trabajo, siendo en la mayoría de los casos, consecuencia de una situación de pluriempleo.

Existen numerosos estudios, desde la sociología de las profesiones, que analizan las particularidades que la estructura de poder de este tipo de carrera produce y del hospital como espacio que reproduce dicha estructura²⁷. Sin profundizar esta por cierto interesantísima línea, lo cual sería motivo de otro trabajo en particular, lo cierto es que describe un modelo patriarcal por excelencia, lindando en muchos casos con la misoginia.

Más allá de una mayor apertura que se ha producido en la profesión médica en términos de esta hegemonía de poder, al tiempo que la profesión ha sufrido una fuerte embestida principalmente por caída y devaluación de los salarios, no se han revertido las tendencias discriminatorias. Si bien en los últimos años han ingresado mujeres en especialidades "masculinas" (cirugía, cardiología), ellas no acceden por ejemplo, a la titularidad de la cátedra o a la dirección de un hospital (segregación vertical). Hay casos que llegan a conseguirlo, no sin lucha y a partir de concursos impugnados por discriminación, a la titularidad de cátedras en especialidades como pediatría o ginecología (por cierto "femeninas"). Esto significa que la discriminación en estos momentos no se da en el ingreso, sino es de tipo horizontal y vertical; variando el rango en cada especialidad²⁸.

²⁵ Se toman los datos de Abramzón (2000) que señala que la relación habitantes/médico presenta valores heterogéneos, ubicándose en un extremo la ciudad de Buenos Aires con 95 habitantes por médico y en el otro Tierra del Fuego con 962. Este último valor es impreciso debido a que se tomaron para el cálculo proyecciones de población de hace diez años, en una zona geográfica con fuertes cambios demográficos.

²⁶ Abramzón (2000) explica que las variaciones entre las estimaciones de 1992 y las de 1998, es que algunas han redundado en la disminución de médicos desde las provincias más pobres hacia centros más poblados, como una clara consecuencia de la crisis y recesión económica.

²⁷ Esta perspectiva incluye desde la descripción del conocimiento médico como factor de poder, signado por la misoginia de los profesionales de corte hipocrático, hasta la conceptualización del "modelo médico hegemónico" de Menendez. Para una revisión del campo de estudio de la sociología de las profesiones, véase Belmartino (1999).

²⁸ En las entrevistas se remarca esta situación, resultando interesantes afirmaciones como que las "...para cirugía o traumatología los pacientes prefieren que los opere un hombre antes que una mujer, ya que les tienen mas confianza....". Interesante que otro grupo de entrevistados por ejemplo señala que existe, "una neurocirujana destacada en estos momentos" casi como la excepción que confirma la regla.

Históricamente, el patrón de trabajo de los médicos fue el trabajo en *relación de dependencia*, modalidad que se mantiene principalmente en el sector público provincial, con el personal de planta, regulados por los regímenes vigentes en cada una de las provincias, y en general bajo el principio de "contrato por tiempo indeterminado", con una remuneración mensual fija y con jornadas semanales de 36 o de 24 horas, ya sea de planta o de guardia. Cabe recordar que desde 1993, y para el sector público, no se han abierto concursos para el ingreso al sector y en caso de las vacantes que se han producido pocas han sido cubiertas, y en ese caso lo han sido en forma interina, situación que se sigue prolongando indefinidamente²⁹.

En el marco del proceso de ajuste, la modalidad que se utiliza para implementar la reforma es vía ajustes de salario. Esto significa que particionan el salario, abonando un porcentaje por planilla de sueldos, otra parte como si fuera trabajador/a autónomo, debiendo para ello "facturar" al hospital, con el consiguiente pago de impuesto a las ganancias, y/o se les abona parte del sueldo con sistemas de ticket-canasta. En otros casos, se señala que existen diferencias salariales entre las mismas categorías en distintas jurisdicciones³⁰.

La otra modalidad usual es la de la *subcontratación*. El profesional o el técnico que trabaja en régimen de subcontratación está sujeto a la "subordinación" desde el punto de vista de la organización, sin que se establezca una relación de dependencia y además se lo considera inversamente como un trabajador/a "independiente". Esta modalidad ha crecido en forma vertiginosa en el sector salud, especialmente en profesionales y técnicos, por caso los radiólogos, técnicos de laboratorio. A esto se suma la *terciarización* de sectores completos, por caso servicio de anatomía patológica, laboratorio, etc. En los últimos años, se ha consolidado también otra modalidad que es la vinculación con una red o sistema de atención y derivación de pacientes.

En el caso de los profesionales *Autónomos o trabajo por cuenta propia*, se mantiene la modalidad de pago por prestación, independientemente de la regularidad de las tareas que desarrollan, ya sea que pacta mensualmente, semanalmente o por cada prestación, o por número de consultas, visitas domiciliarias, etc. Los aportes jubilatorios son a cargo del profesional. En muchos casos esas formas pueden incorporar especificaciones tan detalladas por parte del contratante, que la autonomía resulta ilusoria. Esto significa, que por un lado se encuentra la empresa y por el otro el profesional o técnico necesitado de un ingreso, produciéndose en la práctica una subordinación del contratado, disfrazando de esta forma un supuesto contrato entre iguales libremente aceptado por el contratado. A su vez este último es quien asume la totalidad de los riesgos. En el caso de la autonomía absoluta se mantiene en los consultorios ambulatorios o en el caso de prácticas quirúrgicas de alta complejidad, resultando sumamente variable el monto de los honorarios en función del prestigio del profesional, sin existir regulación alguna o parámetros de ningún tipo.

Otra de las modalidades de contratación y remuneración es el *sistema de residencias médicas* para profesionales graduados. Se trata de un sistema de capacitación intensiva en servicio, al cual se accede por concurso, y se financia la capacitación por medio de una remuneración. La duración varía entre tres y cuatro años, de acuerdo con la especialidad, y los valores van desde \$750 aproximadamente en primer año; hasta \$1100 en tercer o cuarto año, variando de acuerdo a la provincia pero en la mayoría de los casos son menores a estos valores.

Nuevamente, cabe destacar que el atributo que da consistencia a la autonomía de los profesionales en relación con la organización del trabajo es la *matrícula habilitante*, que delimita el campo de

²⁹ Cabe mencionar que en la ciudad de Buenos Aires se han denunciado recientemente la situación de los hospitales municipales, en donde por ejemplo el caso del Hospital Santojanni no funciona un centro obstétrico de alta complejidad inaugurado hace dos años, por la falta de designación de 22 enfermeras.

³⁰ Novick y Galin (1996) ponen como ejemplo, a profesionales contratados por la municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires quienes cobran entre un 40% y un 50% más que quienes se desempeñan en la Provincia de Buenos Aires.

ejercicio de la actividad y excluye a quienes no la poseen, y es otorgada por las organizaciones corporativas profesionales (Colegio Médico, Consejo Médico, etc.). Estas organizaciones también desempeñan tareas gremiales para los profesionales de la salud en general y se encuentran conformadas por tres niveles:

1. *Organizaciones de primer nivel: Colegios profesionales.* El rol de estas organizaciones es sumamente importante en tanto otorgan la matrícula que habilita al ejercicio profesional. Esta facultad es otorgada a estas entidades por delegación de facultades del Ministerio de Salud de cada provincia. También administran las cajas de previsión social y seguro, de afiliación obligatoria para todos los matriculados/as. Ambos requisitos son imprescindibles para el ejercicio profesional, para trabajar en el ámbito privado y/o en relación de dependencia. Realizan actividades de controlar del ejercicio profesional, tribunal de disciplina en materia de ética médica y otros aspectos fundamentales para la habilitación del ejercicio profesional. En el caso de los médicos/as se agrupan en los colegios médicos provinciales, con lo cual existen al menos 24 y en algunos casos existe un Consejo Médico que, por ejemplo, en algunas provincias otorga el título de especialista. A su vez los odontólogos, farmacéuticos, psicólogos, y demás profesionales están agrupados en sus propios Colegios Profesionales (Colegio de Farmacéuticos, de Bioquímicos, de Psicólogos, etc.).
 2. *Organizaciones de segundo nivel: federaciones.* A su vez, los diversos colegios médicos provinciales, se agrupan en las Federaciones provinciales, por caso Federación Médica de Buenos Aires (FEMEBA).
 3. *Organizaciones de tercer nivel: las confederaciones.* Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), en el caso de los Farmacéuticos en la COFA, los odontólogos en CORA y los bioquímicos en la Confederación Unificada de Bioquímicos de la Argentina (CUBRA). Estas organizaciones se encargan de la sistematización y compatibilización a nivel nacional, de cuestiones referidas al ejercicio profesional, al funcionamiento de los sistemas de seguro, las cajas previsionales, etc.
- **ODONTÓLOGOS/AS:** esta carrera históricamente concentra una importante cantidad de mujeres, entre otras razones porque puede ser desempeñada en el hogar y en forma privada, acordando sistemas de prestaciones con prepagas o con convenios de Obras Sociales. Ahora bien, esta posibilidad de instalar su propio consultorio requiere una importante inversión en capital, inversión que se efectúa desde la carrera de grado, con lo cual la variable clase social es determinante en la elección. En los últimos años aumentó la tendencia a la especialización en esta carrera. Nuevamente no existen datos desagregados por sexo, estimándose que el total de odontólogos en 1998 era de 28.900. Aquí la relación habitante/odontólogo para el total del país es de 1267 en el año 2000³¹.
 - **FARMACÉUTICOS/AS:** también se la puede considerar como "típicamente" femenina, relacionada con el comercio y con la posibilidad de su desempeño en condiciones de localización favorable, en la mayoría de los casos en el propio ámbito del hogar. Esta profesión ha cambiado su perfil en la práctica, a partir del proceso de desregulación de la actividad farmacéutica, ya que los productos que se comercializan en una farmacia no son únicamente medicamentos, sino de todo tipo, especialmente de perfumería y afines. Esta desregulación aumentó los requerimientos de capital, al tiempo que se conformaron cadenas de farmacias, muchas de ellas de capitales extranjeros, con lo cual están desapareciendo las farmacias pequeñas (emprendimientos familiares o unipersonales) y los farmacéuticos están empleados bajo relación de dependencia,

³¹ En la Ciudad de Buenos Aires la relación sería de 367 habitantes por odontólogo, Abramzón (2000).

en el mejor de los casos, de este tipo de empresas de ventas de medicamentos. En 1998 se estimaba que había 15.300 farmacéuticos/as en Argentina y aproximadamente 12000 farmacias.

- **BIOQUÍMICOS/AS:** La bioquímica también atrae muchas mujeres por la particularidad de tareas con cierto grado de discontinuidad, que combinan la atención directa al paciente (extracción sanguínea, recepción de material biológico) y las tareas de laboratorio propiamente dicho que se realizan bajo una modalidad de puertas cerradas. A ello debe agregarse las tareas de investigación a partir del amplio desarrollo que han tenido en los últimos años campos como la genética, la inmunología, etc, con lo cual el espectro de especialización es cada vez mayor. Las modalidades de trabajo son de cuenta propia o en relación de dependencia dentro de un efector o en la industria o en investigación. En 1998 existían aproximadamente 1.110 bioquímicos en todo el país.
- **DIETISTAS/NUTRICIONISTAS:** Esta profesión puede considerársela como netamente "femenina", ya que reúne tareas de tipo reproductivas (cuidado de la alimentación y de la salud). Nuevamente no se conoce a ciencia cierta la cantidad de mujeres con este título, pero se estima que en más de un 90% la matrícula es femenina. Aquí cabe destacar las acciones permanentes que emprenden las diversas asociaciones de profesionales (Federación Argentina de Graduados en Nutrición, Sociedad Argentina de Nutrición, entre otras) en aras de lograr un reconocimiento de la importancia de esta profesión. Aproximadamente hay 5.300 dietistas/nutricionistas. De acuerdo con datos de FATSA (entidad gremial que nuclea a los trabajadores/as privados) en 1999 hay 3.734 nutricionistas desempeñándose en el sector privado.
- **KINESIÓLOGOS/AS:** Por el contrario, esta profesión resultaba atractiva para los hombres, entre otras razones debido al uso de la fuerza física para el tratamiento y rehabilitación de los/as pacientes. Solo se conocen datos globales (9.800 kinesiólogos/as en 1998) aunque los entrevistados/as señalan una importante incorporación de mujeres, como consecuencia a su vez de la mayor especialización e incorporación de tecnología de diagnóstico y tratamiento, habiendo perdido peso el argumento discriminatorio de mayor fuerza física.
- **PSICÓLOGOS/AS:** el campo de la salud mental y los niveles de especialización que ha adquirido en los últimos años, han logrado una expansión de la carrera de psicología. Tradicionalmente, se conformaba como una carrera también atractiva para mujeres, mientras que los hombres accedían a la psiquiatría, claramente por una descalificación de la primera. Sin embargo, y a pesar de no tener datos desagregados por sexo, se ha producido un crecimiento importante en los egresados: mientras que en 1992 se estimaba en 32.000 personas, en 1998 existirían 43.000 psicólogos en Argentina. En su mayoría desarrollan su actividad a partir de la práctica clínica, en forma autónoma o en relación de dependencia en instituciones de salud, sociales, públicas y privadas.
- **TRABAJADORES SOCIALES:** Se la considera como una de las categorías "no tradicionales" dentro del campo de las ciencias de la salud, que ha pasado por diversas etapas, que van desde considerarla como una actividad ligada a lo caritativo-filantrópico, pasando por lo asistencial y en los últimos años por lo promocional. A grandes rasgos se considera que el ámbito de trabajo lo constituyen las interacciones sociales vinculadas con las condiciones de vida, vivienda, salud, educación, etc. pero interviene precisamente cuando aparecen obstáculos para la producción o reproducción social. También atrae a muchas mujeres, tanto para el trabajo asistencial como para las tareas de investigación y docencia. Su forma de inserción es en general en relación de dependencia en alguna institución asistencial pública o privada, en ONGS o en el ámbito universitario. En el caso del sector público, la mayoría de los hospitales cuentan con un equipo de trabajadoras sociales y como consecuencia de la reforma del Hospital de Autogestión estarían desempeñando un papel clave en la determinación de la población "indigente", aunque como se

señaló en el capítulo segundo no se conocen datos al respecto. Se estima que en 1992 eran más de 4000 los/as profesionales en ejercicio. Se desconoce cuántos se desempeñan específicamente en salud.

- **INGENIEROS/AS SANITARIOS:** el desarrollo de esta rama de la ingeniería ha tomado importancia significativa en los últimos años, como campo de desarrollo profesional relacionado especialmente con el sector privado, ante los requerimientos de infraestructura adecuada para las nuevas tecnologías, o para hotelería sanitaria. También tienen competencia sobre cuestiones de infraestructura ambiental. Se estructura como Carrera de especialización en Ingeniería Sanitaria y si bien no se cuenta con datos actuales, superarían los mil profesionales en ejercicio.

⇒ **TÉCNICOS**

Aquí se incluyen a quienes han completado estudios formales de nivel medio o secundario, poseen una formación específica y sistemática de nivel terciario. Este grupo incluye a las/os enfermeras/os (se excluyen las licenciaturas que dan título profesional); técnicos radiólogos, de laboratorio, de farmacia, de hemoterapia, en hispatología, a los instrumentadores y terapeuta ocupacional.

De acuerdo con datos proporcionados por FATSA en el sector privado hay 191.745 personas desempeñándose como técnicos y en servicios generales (auxiliares), de los cuales, el 71% son mujeres (135.747) y el 29% varones (55.878). Quedan excluidos quienes se desempeñan en el sector público.

Los *técnicos*, especialmente *radiólogos*, *informáticos*, etc. estarían comprendidos mayoritariamente en un régimen de autonomía relativa (pactando una retribución por producto o por cantidad de horas) o en relación de dependencia en el sector privado o público. De acuerdo con el Convenios Colectivos para los técnicos del *sector privado* se fija una remuneración básica inicial. Esta remuneración básica se incrementa por la antigüedad y ciertas remuneraciones extras, y va en un rango desde \$428 a Obstetras e instrumentadoras, \$384 un cabo/a de cirugía, hasta un ayudante de radiología cuya remuneración es de \$ 352 y una mucama de piso percibe de básico \$300³². Nótese que en términos de salarios básicos, la escala entre la remuneración de un técnico con un auxiliar no guarda diferencia, resultando si diferente en relación con el neto de bolsillo que percibe uno y otro. A continuación se describen las particularidades de cada uno de los técnicos dedicados a atención directa.

⇒ **LAS TRABAJADORAS SANITARIAS POR EXCELENCIA: LAS ENFERMERAS**

La enfermería es una de las profesiones sin lugar a dudas netamente "femenina". Sin embargo, los diversos estudios que analizan las primitivas formas de organización de la enfermería en Argentina a fines de 1800 muestran cómo esta profesión fue feminizándose con el tiempo, y con la lucha de las mujeres, especialmente de Cecilia Grierson. El hecho consumado de la feminización es una ordenanza de 1914 -para los 9 hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires- que comienza a emplear mujeres en salas de varones. Así utilizando el modelo vigente en Inglaterra es que en 1915, varios hospitales habían comenzado a sustituir varones por mujeres³³.

³² Esta remuneración se denominada corrientemente como "básico de convenio" que es la remuneración básica inicial de cada categoría, que se va incrementando anualmente, de acuerdo a la antigüedad. Estos salarios son fijados en lo Convenios Colectivos, que en el sector salud, la última escala de básicos es de Abril del 1994 (CC 108/75). En los mismos se establecen criterios de aumentos de productividad para acordar incrementos salariales, estableciendo entre sus objetivos la disminución de los costos (sin aclarar metodologías ni metas preestablecidas) y la creación de mecanismos de autocomposición (o de arbitraje) de conflictos a cambio de aumentos salariales, Novick y Galin (1996).

³³ Tal como señalan Wainerman y Binstock (1994) la enfermería en la ciudad de Buenos Aires "no nació sino que se constituyó femenina", entre 1912-1916. Es por ello que su rol de género no es consustancial sino que obedece a representaciones culturales y sociales, al igual que necesidades cambiantes en el tiempo.

Es decir, la enfermería no surge como profesión femenina sino que se va constituyendo en la práctica y con el rol que cumplen las escuelas de enfermería. Sin entrar aquí en un análisis histórico de la conformación de la profesión, que sin duda es apasionante, se puede mencionar que esta actividad se desarrolló a partir de un proceso que fue pasando desde la presencia de personal empírico, formado en el puesto de trabajo, hacia su profesionalización³⁴. Es a partir de la década del 60 en adelante, que comienza la regulación de la actividad a partir de exigir como requisito para el ejercicio de la enfermería, una formación adecuada en un instituto educativo. De esta forma se comienza a excluir a las empíricas, fijándose tres niveles de calificación: licenciadas, diplomados o profesionales y auxiliares.

En los últimos años, se detectaron tres tendencias centrales: profesionalización, descalificación e ingreso de varones³⁵. Estos fenómenos se presentan en una misma secuencia: a la necesidad de calificar a todo el plantel de enfermeras, a partir de una formación especializada, se le sumaron acciones para revertir la descalificación de la actividad. La descalificación del personal de enfermería (y no del puesto de trabajo) refiere a un cambio en el perfil de calificación del personal, como consecuencia de un aumento del volumen del personal auxiliar de enfermería junto con un descenso de los profesionales. Esto significa que los descensos en los niveles de calificación, implican una disminución relativa del personal profesional y un aumento simultáneo del personal auxiliar. A ello se le debe agregar que se produjo un ingreso de varones, especialmente en los niveles auxiliares.

En primer lugar, la incorporación de varones a la profesión no es negativa, por el contrario, presenta efectos beneficiosos sobre el déficit de mano de obra del sector, además del cambio que puede producir en la definición social de la enfermería que deje de concebirla como "naturalmente" femenina. Sin embargo, en entrevistas sostenidas con enfermeras, señalan como preocupante que mientras perduren situaciones de discriminación (la consideración del enfermero varón como homosexual), el ingreso de varones sólo va a contribuir a reproducir pautas del modelo médico hegemónico.

Asimismo se identifica como problemas acuciantes de la profesión³⁶, a los siguientes:

- En primer lugar, la enfermería se considera una ocupación de alto riesgo, con un amplio perfil de daños para quienes la ejercen: altas cargas físicas (sobreesfuerzo físico, exposiciones a contaminantes) y psicológicas.
- Existe un déficit sostenido de personal, tanto en la ciudad de Buenos Aires, como de todo el país; en el marco de una insuficiencia de recursos en relación con la demanda asistencial y las coberturas asignadas.
- Para cuantificar lo anterior, por convenio colectivo del sector privado (CC 122/75) se establece que a cada enfermera debe asignársele hasta doce camas para su atención y si es sala de terapia intensiva hasta cuatro camas por enfermera. En los hechos, tanto para el sector público como privado se señalan que las salas comunes atienden más de 20 camas por enfermera, mientras que las de terapia intensiva más de diez camas por enfermera.
- Un punto central, que se relaciona con la descalificación, tiene que ver con la heterogeneidad de la formación del personal: multiplicidad de escuelas (imparten formación de diferente calidad y

³⁴ La primera escuela de enfermería fue fundada por Cecilia Grierson en 1860. El programa tenía dos años de duración, al concluir el primer año se otorgaba el título de asistente y en el segundo el de enfermero/a, Wainerman y Binstock (1994).

³⁵ Wainerman y Binstock (1994) señalan que en años recientes hubo un crecimiento geométrico del número de auxiliares, y uno aritmético de profesionales. Asimismo detectaron, en la ciudad de Buenos Aires, un crecimiento relativo del ingreso de los varones a la enfermería además de un aumento en la preocupación por la descalificación. En las entrevistas realizadas estas dos cuestiones fueron mencionadas claramente.

³⁶ Problemas similares fueron detectados por Wainerman y Binstock (1994) y en el caso chileno por Avendaño et al (1997). En este último trabajo se habla de un perfil de daños se caracteriza por los siguientes componentes: -daño por sobreesfuerzo, especialmente en la región lumbar; -daño reproductivo y aborto, -infecciones; -enfermedades físicas; -trastornos del ciclo del sueño-vigilia, -cefaleas, -trastornos alimentarios asociados al sistema de trabajo de turno noche; -tensión emocional asociada al stress, expresadas en síntomas de ansiedad, angustia, nervios; -la doble jornada implica una carga de trabajo extra y no logran recuperarse del desgaste.

muchas de ellas ni siquiera cumplen con los contenidos mínimos), a la par que existen pocas oportunidades de formación continua³⁷.

- La legislación vigente en el sector no es adecuada y no regula una serie de aspectos fundamentales del ejercicio profesional y la reglamentación sobre horarios, responsabilidades, tareas, etc. A ello se debe sumar el hecho que existe, en el caso del sector público, una extrema rigidez administrativa en los cargos y en los mecanismos de ascensos y categorizaciones.
- El stress propio de la actividad se agudiza teniendo en cuenta las malas condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras, debido principalmente a la baja remuneración que las obliga a tener doble o triple jornada, horarios extremos, nocturnos, trabajo en fin de semana, y especialmente descuidar su vida privada³⁸. A ello se le agrega que es un trabajo rutinario, fragmentario y estereotipado, muchas veces organizado en tareas individuales
- Al interior del sistema, existe una escasa diferenciación salarial, de funciones, y responsabilidades entre categorías con diferentes niveles de calificación, como una enfermera de terapia intensiva o de psiquiatría³⁹.
- Falta de reconocimiento social por médicos, pacientes y familiares⁴⁰.
- En términos de oferta, la relación enfermeros/as por médico, es marcadamente inferior a los estándares internacionales aceptables de 3 enfermeros/as por médico, ya que en Argentina hay aproximadamente 4-5 médicos por enfermera/o.
- Se estima que en 1998 se desempeñaban 23,8 enfermeros cada 10.000 habitantes de los cuales 8 de ellos tienen una licenciatura. A su vez la relación enfermero/a por médico es de 0.8, lo cual habla del profundo déficit de mano de obra en la enfermería. Abramzon (2000)

Las problemáticas anteriormente señaladas estarían afectando a 29.000 enfermeras/os profesionales y a 57.000 auxiliares de enfermería. En el caso de la ciudad de Buenos Aires, existen 33 hospitales que cuentan todos con el sistema de residencias médicas, además de 30 centros de salud que también cuentan con sistema de residencias. En 1996 tenían 6445 enfermeras y en el 2000 se habían reducido 6000. Esta disminución fue por altas de jubilación, muertes, retiro voluntario y en algunos casos remoción. De los datos del 2000 el 79,52% son mujeres, y el 20,48% varones. En cargos de conducción el 79,31% son mujeres y el 20,69% varones⁴¹.

⇒ OTROS TÉCNICOS

Las especialidades de técnico radiólogo, de diálisis, de laboratorio, etc. en general son tareas que han desempeñado más los hombres, especialmente la radiología, aunque en las últimas décadas las mujeres han alcanzado a más de la mitad de los ocupados/as en este tipo de tareas.

De acuerdo con datos proporcionados por la Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad, se desempeñan en el sector privado, a nivel nacional, 686 técnicos radiólogos, 3652 técnicos de laboratorio, sólo 10 técnicos en diálisis. Estos datos se encuentran subestimados, especialmente los radiólogos (FATSA: 2000). Del sector público no se cuenta con datos desagregados.

³⁷ Las entrevistadas enfatizaron que la apertura de escuelas privadas para la formación de auxiliares, sin un verdadero control curricular por parte del Ministerio de Educación y sin cumplir con las exigencias médicas han distorsionado el nivel formativo.

³⁸ En las entrevistas realizadas a enfermeras, se hizo expresa mención a la cantidad de mujeres jefas de hogar, y al alto índice de divorcios, argumentando las entrevistadas que *"la filosofía de esta profesión es ayudar a otro, con lo cual se deja de lado al marido, y esto termina en una separación.."*

³⁹ En el caso del sector privado, una de las modificaciones suscriptas en 1992 al CC108/75 establece que si el empleador clasifica a la enfermera como "polivalente" (enfermera-enfermera especializada) percibirá las remuneraciones de enfermera especializada.

⁴⁰ Resulta interesante que ante la pregunta de si registraban casos de "acoso sexual" respondieron que no, luego reflexionaron y concluyeron que existen situaciones de presión y de violencia psicológica por parte del médico jefe de servicio y allí manifestaron que existe claramente discriminación, en tanto *"los médicos nos gritan a nosotras pero con los varones, especialmente si son grandes y fuertes, les piden de buen modo.."*

⁴¹ Fuente: Dirección de Enfermería. Secretaria de Salud, GCBA, Buenos Aires, julio de 2000.

Los *técnicos y auxiliares de la salud*, se agrupan en dos grandes sindicatos, de acuerdo con la jurisdicción:

1. *Empleados/as del sector público*: existen dos grandes sindicatos que actúan en todo el país que agrupan a los trabajadores del sector público: educación, salud, administración pública, etc.. Por un lado se encuentra la Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN) y por el otro la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE). Estas a su vez integran las Confederaciones gremiales de tercer grado. La UPCN conforma la Confederación General del Trabajo (CGT), central obrera histórica, y en los últimos años surgió la Central de Trabajadores Argentinos (CTA), de signo opositor a las políticas de ajuste y que busca conformar un nuevo modelo de sindicalismo. ATE es uno de los principales gremios que la integran. Tanto la CGT como ATE tienen un departamento de la Mujer.
2. *Empleados/as del sector privado*: i) entre los sindicatos, el de mayor número de afiliados es la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), con cobertura nacional, ii) en el segundo nivel se agrupan en la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina, (FATSA), que efectúa las negociaciones colectivas a nivel nacional. También cuenta con un área específica dedicada a la Mujer.

En relación con este último aspecto, nuevamente llama la atención la escasa participación de la mujer en la actividad sindical en un sector mayoritariamente femenino. Esto es común a toda la estructura del movimiento sindical argentino, el cual es mayoritariamente masculino, salvo el caso del sindicato de docentes o aeronavegantes. A pesar de la cantidad de asociaciones gremiales que existen, de diverso rango, hay pocos antecedentes, tanto en los profesionales, como en el sector de los técnicos y auxiliares de una participación de las trabajadoras y pocas se encuentran en cargos de conducción. Donde se desempeñan más mujeres es al frente de las delegaciones provinciales o regionales, o en las comisiones directivas, esto es, en las segundas y terceras líneas⁴². En otros términos, la participación gremial ha sido mucho más lenta que la feminización de la fuerza de trabajo sectorial.

Por otra parte, otro dato de relevancia es que no hubo casi negociaciones colectivas, en los últimos años, manteniéndose vigentes -en el caso del sector privado- los Convenios Colectivos firmados en 1975, con modificaciones parciales entre 1990-94, especialmente en términos de salarios básicos. Por el sector privado es la Federación de Trabajadores de la Sanidad Argentina quien negocia con múltiples empleadores y acuerda los distintos convenios por cada grupo de empleadores/as. De este modo, los convenios vigentes son los siguientes: i) CC 122/75: firmado con la Confederación Argentina de Clínicas Sanatorios y Hospitales Privados; Cámara de instituciones médico asistenciales de la República Argentina (CIMARA); Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos y Asociación Civil de Clínicas y Sanatorios Privados de Neuropsiquiatría, que regula las relaciones con personal administrativo, técnico y geriátrico; ii) CC 108/75: firmado con la Confederación General de Mutualidades, Asociación de Institutos y organizaciones médicas sin internación y Colmegna SACyF; que regula las relaciones laborales de dependencia en consultorios. iii) CC 103: firmado con la Asociación de Hospitales de Comunidad; y regula las relaciones laborales en los hospitales privados; iv) CC 42/89 con Federación de Droguerías de la República Argentina y los Laboratorios; v) CC 120/75 que regula al personal de Droguerías y vi) CC 107/75: acordado con las asociaciones de Mutualidades.

En todos los convenios del sector privado se establece la cláusula de "distribución de tareas por sexo", estableciendo que la dirección de cada establecimiento regula las tareas teniendo en cuenta

⁴² En consulta con dirigentes sindicales, no hay interpretaciones unidireccionales, algunos manifiestan que ha disminuido la participación sindical tanto de hombres como de mujeres, mientras que otros señalan que cada año ingresan más trabajadores/as, especialmente jóvenes.

"que sean compatibles con el sexo del personal. Si hubiere discrepancias sobre determinadas tareas, se llevará el dictamen a la comisión paritaria de Interpretación, no debiéndose realizar la tarea impugnada hasta tanto no se expida la comisión". Asimismo se establece -siguiendo la ley de contrato de Trabajo- la obligación de los establecimientos de la sala maternal y en el caso que el número de mujeres sea inferior al número legal (que se debía establecer en la reglamentación, pero nunca sucedió), deberán los empleadores/as abonar a las madres mensualmente y por hijo una "suma mensual equivalente al 50% del sueldo básico de la categoría vigente a la fecha de pago". Actualmente sería aproximadamente entre 100 y 150 pesos, pero se desconoce el efectivo cumplimiento de esta disposición.

Los procesos de regulación colectiva de las relaciones laborales (negociaciones, acuerdos, conflictos) a pesar de su trascendencia resultan de difícil indagación. Hasta el momento no fue posible acceder a los nuevos convenios por empresa que se han firmado en el sector salud, pero se presume que los mismos están modificando aspectos importantes, como recorte salarial, la duración de la jornada del trabajo, modificaciones en la rotación de los horarios de trabajo, horas extras contabilizadas solo en el 50% o como horas normales, entre otras disposiciones⁴³. Es decir, gran parte de la flexibilización laboral descripta se incorpora vía acuerdo colectivo por empresa.

⇒ AUXILIARES Y AYUDANTES

Este grupo es sumamente heterogéneo, ya que el requisito para ocupar el puesto es que deben desempeñar ocupaciones correspondientes al nivel de auxiliar o cargo operativo, que requiere educación primaria más un curso habilitante específico, por lo general de un año o dos de duración. Aquí se encuadran los *auxiliares de enfermería, el ayudante de enfermería, asistentes dentales, auxiliar de laboratorio y las agentes sanitarias*.

La mayor cantidad de auxiliares son los de enfermería, a pesar del proceso de profesionalización descripto, persisten las empíricas, muchas de ellas siguen ocupando sus puestos en tanto no se han jubilado. En 1999 existían 693 auxiliares desempeñándose en el sector privado⁴⁴. En el sector público son muchas más las auxiliares, especialmente en provincias donde el déficit de mano de obra en salud es alto.

Por el contrario, el desempeño como ayudante no requiere estudios formales ni capacitación específica, la formación es fruto del entrenamiento en el puesto de trabajo y de tipo empírico. Se engloba aquí la categoría de servicios generales, que comprende: *limpieza, cocina, seguridad, choferes y mantenimiento*. De acuerdo con datos de FATSA, en el sector privado se empleaban 19.940 mucamas, 14.906 personal de maestranza y mantenimiento, 1158 choferes, 946 personal para el lavado de ropa, 2326 cocineros/as, 38114 operarios, 979 empleados no calificados, sólo 8 personas de seguridad y 7 cadetes.

Es en este conjunto de actividades, en donde se produjo un cambio importante en términos de ocupación, ya que se vienen desarrollando procesos de terciarización y privatización, tanto en establecimientos públicos como privados. El cambio está precisamente en que se prescindió del personal de planta o permanente y se contrata a empresas privadas para que realicen estas tareas. Este fenómeno se aplica tanto al sector público como privado. La diferencia es que esta

⁴³ Novick y Galin (1996) destacan que en estos acuerdos de empresa se negocia en algunos casos la disminución de salarios y en particular la forma de liquidación del beneficio de la antigüedad (que por convenio era del 2% por año). Se establece también cambios en la estructura y composición del tiempo de trabajo, y por ende de los equipos (disminución de la dotación de las guardias nocturnas, etc; ajustes de personal por tasa efectiva de ocupación del establecimiento).

⁴⁴FATSA (2000). Resulta interesante que los representantes gremiales señalan que resultó difícil la convocatoria a las empíricas y auxiliares para que realicen el curso de enfermería que dicta el sindicato. La resistencia venía ya que las empíricas consideraban que se estaba poniendo en discusión su saber, respondiendo "*para que quiero hacer yo un curso, si soy la que mejor canaliza suero de la sala..*".

subcontratación se extiende a los servicios de ambulancia y en otros también alcanza al laboratorio y diagnóstico por imágenes.

En principio, ninguna de estas empresas tiene personal auxiliar en relación de dependencia, se utilizan sistemas de contratos por tiempo determinado, período de prueba, o la práctica más común, que es la falta de registro de la contratación de cualquier tipo, sin ninguna clase de aporte a la seguridad social (precarización)⁴⁵.

Desde la reforma, se deben sumar todas aquellas modalidades de contratación bajo la forma de contratos "promovidos" como las pasantías, o contratos de aprendizaje, o bien aquellos contratados bajo regímenes particulares como los correspondientes a las Pequeñas empresas o unipersonales como los consultorios médicos. Se subraya que esta modalidades, no se aplica únicamente al personal sin calificación, sino que se extiende a toda la población activa en el sector, desde profesionales a no calificados. Una vez más, mientras más oferta y menor demanda de trabajo hay, y los indicadores de desocupación crecen, más fácil resulta acceder al mercado de trabajo por la vía precarizada. Y aquí claramente las mujeres son las más perjudicadas, sea por la intermitencia en su participación en el mercado de trabajo, sea por la descalificación que tienen algunas profesiones y el proceso de obsolescencia de las capacidades, pero comparativamente resulta más fácil que las mujeres trabajen en forma precaria.

Lo anterior puede relacionarse con la discontinuidad e intermitencia característica de la vida laboral de las mujeres, la que coincide con el ingreso y reingreso a la actividad en función de los ciclos vitales (casamiento, maternidad, etc). En un estudio reciente, se comprueba que la intermitencia es un rasgo relativamente común entre las mujeres en el Gran Buenos Aires (GBA)⁴⁶. De este modo se verifica que la intermitencia es mayor entre las mujeres con baja educación, entre las jóvenes transitando hacia la adultez y entre quienes están en la etapa de retiro de la fuerza de trabajo. Asimismo la intermitencia es habitual entre mujeres con compañero presente en el hogar y con hijos/as (en especial de corta edad), pero esta situación se ve mediatizada por la condición socioeconómica del hogar. Las mujeres casadas de nivel socioeconómico medio presentan mayor probabilidad de permanecer establemente en el mercado de trabajo, ya que su medio les permite el acceso a servicios pagos para el cuidado de los hijos/as y las tareas domésticas.

Además de su vinculación con los cambios en el ciclo de vida individual y familiar se observa una asociación muy fuerte entre intermitencia y características de los empleos. Las mujeres con trayectorias laborales inestables trabajan por un número de horas significativamente menor, se desempeñan en sectores de baja productividad, de fácil acceso y en condiciones de trabajo informales. Aún manteniendo constante el efecto de las características familiares, este tipo de ocupaciones resulta un predictor significativo de la probabilidad de cambiar de condición de actividad durante intervalos temporales de corta duración.

Por último, y como forma intermedia de contratación, entre el contrato formal de trabajo y la precarización se está haciendo uso del *período de prueba*, que si bien se solía utilizar para algunas categorías profesionales de bajo nivel de calificación, ahora se ha extendido a todas los niveles de

⁴⁵ En las entrevistas personales, se afirma la falta de registro de contratos para el personal de estas empresas, con la consiguiente eximición de responsabilidad por accidente y/o enfermedad, cuestiones centrales en este tipo de tareas. Además se puso énfasis en señalar la falta de cumplimiento de las normas mínimas de bioseguridad, y la escasa capacitación que recibe el personal en este tipo de actividades de alto riesgo.

⁴⁶ Cerrutti (2000) utilizando técnicas econométricas que aplica a cuatro relevamientos consecutivos de la EPH (de octubre de 1991 a octubre de 1994), realiza un análisis de la intermitencia laboral de las mujeres en el GBA, en términos de cambios recurrentes en su condición de actividad aún en períodos de corta duración.

calificación, con lo cual incrementa los niveles de rotación del personal, y la disminución del costo laboral. No hay registros de la utilización de este tipo de modalidad⁴⁷.

Las consecuencias para el propio personal auxiliar son sumamente adversas. Además del perjuicio intrínseco a la falta de vínculo legal de trabajo, se le suma el tipo de tarea de alto riesgo, como es la manipulación de residuos patológicos peligrosos, posibilidad de infecciones hospitalarias, etc. Lo preocupante aquí, es que esto se conoce por quienes están involucrados en el sistema, pero no hay controles adecuados y firmes para obligar a estas empresas a regularizar la situación con el personal, ni exigirles el cumplimiento de un plan de higiene y seguridad en el trabajo⁴⁸.

Lo anterior se agrava aún más si la trabajadora es mujer, ya que existe una suerte de "*cláusula*" de contratación (*virtual*) que les "*exige*" no quedar embarazadas, a riesgo de perder el empleo. Valga como ejemplo que una joven empleada de estas empresas de limpieza, tuvo su hijo en el baño de un hospital en el interior del país, bajo un estado de shock si era descubierta por los responsables de la empresa.

Estas situaciones deben movilizar en *forma urgente acciones para regularizar la situación de los auxiliares de la salud*, obligar a las empresas que asuman y registren el vínculo laboral y los aseguren contra riesgos en el trabajo, a más de capacitarlos en normas de bioseguridad. Esta medida, debe ser revisada para todos los niveles ocupacionales en el sector.

⇒ **LAS ABANDONADAS DEL SISTEMA: AGENTES SANITARIAS**

No se puede dejar de nombrar al grupo más postergado del sistema de salud, conformado en su gran mayoría por mujeres, que son las *agentes sanitarias*. Desempeñan en las provincias un papel clave en el proceso de salud, ya que son quienes realizan las tareas de promoción de la Atención Primaria de Salud (APS)⁴⁹.

Las mismas reciben una mínima capacitación en tareas básicas relacionadas con la APS y cumplen un rol estratégico en las provincias y zonas con mayores indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) ya que realizan controles domiciliarios y son un nexo sumamente importante entre la población y el sistema de salud. En términos de calificación se trataría de auxiliares. También existe el trabajo del voluntariado que se da tanto en los ámbitos de hospitales públicos, de comunidades, etc. y en la vida privada, con el cuidado domiciliario de enfermos y ancianos.

Las agentes, que en general se acercan voluntariamente, con educación primaria completa, reciben en el mejor de los casos una retribución de los niveles provinciales o de las cooperadoras hospitalarias, pero en la mayoría de los casos esa retribución es simbólica o directamente inexistente. En forma estimativa, en algunas provincias, una agente sanitaria tendría, en los casos excepcionales, un salario de bolsillo que ronda entre los \$250 a \$280 por provincia. En provincias como las patagónicas o en el norte de Argentina realizan una tarea fundamental en el sostenimiento del sistema de salud, especialmente en el ámbito rural.

⁴⁷ De acuerdo a lo expuesto por Novick y Galin (1996), esta figura se ha extendido "tanto por el aumento en el número de las instituciones que la utilizan, como por la mayor extensión de tiempo en la que se recurre a ella, ya que ahora con ciertos recaudos, puede hacerse legalmente".

⁴⁸ Para dimensionar el riesgo real para los trabajadores/as, el Ministerio de Salud estimó en 1995, que las 155.479 camas disponibles generaban entre 1 a 1,5 kg de residuos peligrosos por cama y por día, el 50% de los cuales se concentra en la ciudad de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires, PADH (1999).

⁴⁹ Una vez más no hay estadísticas de la cantidad de agentes, pero en 1980, existían 1354 en todo el país, de los cuales aproximadamente el 70% eran mujeres, Geldstein y Wainerman (1989). Se estima que en la actualidad triplicarían esa cifra. Hasta lo que se conoce, Río Negro, Neuquén, Misiones y Jujuy tienen incorporados dentro del sistema el cargo de agente sanitario.

Aquí resulta necesario mencionar el rol de las Organizaciones No Gubernamentales en el sostenimiento de las acciones en salud. En la mayoría de los casos capacitan a las agentes de salud, y coordinan acciones conjuntas en distintos ámbitos. De este modo contribuyen claramente al sostenimiento del sistema de atención primaria en salud, que es público, pero lo realizan organizaciones del ámbito privado y del voluntariado.

Esto significa que este trabajo no remunerado que realizan las agentes sanitarias, se asemeja a todos los trabajos "socialmente útiles" que realizan las mujeres. Se trata de aquellas tareas que sin dudas, ocupan la mayor parte del tiempo productivo de las mujeres. Aquí (otra vez) se observa un doble discurso: por un lado, se considera que es "socialmente útil y digno" pero por otro lado, no se remunera. Incluso, los intentos de reivindicación de las agentes sanitarias como claves en todo proceso de APS, no han tenido repercusión política. A ello debe agregársele, sin duda la extensa duración de la jornada de trabajo de estas mujeres.

Existe un antecedente de haber utilizado un programa de empleo del Ministerio de Trabajo realizado conjuntamente con el Ministerio de Salud, dirigido a formar agentes sanitarios bilingües para poblaciones indígenas. El marco lo dio el Programa de empleo transitorio "Trabajar" y capacitaba a indígenas en técnicas de Atención Primaria de la Salud (APS). Es de los pocos programas de empleo aplicados al área de salud. El punto es que mientras duró el programa los capacitados recibieron una ayuda remunerativa de aproximadamente \$ 200.- pero una vez concluido el mismo, siguieron desarrollando las acciones de APS pero sin remuneración alguna. El Programa de Atención a grupos vulnerables (PAGV) del Ministerio de Desarrollo Social lleva adelante acciones de capacitación dirigidos a mujeres, para la formación de cuidadoras de ancianos. El Programa Materno Infantil (PROMIN) también capacitan en esta dirección y recientemente en algunas provincias, por caso Córdoba, se ha implementado un programa de capacitación entre el Ministerio de Trabajo y de Salud específicamente para agentes sanitarias. El punto clave es que no sólo no reciben remuneración, o la misma es muy magra, sino que prácticamente no se las considera como trabajadoras de la salud.

Una vez más, el análisis de las condiciones de trabajo en el sector salud se relaciona no sólo con lo que sucede en el mercado de trabajo formal y remunerado, sino que comprende otros ámbitos, como estos trabajos socialmente útiles. Poco se dice en estos tiempos del trabajo no remunerado pero socialmente útil para que funcione el conjunto del sistema social.

⇒ **RECURSOS HUMANOS EXTRASECTORIALES**

Si resulta difícil cuantificar los recursos humanos sectoriales, mucho más complejo es determinar los extrasectoriales. Esta complicación se presenta, en primer lugar por la ausencia de bases de datos confiables, por la rigidez de las ramas de actividad utilizadas en las muestras existentes, pero también por la dificultad adicional de determinar la participación de otros sectores en salud.

Sólo se ha podido aproximar datos secundarios, por ejemplo de la industria farmacéutica. Esta incorpora 16.500 empleos directos, y a su vez genera unos 120.000 empleos indirectos ligados a la actividad. La red de comercialización de los productos cuenta con 100 droguerías en todo el país, y aproximadamente 12000 farmacias⁵⁰.

2.3.2. Recursos Humanos No Asistenciales

Aquí también se aplican los tres grandes grupos ocupacionales: profesionales universitarios, trabajadores de nivel técnico y auxiliares. De acuerdo con datos de la EPH para octubre de 1999, se encontrarían ocupados aproximadamente 43.000 personas en éstas áreas. Se rigen por los mismos

⁵⁰ López Berbabó (1999) aunque no cita la fuente utilizada en esta estimaciones del empleo en la industria farmacéutica, como tampoco a que actividad denomina como empleos indirectos.

sistemas de contratación anteriormente descriptos, sistemas de colegiación y niveles de remuneración.

- Entre los *profesionales*, se amplía el espectro, en tanto no sólo se consideran los profesionales médicos, sino especialistas en medicina sanitaria, auditoría médica, psicología sanitaria, trabajo social, como también contadores, administradores de empresas, ingenieros sanitarios, etc.
- A nivel de *técnicos* se destacan los técnicos en informática y los facturistas. Estos últimos provienen de carreras de tipo terciarias en el área de administración con una especialización en el puesto de trabajo. A su vez, y como consecuencia del proceso de reconversión y de libre afiliación, un área que creció es el área de promoción y comunicación, habiendo incorporado técnicos en comunicación y desarrollo institucional. Otra de las carreras que se han creado en los últimos años, es la de Técnico Superior en Administración de Servicios de Salud, con lo cual ya se están insertando egresados en distintas dependencias, aunque no existen datos de la cantidad de inscriptos y egresados.
- Entre los *auxiliares*, además de los de servicios generales, se encuentran también recepcionistas y cadetes, en mayor proporción que en el sector asistencial. Por último, una nueva actividad dentro de los auxiliares son las y los promotores de ventas de afiliaciones, modalidad que adquirió importancia estratégica a partir del proceso de libre afiliación a las Obras Sociales. En el caso de estas últimas, generalmente se demandan mujeres, muchas veces bajo criterios sexistas, como lo que sucede en otros ámbitos de la promoción publicitaria, pero también señoras de media edad o jubiladas. En la mayoría de los casos, es personal contratado sin básico a comisión, sin ningún beneficio de la seguridad social.

Nuevamente, las dificultades para cuantificar los trabajadores/as administrativos en el sector es considerable. Solo se pudo acceder vía Encuesta Permanente de Hogares, ya que no existe un registro de personal ocupado en O.S., como tampoco del sector privado⁵¹. A continuación se exponen algunos ejemplos a título ilustrativo de la composición interna de los trabajadores/as administrativos del sistema. Salvo el caso de la OS estatal (PAMI) no se dispone de datos respecto del personal administrativo de las OS provinciales, como tampoco los que trabajan en ésta área dentro de los hospitales públicos.

⇒ **LA OBRA SOCIAL DE LA TERCERA EDAD: INSSJP-PAMI**

Tal como fue analizado, el PAMI es la mayor OS del país, con más de 4 millones de beneficiarios/as. Contrata la mayor parte de sus servicios médicos a terceros. Recibe 2800 millones por año (1% del PBI) y los distribuye entre sus prestadores. Los fondos provienen del 3% del aporte de trabajadores activos, un 2% a cargo del empleador y un 5% en el caso de los trabajadores autónomos y 2% sobre los haberes de los jubilados.

El total de agentes, en junio de 2000, asciende a 11.094 para todo el país, de los cuales, el 53.6% son mujeres y el 46.4% varones. Se presentan diferencias regionales, pero la participación femenina es importante en todos los casos. Las mujeres son mayoría en los siguientes tipos de cargo: Técnicos asistenciales (77%), profesionales (64%), profesionales terciarios (70%). Y son minoría en los siguientes: cargos jerárquicos asistenciales (25%), profesionales asistenciales (40%), gerencial (13%), jerárquicos (11%), médicos de cabecera (23%), técnicos (30%). En recientes declaraciones, se anunció una reestructuración del personal del organismo que afectaría a aproximadamente entre 2000 a 4000 empleados/as.

⁵¹ En las tareas de tipo asistencial, al llevar los efectores estadísticas vitales, mínimamente se puede conocer con mayor precisión la cantidad de ocupados/as y tipo de tareas, el problema es la sistematización de dicha información a nivel nacional, debido a que el CANARESSA no está completo.

⇒ **EL PERSONAL DE LAS OBRAS SOCIALES. ALGUNOS EJEMPLOS**

Prosiguiendo con las dificultades de acceso a la información, la posibilidad de cuantificar el personal afectado a tareas administrativas es aún más complejo. Este aspecto es bien interesante, ya que la mayoría de las O.S. no tienen efectores propios de salud, sino que funcionan contratando las prestaciones en el sector público o privado.

En el caso de las Obras Sociales o de la medicina prepaga resulta muy difícil acceder a dicha información, debido a una suerte de "cultura organizacional" que impide la transparencia de la misma⁵². Finalmente se pudo acceder a una muestra de 29 obras sociales, que en el marco del Proceso de Reconversión de Obras Sociales (PROS), calificaron para acceder al crédito y sanear su situación fiscal. Del total de las 29 O.S. que se beneficiaron con el crédito, solo 19 plantearon reconversión de su planta de personal, esto significa que además de sanear financieramente a la entidad, se comprometen a readecuar su estructura de recursos humanos a los nuevos requerimientos de la reforma. En los hechos, se plantea una reducción del gasto en personal y una readecuación de los perfiles ocupacionales⁵³.

De las 19 Obras Sociales que plantearon reconversión de planta, sobre un total de 9042 agentes, el 51.5% son mujeres, y el sueldo promedio de las mujeres es menor al sueldo promedio de los hombres⁵⁴. En los extremos se ubica el caso de OSSIMRA, donde el salario promedio de las mujeres representa el 42.6% del salario promedio de los hombres y en el caso de la Obra Social de los Trabajadores/as de Luz y Fuerza el salario promedio de las mujeres representa el 95% del salario promedio de los hombres.

Entre las O.S. de la muestra, la que más personal tiene es la del Personal Bancario, con 3558 empleados/as, de los cuales 1858 son mujeres y 1700 varones. Claramente aquí se considera que existían estructuras clientelares de contratación de personal, ya que no existe ninguna relación entre esa cantidad de personal y los 368.573 afiliados/as que tiene.

Por otra parte, se presentan diferencias sectoriales, en tanto por ejemplo, la Obra Social de los Textiles es la única obra social de la muestra, con fuerte presencia masculina en sus recursos humanos (60%). Lo curioso aquí, es que el sector textil es un sector que históricamente emplea a más mujeres que hombres.

En un punto intermedio, entre cantidad de afiliados y personal, se encuentra la Obra Social del Personal Civil de la Nación (UPCN) que es una O.S. sindical, que nuclea a los trabajadores de planta del sector público, excepto fuerzas armadas y de seguridad. En 1990 absorbió a catorce O.S. de empleados/as públicos y en la actualidad cuenta con 305.000 beneficiarios en todo el país. La planta de personal es de 212 personas para las 55 sedes. Está compuesta por los directivos, coordinadores, auditores médicos, jefes, administrativos y auxiliares. No presta servicios directos a los afiliados sino que contrata con el sector público y el privado la atención de los afiliados. Son aproximadamente 800 los profesionales agrupados en la denominada cartilla de prestaciones. De los 212 empleados de planta (no tienen personal contratado) no existen datos desagregados por sexo, pero los entrevistados estimaron que aproximadamente el 70% son mujeres, desempeñándose en cargos de conducción, por caso todas las gerentas son mujeres⁵⁵.

⁵² Se intentó obtener por vía de los registros del sistema de seguridad social (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones), pero es necesario un cruce especial para desagregar el sector salud, que se solicitó y se está pendiente de su concreción.

⁵³ Fuente: PROS (2000). La información abarca el período 97-2000. Lamentablemente se dispone de información al momento de comenzar la restructuración no al momento de finalizar el proceso.

⁵⁴ No se puede verificar el criterio, ya que no existen, en la información disponible, datos de escalas jerárquicas, ingresos horarios, etc. por lo cual esta información debe ser tomada solo a modo ejemplificativo.

⁵⁵ Entre las problemáticas señaladas, en entrevista personal; se considera que es necesario emprender mayores acciones de capacitación, ya que con el proceso de informatización y de incorporación de nuevas tecnologías organizacionales y de

➤ **LAS ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO DEL SECTOR PRIVADO**

Resulta interesante la presencia de organizaciones sin fines de lucro, que se han ubicado como importantes prestadores del sector privado. En los hechos son empresas privadas pero funcionan bajo dicho status jurídico, con exenciones impositivas.

Valga como ejemplo a la entidad que nuclea al personal jerárquico ejecutivo, que es la *Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE)*, que se integra a su vez con tres empresas: *OSDE binario* (dedicada a la atención a la salud desde hace 27 años); "*Arauca Bit*" (Administradora de Fondos de Pensión) y *Binaria SA* (compañía de seguros de retiros). OSDE es una organización sin fines de lucro. Los afiliados a OSDE Binario alcanzan los 900.000 beneficiarios, para lo cual dispone de 38 sucursales regionales y 385 oficinas de atención. La planta de personal está integrada por aproximadamente 4000 empleados/as, todos bajo relación de dependencia. De ellos, aproximadamente el 65% son mujeres, encontrándose en distintos puestos de conducción (gerentas, subgerentas y jefas). La política de incorporación del personal, no es vía selección curricular, sino se privilegia el vínculo familiar con algún empleado/a de la empresa⁵⁶. No dan prestación médica directa, sino vía convenios con sanatorios y para la atención medica ambulatoria cuentan con un plantel de 77.205 médicos en todo el país. Tampoco realizan ningún tipo de sistema de trabajo por unidad producida (a destajo) sino por el contrario, tienen un plantel de aproximadamente 600 vendedores y promotores remunerados con sueldo exclusivamente.

Sin lugar a dudas, en los ejemplos analizados, el margen de acción y de implementación de acciones esta íntimamente relacionado con el sector de la población cubierta. Esto significa que es mayor la posibilidad de iniciativas cuando la rentabilidad es alta, debido a una buena administración pero principalmente a la franja de ingresos del aportante. Allí donde se disminuye el aporte es más difícil sostener la prestación. Sin embargo, lo destacable en estos ejemplos, que esta rentabilidad se puede traducir en ganancias netas o se puede utilizar para ampliar el margen de beneficios y servicios, principalmente no precarizando el empleo. Es decir, al margen de la escasa representatividad de la muestra analizada, se visualiza que algunas empresas y O.S. han incrementado productividad, sin utilizar para ello como "variable de ajuste" al personal y/o a los pacientes de alto riesgo⁵⁷.

Finalmente, y para dimensionar la importancia del área administrativa, en una muestra de 26 empresas de medicina prepaga, el total del área administración y promoción, era en 1999 de 1.293 empleados/as. De estos, el 5,2% son gerentes, hay un 7,7% de jefaturas, un 23 % de vendedores/as y un 5.5% de auditores y un 40,3 % de administrativos y un 7% de otros (ADEMP: 2000). En cambio, de estas 26 empresas privadas, realizan tareas asistenciales, que ocupan a 2561 personas, de las cuales el 31.7% son médicos/as; el 23.1% enfermeras, personal técnico solo el 8.3% y personal administrativo (17.3%) y el personal de apoyo un 19.6% del total de ocupados/as de la muestra.

gestión, resultó necesario reconvertir el personal, asumiendo los costos, por cierto elevados. Allí agregaron que la reducción de aportes patronales y los sucesivos ajuste salariales, les afectaron en tanto deben prestar el mismo servicio, incluso mejorarlo en el marco de la competitividad para captar mas afiliados, sin recibir el consiguiente aporte.

⁵⁶ No deja de llamar la atención este mecanismo dada la dimensión de la empresa, que su facturación anual en 1997 fue de 707 millones de dólares, mientras que en 1998 ascendió a 862 millones de dólares anuales. OSDE (2000).

⁵⁷ Este es un aspecto clave en toda la reforma, en tanto se rechaza, especialmente muchas empresas de medicina prepaga, a partir de los estudios de "admisibilidad" a los pacientes de alto riesgo (oncológicos, sidóticos, etc) que son mas costosos. Directamente no se los admite, y este es uno de los argumentos que esgrimen las O.S. que a ellos les quedan los pacientes mas costosos.

⇒ A **modo de síntesis**, las siguientes son las particularidades que asume el recurso humano en salud:

- La *vulnerabilidad en el empleo caracteriza el estado actual del sector. Afecta a más de 530.000 personas*. Tanto mujeres como hombres ocupados en el sector se encuentran en una situación de *vulnerabilidad laboral*, pero la misma *afecta más a las mujeres*; ya que además de las *tareas productivas*, les cae el peso del *trabajo reproductivo* (responsabilidad y cuidado de niños/as o personas mayores sin mecanismos por parte del Estado o de los empleadores/as como guarderías, la falta de división de tareas en el hogar).
- *En tareas de servicios generales* (limpieza, cocina y seguridad), que se han terciarizado la vulnerabilidad alcanza niveles alarmantes: al ser empleo precarizado no gozan de cobertura por riesgos en el trabajo como tampoco cobertura de salud, con los consecuentes perjuicios por la manipulación de material altamente peligroso. El riesgo anteriormente mencionado *abarca de todos los empleados/as en el sector*, notándose una escasa preocupación por desarrollar acciones de capacitación sistemática para el personal y un desarrollo de normas de higiene y seguridad en el trabajo.
- Se ha *incrementado la cantidad de ocupados varones* especialmente en *tareas técnicas o de baja calificación* (auxiliares de enfermería). Esto es, perdura una *mayor representatividad de las mujeres* (más del 70% de los ocupados) y la misma *crece*, en el nivel de *profesionales*, al tiempo que *persisten situaciones de segregación vertical y horizontal, diferencias salariales*.
- Como consecuencia de las transformaciones de los últimos años, el sector salud se está convirtiendo en un *sector refugio de los ocupados/as con menores niveles de calificación*.
- La *tasa de desempleo en el sector* (7,5 %) no adquiere los rasgos alarmantes de otros sectores de la economía, pero reproduce los comportamientos de la misma, esto es, hay más mujeres desocupadas que varones desocupados. La diferencia es que en este sector la desocupación se presenta en los niveles de calificación más altos.
- El *supuesto costo laboral por maternidad, no tiene incidencia en la magnitud que se afirma sobre la estructura general de costos laborales*. Mucho menos puede esgrimirse como argumento para no contratar mujeres.
- Lo mismo sucede con el supuesto mayor ausentismo de las mujeres. Cabe agregar que existen evidencias, que demuestran cómo se revierten situaciones de ausencia del puesto de trabajo luego de una redefinición de los *arreglos familiares*. Esto significa que los hombres asumen su responsabilidad en el cuidado de los niños/as y ante la existencia de *mecanismos institucionales como guarderías* para facilitar la permanencia de las mujeres en el ámbito productivo. Aquí la responsabilidad es tanto del Estado como del sector privado.
- Subyace una concepción en la cual términos como "*autodiscriminación*" de las mujeres por *maternidad, fuerza física* para determinadas actividades, *aptitudes naturales, negación* de las situaciones de *acoso sexual*, o se las identifica con *comportamientos inductivos de la víctima*; aún están vigentes y sorprendentemente arraigadas.
- El sector público concentra mayor número de profesionales y de técnicos, como también tiene a su cargo las tareas de prevención, cobertura de la población sin recursos y atención primaria de la salud. El sector privado en cambio, concentra un alto número de profesionales como de no calificados, dirigiendo su oferta de servicios a los sectores de altos recursos.
- En el ámbito de *atención directa*, no existe una clara división del trabajo, visualizándose una *concentración de funciones y tareas en los distintos niveles de responsabilidad*. Así, en el *sector público*, que se concentra en las *provincias*, el director de hospital, además de ocuparse de las tareas concernientes al funcionamiento del hospital, se debe dedicar a organizar las finanzas del mismo, los *médicos/as deben realizar tareas de enfermeros/as* o camilleros ante la falta de personal y de insumos, los *enfermeros/as deben atender veinte camas cada uno, en turnos continuos*, etc.
- Lo anterior condice con una situación largamente denunciada, que refiere a las *condiciones de trabajo al interior del hospital*. Las mismas presentan *rasgos altamente inequitativos* (en términos

de salario, de género, condiciones en el puesto de trabajo) y han dejado de ser espacios de desarrollo personal y profesional. Además coexisten varios grupos con intereses y objetivos diferentes, y se le suma la tarea de formar y capacitar a los especialistas, como también *organizar la práctica educativa al interior del país (residencias médicas)* y del sistema administrativo del hospital. Entre las principales dificultades se encuentran: *la falta de una carrera funcional de los médicos, la falta de representación del personal en los órganos normativos del hospital, el desconocimiento o desactualización de los perfiles profesionales de las diversas funciones hospitalarias.*

- La reforma del *Hospital Público de Autogestión* hasta la fecha, y salvo excepciones, *no contribuyó para introducir modelos de participación y nuevas modalidades de conducción.* Tampoco se han podido superar, hasta la fecha, los problemas financieros, *habiéndose trasladado la puja distributiva del sector al interior del hospital.* De este modo, no se estableció en forma democrática cómo iban a distribuir los ingresos, lo cual generó tensiones y divisiones al interior de los servicios, y también se captaron los mejores empleados/as a los servicios con más ingresos.
- A su vez, resulta interesante que *las tradicionales esferas de reivindicación gremial y salarial entre médicos y enfermeros/as, históricamente confrontadas y conflictivas, hoy han cedido ante la vulnerabilidad de ambos niveles.* Más precisamente se han acortado las *brechas intragrupos*, para unirse en reclamos gremiales, situación impensable hace algunos años, y que resulta posible por la depreciación salarial y de condiciones de trabajo de todos los niveles de calificación. *Esta situación se está produciendo tanto en el sector público como en el privado.*
- De los diversos niveles de calificación, la *enfermería* sería la profesión en donde se están produciendo más cambios: *se ha incrementado ampliamente el número de licenciadas, se ha modificado el perfil de la ocupación* al tiempo que ha ingresado un importante número de varones especialmente como auxiliares de enfermería. Subsiste una *demanda insatisfecha de este nivel de calificación.*
- *Las agentes sanitarias*, salvo excepciones, no se encuentran incorporadas al sistema en términos de situación ocupacional, y en la mayoría de los casos la *remuneración es inadecuada o directamente inexistente.* Resulta necesario *jerarquizar* el trabajo que realizan, en tanto es esencial en términos de *sustentabilidad* del sistema de *Atención Primaria de la Salud.* Aún mas grave es la situación del *voluntariado.*
- Tanto a nivel *público como privado, perdura el doble empleo médico*, pero en muchos casos se presenta en tareas de menor calificación, por caso un médico que hace guardias de enfermería. En esta dirección, un fenómeno importante son los sistemas de *emergencias médicas* que toman médicos jóvenes para guardias, con lo cual es muy alta la rotación, *permaneciendo en actividad entre 24 a 72 hs. continuas.* Esta situación redundando directamente sobre la *calidad de atención*, estimándose el crecimiento de casos de *mala praxis médica.*
- En el caso de la *medicina privada*, también han cambiado los patrones de contratación, aumentando la terciarización y la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, al tiempo que se visualiza un *fenómeno de ingreso de capitales extranjeros con las consiguientes fusiones y concentración de capital.* Todo esto en el marco del proceso de desregulación aún en marcha, dificultando la posibilidad de establecer comportamientos uniformes.
- A nivel regional, existe una *concentración de recurso humano, especialmente profesional, en las provincias de mayor desarrollo.* Esta concentración no guarda relación con los indicadores sanitarios.
- Con el *proceso de reconversión de las Obras Sociales* de las 290 OS existentes al inicio se calcula que subsistirán 60-70 y una proporción similar con las asociaciones de medicina prepaga. Se estima que más de 42.000 personas se encuentran ocupados/as en estas instituciones y no existen precisiones sobre cuál será la situación de los mismos ante las fusiones.
- En esta dirección, *resulta destacable la concentración de tareas y funciones en una planta reducida de empleados administrativos*, muchos de ellos contratados -en el mejor de los casos- o

precarizados (el caso de los/as promotores de ventas). *No se trata* de un desarrollo de la figura de *empleado polivalente*, que de hecho ha sido incorporado al sector, incluso vía negociación colectiva, sino que *se está produciendo un aumento considerable de la jornada de trabajo y de las consiguientes responsabilidades en pocos empleados/as*.

3. EL DESAFÍO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD

La institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas es un proceso técnico-político de largo alcance. La información y los hallazgos proporcionados por el estudio realizado (Pautassi, 2001), que se presentan en el punto anterior, fueron la base argumentativa sobre la cual se instaló un diálogo político de carácter intersectorial e interinstitucional, que sigue vigente, con el objeto de alcanzar consensos y una estrategia común entre distintos actores gubernamentales y no gubernamentales, donde se acuerden objetivos y se comprometan voluntades. Las dificultades que se enfrentan en un proceso de este tipo son de diversa índole; identificarlas constituye en sí mismo un avance y un aporte para la formulación de políticas públicas más equitativas.

Tal como fue señalado, implementar una estrategia de transversalidad de la equidad de género en la política económica y laboral es una tarea de suma complejidad. Esta complejidad no se atenúa porque se trate de un sector en particular, el sector salud en este caso, sino que la misma expresa en un nivel micro las complejidades de un proceso de tamaño magnitud y en donde su sostenibilidad depende de muchos actores con diversos intereses.

En el caso específico del sector salud, el objetivo a alcanzar es lograr que las propuestas de políticas en materia de empleo en salud que se formulen respondan a los siguientes objetivos: i) integrar la equidad de género en la producción de servicios de salud; ii) garantizar la calidad de empleo en el sector salud, a partir de la supresión de las brechas de género, iii) producción de estadísticas y datos globales desagregados por sexo, iv) utilizar las iniciativas públicas y privadas para producir cambios a nivel legislativo, normativo e institucional, buscando revertir las situaciones de discriminación existentes; v) Lograr que los compromisos políticos se traduzcan en recursos (humanos, técnicos o financieros) que apoyen el proceso de institucionalización del enfoque de género⁵⁸.

Aquí se puede visualizar un aspecto que resulta llamativo y preocupante a la vez, que es una suerte de consenso implícito, entre estos actores con intereses contrapuestos, en que efectivamente la problemática del recurso humano carece de interés real dentro de los mecanismos de toma de decisión, tanto a nivel público como a nivel privado y mucho más marcada aún es la opinión que no se incorporó en estos años un abordaje desde una perspectiva de género -de hecho muchos de ellos no saben que significa género-.

⁵⁸ En el marco del proyecto CEPAL-Consejo Nacional de la Mujer, se firmó un acuerdo marco con los Ministros de Salud provinciales y de la Nación, durante el desarrollo de la reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA) en la ciudad de Ushuaia, 5-6 de Abril de 2001. Los puntos principales, giran en torno a: i) Acciones concretas para promover la igualdad de oportunidades y de trato entre varones y mujeres en materia de empleo, en la formación de postgrado y en la capacitación continua, en los niveles salariales y demás aspectos de la relación laboral en el sector salud; ii) Iniciar acciones de cooperación entre la áreas de Estadísticas de los Ministerios de Salud, Trabajo, Economía (INDEC) y Desarrollo Social, el Consejo Nacional de la Mujer y sus correlatos provinciales para la recolección de información que permitan construir indicadores de género y de ocupación en salud; iii) Convocar a los centros académicos y universidades a profundizar los estudios y líneas de investigación que aborden el proceso de trabajo en el sector salud, desde la perspectiva de la calidad y un enfoque de género, teniendo en consideración las particulares realidades provinciales y iv) Comunicar en forma periódica los avances y logros en la promoción de la calidad del empleo en el sector salud desde una perspectiva de género.

Esto significa que la fragmentación que existe en materia de empleo en salud y la falta de una política orgánica en esta dirección, lleva a que los actores visualicen esta situación como una limitante para cualquier acción que se quiera emprender. Y aquí se puede destacar una de las lecciones aprendidas en el proceso: en la medida que se haga visible la situación real del empleo en un sector, que se cuente con datos ciertos y desagregados por sexo, que se presenten las estructuras institucionales que existen, con sus límites y sus posibilidades, que se difundan experiencias de institucionalización de acciones en materia de políticas públicas; se logra construir una nueva agenda de política.

En la medida que se conozcan los impactos diferenciados de las políticas en términos de género, que se concientice a los actores que cualquier instancia que no tome en cuenta las situaciones de poder asimétricas, además de inequitativa es ineficiente, se pueden proponer una serie de reformas a la institucionalidad vigente orientadas a dotar de mayor eficiencia, integralidad y transparencia, tanto a la gestión del Estado como de las organizaciones empresarias, sindicales y sociales.

Mirando en perspectiva el proceso ya desarrollado, con sus aciertos y obstáculos, se puede señalar que están dadas las condiciones para iniciar un proceso de institucionalización de la equidad de género. Precisamente, se debe aprovechar el consenso que han manifestado los actores involucrados en el marco del proyecto de referencia, para englobarlos en una nueva dinámica: *diseñar una política de empleo sectorial con enfoque de género.*

La sostenibilidad de este proceso ya iniciado se garantiza en tanto exista voluntad política en esta dirección y en el interés de los propios trabajadores y trabajadoras que visualicen que la equidad de género es una estrategia que va a mejorar la calidad de su trabajo y las condiciones de vida de toda la población.

En forma más directa, a pesar del contexto macroeconómico poco favorable y de los intereses corporativos presentes en este sector, es posible desenmascarar estas situaciones de vulnerabilidad de los trabajadores y de la trabajadora mujer en particular, y con mayor especificidad las situaciones de discriminación por género, buscando concientizar a todos los actores y de este modo, se podrá contribuir a revertir la desprotección y vulnerabilidad que hoy tienen las trabajadoras/es en salud.

En otros términos, consideramos que no es necesario crear nuevos mecanismos institucionales para acciones transversales desde una perspectiva de género, sino utilizarlos para desde allí efectivizar acciones. Para ello resulta necesario un fortalecimiento de las áreas mujer provinciales, del mismo compromiso por parte del Ministerio de Salud de la Nación con sus pares provinciales y de los demás actores comprometidos en este proceso. Por último el tratamiento de las desigualdades de género en las políticas públicas requiere, además de las instituciones específicas, del reconocimiento social y político como base de la agenda institucional, esto es, como una cuestión socialmente controvertida que requiere de la intervención pública.

El marco en el cual se deben continuar consensuando acciones transversales que incorporen la perspectiva de género en el sector salud, es en el escenario post-ajuste o post-reforma, que incluye diversos actores, con intereses y responsabilidades diversas: las instituciones públicas, desde el Ministerio sectorial a nivel nacional como provincial, el Ministerio de Trabajo, de Economía, el Consejo Nacional de la Mujer, los empresarios, las Obras Sociales, los sindicatos, las organizaciones no gubernamentales y los propios trabajadores/as.

Por lo tanto, el análisis del empleo en el sector salud desde un enfoque de género como el aquí realizado, no se limitó a una comparación entre hombres y mujeres ocupados, sino precisamente el primer paso de este trabajo fue otorgarle visibilidad estadística a las diferencias que existen para uno y otro grupo social. Esto significa una vez más que conocer los efectos diferenciados que sobre mujeres y hombres tienen las políticas económicas en contextos de ajuste estructural como el

acontecido en Argentina no es un mero ejercicio especulativo, sino que reviste importancia decisoria en la implementación de políticas que eliminen las situaciones de discriminación.

Sin embargo, y tal como se ha mencionado a lo largo del trabajo existen muchas variables fundamentales para mostrar las situaciones de discriminación que no aparecen en las estadísticas. Por caso, es fundamental en materia de equidad cuantificar la cantidad de horas de trabajo que destinan las mujeres al trabajo doméstico no remunerado y que se suma a la cantidad de horas que las mujeres también destinan al trabajo remunerado, situación que muestra las condiciones de desigualdad e injusticia en que las mujeres se integran al mercado de trabajo. En el caso del sector salud estas situaciones se potencian y abarcan a todas las trabajadoras, desde las profesionales hasta precisamente el trabajo voluntario (agentes sanitarias) que realizan miles de mujeres y que resulta fundamental en la contención del sistema.

En otros términos, el desarrollo de estadísticas, datos cuanti y cualitativos y demás análisis son fundamentales para el generar un proceso de institucionalización desde la perspectiva de género de las políticas públicas. Esto es, el desarrollo de metodologías específicas que busquen captar las situaciones de discriminación por género y permitan visibilizar las diferencias entre hombres y mujeres en todos los niveles, logrará una contribución específica en el mejoramiento de las condiciones de trabajo, en la calidad del empleo en el sector salud y por ende en la calidad de vida de los hombres y las mujeres. En este trabajo se expuso un tipo particular de metodología, la cual es perfectible y resulta un primer inicio para entrar en el núcleo duro de la política económica.

De lo anterior se desprende una acción concreta: *no presuponer que este escenario es inmodificable, sino presentar que ha sucedido efectivamente con los 530.000 trabajadores/as de la salud.* Para ser más precisos, no se considera que sea necesario crear nuevos mecanismos para institucionalizar la perspectiva de género, sino utilizarlos en su plenitud para desde allí efectivizar acciones.

Obviamente que el consenso entre actores y su sensibilización en género no va crear puestos de trabajo *per se*. Pero puede llegar a generar un debate público en relación con cual es la *calidad del empleo* de los trabajadores/as, en términos de todas las situaciones aquí descriptas.

4. MERCADO EN RETRACCIÓN Y GÉNERO: ¿DICOTOMÍA O POSIBILIDAD?

Las características que asume el empleo en salud, tal como fue descripto no solo muestran las variaciones producidas en la cantidad de los ocupados/as sino que en muchos casos se visualiza como se ha transformado la propia estructura del personal, las condiciones de trabajo y de contratación, los niveles salariales, las estrategias de competitividad y los parámetros de productividad. Paralelamente han cambiado las especialidades de las profesiones médicas, el desarrollo de las áreas de promoción y ventas en las O.S. y prepagas, entre otros.

El punto neurálgico es que el *proceso de transformación sectorial no definió ninguna opción clara en relación con la situación de los ocupados/as en salud.* O en todo caso la opción estratégica fue precisamente la *no consideración del recurso humano en aras de concretar la desregulación de este mercado de trabajo.* Mucho menos se realizó un *abordaje desde una perspectiva de género*, lo cual resulta llamativo -o no- tratándose de uno de los sectores que cuenta con participación mayoritaria femenina.

Las situaciones analizadas en este trabajo, ponen en evidencia cómo *el empleo en salud fue la variable de ajuste del proceso de reconversión sectorial*, situación que se repite en la mayoría de los sectores productivos. La ausencia de *evaluaciones sobre los efectos potenciales -luego reales- de la reforma sectorial* sobre los trabajadores/as, es una evidencia contundente al respecto. Aún más

contundente resulta si se lo analiza desde una perspectiva de género, ya que se produjo un *impacto diferenciado entre mujeres y hombres*.

A pesar del discurso generalizado referido a la importancia de dimensionar la participación de los trabajadores y las trabajadoras en la actividad económica, y de los importantes avances en las estadísticas de empleo, aún no se ha conseguido que las estadísticas sean desagregadas sistemáticamente por sexo. Precisamente se quiere remarcar aquí que tal como se analizó detalladamente en este trabajo, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH-INDEC) resulta un instrumento adecuado -con limitaciones- para medir el comportamiento de la fuerza de trabajo en salud tanto de varones como de mujeres. No obstante, hay una serie de variables específicas que resultan imprescindibles para medir comportamientos del recurso humano en salud y que dicha encuesta no provee.

Precisamente el énfasis de este trabajo, y del proyecto que lo contiene, consistió en otorgarle visibilidad estadística a las diferencias que existen para uno y otro grupo social. Esto significa una vez más que conocer los efectos diferenciados que sobre mujeres y hombres tienen las políticas económicas en contextos de ajuste estructural como el acontecido en Argentina no es un mero ejercicio especulativo, sino que reviste importancia decisoria en la implementación de políticas que eliminen las situaciones de discriminación.

Es por ello que para poder diseñar estrategias y políticas de empleo que incorporen la perspectiva de género, resulta *urgente completar, rediseñar y/o confeccionar instrumentos sistemáticos de recolección de información desagregada por sexo y que tomen en cuenta indicadores de género*. El propósito es lograr instalar como "campo" de acción y de investigación la producción sistemática de información sobre recursos humanos en salud que permitan difundir entre quienes toman decisiones de políticas o entre los propios empresarios o prestadores de salud, cuál es la inserción y participación económica de hombres y mujeres en el sector salud, las situaciones conflictivas que los mismos enfrentan.

Se trata de *revalorizar la importancia del sector salud, como un servicio esencial, incluso en términos de productividad, ya que existe un importante potencial de creación de empleo a partir de una variedad de servicios personales que hoy se realizan en forma voluntaria y sostenidos principalmente por el trabajo de la mujer (agentes sanitarias, asistencia sanitaria a domicilio)*. Estas son actividades de mano de obra intensiva que no pueden ser sustituidas por la tecnología, y fortalecerlas sería una *primera estrategia a desarrollar en lo inmediato*.

Luego de varios años de iniciado el proceso provincial de transferencia de los efectores de salud y de los recursos humanos *resulta necesario una evaluación de esta experiencia desde el ángulo local*. Interesa especialmente conocer *qué ha sucedido con el empleo en el sector salud en las provincias desde una perspectiva de género*. Esto significa analizar los modelos de regulación que se han implementado, niveles salariales, formas de contratación, etc. Sobre estos aspectos no existen estudios sistemáticos que analicen y evalúen la situación del recurso humano en cada una de las provincias y mucho menos estudios que incorporen la perspectiva de género.

A la vez, se impone la necesidad de una discusión analítica sobre algunos de los múltiples interrogantes que el programa de descentralización de servicios de salud plantea en vistas a una profundización de la reforma de las relaciones interjurisdiccionales entre el gobierno provincial y los gobiernos municipales y de estos con el gobierno nacional. Esta multiplicidad de esferas provee un interesante marco para comenzar con acciones transversales de incorporación de la perspectiva de género.

Para ello se debería avanzar en *análisis cuali-cuantitativo*, buscando indagar la lógica de funcionamiento de los mercados regionales de salud, los regímenes de contratación, las particularidades del recurso humano provincial, sistemas integrados/desintegrados de atención regional.

En función de lo anterior, se deberán adecuar *mecanismos de cooperación* para iniciar acciones de institucionalización de la perspectiva de género.

Finalmente, es importante destacar la escasa relación existente entre el conocimiento y la formulación de políticas públicas en países como Argentina, y por ende la importancia de insumos técnicos y argumentos de calidad académica, con información desagregada por sexo e indicadores de género, para aumentar la capacidad de convocatoria a los distintos actores gubernamentales y de la sociedad civil involucrados, en este caso específico, en el sector salud, para proponer de forma participativa, informada y consensual las estrategias, planes y programas que el sector requiere para contribuir al empleo de manera más equitativa y justa, a la vez que eficiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABRAMZON, M. (2001) *Argentina: Recursos Humanos en Salud*. En: Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina 2001. Buenos Aires, OPS.
- BELMARTINO, S. (1999) Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina. ¿Quién será el árbitro?. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- BELMARTINO, S; BLOCH, C; LUPPI, I.; QUINTEROS, Z y TRONCOSO, M. (1990) "*Mercado de trabajo médico y médicos de reciente graduación*", En: Organización Panamericana de la Salud, Representación Argentina, Buenos Aires N° 14.
- BERGER, S. y SZRETTTER, H. (2000) "*Costos laborales por sexo en Argentina*". Buenos Aires, Agosto de 2000, preparado para próxima publicación de OIT, Santiago de Chile. Mimeo.
- CERRUTTI, M. (2000) "Determinantes de la participación intermitente de las mujeres en el mercado de trabajo del área Metropolitana de Buenos Aires". En *Desarrollo Económico*. Buenos Aires: Vol 30. Nro. 156: 619-638.
- DAEREN, L. (2001) Enfoque de Género en la política económica y laboral. El estado del arte en América Latina y el Caribe. En *Serie Mujer y Desarrollo* N° 29, CEPAL; Santiago de Chile.
- GELDSTEIN, R y WAINERMAN, C. (1989) "Trabajo, carrera y género en el mundo de la Salud", Buenos Aires, Cuaderno N 42 del CENEP, Centro de Estudios de Población.
- GELDSTEIN, R y WAINERMAN, C. (1990) Auxiliares de Enfermería. Trabajo y vida cotidiana. En *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario N° 53, setiembre.
- KATZ J., et all. (1993) *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- LOPEZ BERNABO, H. (1999) Lo privado en la salud. En: *El debate público-privado en las políticas de salud*. Buenos Aires, Fundación ISALUD: 69-72.
- MEADE, A (1993) *Liberty, Equality and Efficiency. Agathotopia Mea*. Londres, McMillan.
- MORANO, C. (2000) "*Algunos indicadores sobre la situación de las mujeres en Argentina*". Documento Inicial, Coordinación CICSA - FLACSO CHILE. Mayo 2000. Mimeo.
- NOVICK, M. y GALIN, P. (1996) "*Informe del estudio sobre reforma de las relaciones laborales en el sector salud*", Buenos Aires, Informe preparado para OPS: Diciembre 1996. Mimeo.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD, OPS (2000a) *Observatorio de los Recursos Humanos en Salud*. Propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT. Quito, marzo de 2000.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD, OPS (2000b) *En Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Fuentes de Información y Métodos de Análisis*. OPS-CEPAL-OIT. Quito, Agosto 2000.
- OSDE (2000) Boletín de Difusión. Buenos Aires, OSDE Binario.
- PADH (2000) *Programa Argentino de Desarrollo Humano*. Buenos Aires, PNUD:
- PAUTASSI, Laura (2001) "Equidad de Género y Calidad en el Empleo. Las Trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina", *Serie Mujer y Desarrollo* N°30, Santiago de Chile-CEPAL.
- RICO, N. (2000) *El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL*. Santiago de Chile, CEPAL (DDR/1).
- RICO, N y BRAVO, L *Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina*. Serie Seminario y Conferencias No 20. CEPAL, Santiago de Chile.
- WAINERMAN, C; y GELDSTEIN, R (1990) "*Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina*", Buenos Aires, Cuaderno N 44 del CENEP., Centro de Estudios de Población.
- WAINERMAN, C, y BINSTOCK, G. (1994) Género y Calificación en el sector enfermería. En *Estudios del Trabajo* N° 7, Buenos Aires: ASET.

COMENTARIOS

Rosalía Cortés

El trabajo de Laura Pautassi y Nieves Rico presenta una descripción poco transitada en la literatura sobre el empleo en el sector salud. A partir de su preocupación por la equidad de género, focalizan su análisis sobre la estructura del empleo, y la relación entre la distribución y características del empleo y la naturaleza institucional compleja de la provisión de salud en la Argentina.

Concuerdo con las autoras en tres aspectos: en otorgarle importancia no solamente a la distribución del empleo por sectores de actividad, sino a enfatizar las diferencias entre subsectores y sexos en términos del tipo de tarea. En otras palabras, a la relevancia de indagar aspectos vinculados con la segmentación de las ocupaciones, no solamente a nivel macro, sino al interior de un segmento de alta concentración de empleo femenino. En segundo lugar, un aporte de interés que brinda el trabajo es la distinción de patrones de empleo en los distintos contextos institucionales, privados y públicos. También acuerdo con el propósito que expresan, de analizar las diferencias entre varones y mujeres en términos de atribuciones en el campo de la ocupación y las relaciones laborales.

Mis observaciones están dirigidas a la importancia de avanzar más en tres direcciones. El análisis de la estructura del empleo coincide con estudios anteriores sobre la importancia que ha tenido y tiene la fuerza de trabajo femenina en la provisión de salud: alrededor del 10% de las ocupadas se concentran en el sector frente a una proporción muy reducida - cercana al 3% - de los varones.

Más allá de las limitaciones circunstanciales del acceso a los datos, sería conveniente tener una descripción más detallada de la estructura de las categorías de ocupación en el sector en relación a otros sectores de actividad. En primer lugar, en el sector salud la proporción de cuentapropistas entre las mujeres es más baja que en otras ramas de actividad (como comercio por ejemplo), y complementariamente, la asalarización es más alta que en otros sectores. Por otra parte la distribución de varones y mujeres no es semejante entre los trabajadores independientes que entre los asalariados de la salud. En este segmento cuentapropista, entre los varones la mayoría son médicos, mientras que las mujeres se dividen entre médicas y enfermeras y otras ocupaciones no calificadas. Es entre los asalariados donde la feminización es más notoria, y si bien las médicas representan una proporción considerable, el peso de otras ocupaciones calificadas (enfermeras diplomadas) es mayor, pero también y con una magnitud semejante, las ocupaciones menos calificadas de limpieza forman parte del conjunto asalariado.

En este sentido, para obtener conclusiones aplicables a la formulación de políticas laborales para el sector, quizás fuera más útil centrarse exclusivamente en el sector asalariado. Un argumento que atraviesa todo el análisis es la crítica de las políticas de recursos humanos, que han privilegiado la reducción de costos en el sector, sin proveer una carrera ocupacional, lo que ha llevado a un fuerte deterioro de las condiciones de trabajo. Estas políticas según las autoras tampoco se han propuesto intermediar frente a la existencia de barreras discriminatorias respecto de la mujer.

Respecto de las tareas desarrolladas en la ocupación las autoras observan que en el sector salud habría un peso más fuerte de las ocupaciones de atención directa por sobre las administrativas y el resto. En este punto sería interesante agregar, tomando en cuenta la distribución de ocupaciones en el sector, según la clasificación elaborada en el INDEC,⁵⁹ para varias ondas de la Encuesta Permanente de Hogares, el peso de los servicios de limpieza (mucamas, etc.) en el conjunto del

59 Clasificador Nacional de Ocupaciones, Actualización 1998, INDEC, Buenos Aires.

empleo en el sector. De hecho, por ejemplo en octubre del 2000, mientras las actividades de servicios de atención representaban alrededor del 50% de los ocupados, los servicios administrativos y de limpieza tenían un peso similar, cercano al 12%. Las empleadas de servicios de limpieza son exclusivamente mujeres en diferentes mediciones de la encuesta; por otra parte, también en el 2000, el 88% de estas ocupadas trabajaban en el sector público.

Esta información permite entender las diferencias que las autoras notan en cuanto a la distribución de los distintos niveles de calificación de la fuerza de trabajo (profesionales, técnicos, etc.) entre sector privado y público. La gestión de la fuerza de trabajo en los sectores público y privado difirió en términos de normas de reclutamiento, distribución de los puestos de trabajo, remuneraciones, y tipos de carrera ocupacional. La información que presentan, indica que en el sector privado la estructura de ocupaciones tenía un carácter más jerárquico que en el sector público, con una cúpula de profesionales y una amplia base de trabajadores/as no calificados. En la descripción de la tarea de las empleadas de limpieza no es infrecuente encontrar que además de la limpieza tienen a su cargo la atención de enfermos. Es decir que la política de reducción de costos ha provocado el abandono de los requisitos de calificación para las tareas de servicios de atención. Adicionalmente, la vigencia de altas tasas de desempleo favorece contrataciones a bajos salarios, con demandas que exceden la calificación de los asalariados.

A mi entender no hay información suficiente que sustente la idea que hubo un crecimiento de las ocupaciones técnicas no profesionales entre los varones. Cuando se analiza la evolución de esas ocupaciones a lo largo de varios años las variaciones no son significativas. La tendencia a la feminización y descalificación de la fuerza de trabajo en el sector salud en el segmento privado, que habría que diferenciar, es de mediano plazo, y sería necesario observar varios años para concluir acerca del peso de los nuevos reclutamientos. Esta observación les da pie a las autoras para plantear que se estaría produciendo un reemplazo de mujeres no calificadas por varones no calificados, a partir de una discriminación por la legislación de maternidad. De hecho la información no permite sustentar esta idea; más bien el hecho que sea en el sector privado donde entran mujeres a puestos no calificados, precarizados, está indicando que se utiliza a un segmento flexible de fuerza de trabajo evadiendo las obligaciones legales, que por lo tanto no constituyen una barrera para su contratación. De todos modos este es un punto que sería necesario profundizar para llegar a conclusiones más certeras.

En cuanto a la distribución de la desprotección laboral y la precariedad, es más elevada en el sector privado, y está distribuida de manera similar entre varones y mujeres, mientras que las autoras notan que las diferencias salariales son menores cuando se toma en cuenta el salario horario, que las vigentes en otras ramas de actividad. Un aspecto que convendría analizar es la relación de los niveles de ingresos, mensuales y horarios de las distintas jerarquías ocupacionales, por sector público y privado, comparados con otras ramas de actividad.

Un logro interesante del trabajo es que incorpora información de registros, lo que permite plantear una caracterización del perfil de las ocupaciones del sector para un momento en el tiempo, y vincularlo con la descripción de las tareas. El análisis es minucioso y consigue aportar un diagnóstico de los recursos humanos en el sector.

Concluyendo, el artículo arma un rompecabezas con las piezas sueltas de información disponibles para los investigadores del área: por una parte la información institucional, de la estructura de los subsistemas efectores de salud. Luego, la caracterización de la magnitud y distribución de la fuerza de trabajo en el sector, sus principales rasgos sociodemográficos, condiciones laborales e ingresos. Por último, con información de registros, la estructura de las ocupaciones. Las dificultades encontradas por las autoras para compatibilizar esta información no son ajenas a varias ramas de la

investigación social, y tienen que ver con la ausencia de una política de compatibilización de la información registros-censos-encuestas.

El trabajo de Pautassi y Rico permite identificar los interrogantes que deberán ser respondidos con la información a construir, ya que solamente un análisis conjunto de la estructura institucional, las ocupaciones y la descripción de la fuerza de trabajo y las condiciones laborales, visto en perspectiva diacrónica, puede dar cuenta de la complejidad del empleo en el sector salud.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sanchez de Bustamante 27
1173 – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org