

mujer y desarrollo

Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina

Laura C. Pautassi



NACIONES UNIDAS



Unidad Mujer y Desarrollo

Proyecto CEPAL-GTZ "Institucionalización del Enfoque de Género en la CEPAL y en Ministerios Sectoriales"

Santiago de Chile, marzo de 2001

El presente documento fue elaborado en el marco del proyecto CEPAL- GTZ “Institucionalización de la perspectiva de género en la CEPAL y en ministerios sectoriales” (PN.98.2048.1-001.00).

El documento fue elaborado por Laura C. Pautassi, consultora del proyecto. El Consejo Nacional de la Mujer de Argentina participó activamente, con el compromiso de su presidenta, Dra. Carmen Storani, y los aportes brindados por Marisa Alfiz y Silvia Berger. Corina Rodríguez colaboró en el análisis macroeconómico.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1506-P

ISBN: 92-1-321808-7

Copyright © Naciones Unidas, marzo de 2001. Todos los derechos reservados

Nº de venta: S.01.II.G.45

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. La economía Argentina en la década de los noventa. Una aproximación desde una perspectiva de género	9
A. El ambiente sistémico de las políticas sociales en Argentina	11
1) El ambiente económico.....	11
2) El ambiente del mercado de trabajo y la distribución de los ingresos.....	12
3) El ambiente político-institucional y socio-cultural.....	18
B. El ambiente programático de las políticas sociales	19
C. Mecanismos nacionales de incorporación de la perspectiva de género	20
II. El sector salud en Argentina	23
A. Marco histórico-institucional del sector salud.....	25
B. Cobertura y financiamiento del sistema	26
1) Gasto público en salud.....	27
2) Capacidad instalada y prestacional	28
C. La reforma sectorial.....	29
1) El sector público	29
2) La libre elección de las O.S.	31
3) El crecimiento del sector privado	33
D. Un nuevo paradigma sectorial	33
III. Recursos humanos en salud	35
A. El mercado de trabajo en salud. Algunas precisiones conceptuales.....	37

B.	Características del empleo en salud en Argentina	38
1)	Las ocupadas y ocupados en salud según la Encuesta Permanente de Hogares	38
2)	Las estimaciones de otras fuentes	43
C.	Perfiles ocupacionales: Título y niveles de especialización	46
1)	Las ocupadas y ocupados en salud en atención directa y asistencial	46
2)	Recursos humanos no asistenciales	57
D.	Formación de recursos humanos en salud	60
IV.	Conclusiones y Recomendaciones	63
A.	Conclusiones	65
B.	Recomendaciones	67
1)	Intervención sobre el sector	67
2)	Calidad del empleo	68
3)	Producción de información en todos los niveles y subsectores	69
4)	Fortalecer la cooperación y en los niveles provinciales	69
Anexo Metodológico	71
A.	Diseño de la investigación	73
B.	Fuentes de información sobre recursos humanos en salud	74
1)	Catastro nacional de recursos y servicios de salud (CANARESSA) 1998-2000. Programa nacional de estadísticas de salud. Ministerio de Salud y Acción Social ..	74
2)	Encuesta permanente de hogares (EPG) - INDEC	75
3)	Ministerio de Economía, Dirección de Ocupación e ingresos	77
4)	Encuesta de condiciones de vida y acceso a programas y servicios sociales (SIEMPRO)	77
5)	Informes sectoriales	77
C.	Entrevistas en profundidad	78
Bibliografía	79
Serie Mujer y Desarrollo números publicados	83

Índice de cuadros

Cuadro 1	Indicadores macroeconómicos seleccionados- valores absolutos	12
Cuadro 2	Evolución y composición de la población económicamente activa	13
Cuadro 3	Evolución de la zona de “vulnerabilidad laboral”	16
Cuadro 4	Gasto público social consolidado	19
Cuadro 5	Población total por tipo de cobertura de salud según quintiles de ingreso per cápita del hogar. Año 1997. Total del País	36
Cuadro 6	Gasto público en salud	28
Cuadro 7	Evolución de la cantidad de establecimientos asistenciales 1980-1995	28
Cuadro 8	Cantidad de camas en establecimientos asistenciales – 1995	29
Cuadro 9	Ocupados en servicios médicos y de sanidad	38
Cuadro 10	Total de ocupados en tareas asistenciales y administrativas	39
Cuadro 11	Total de ocupados en tareas administrativas por sector	39
Cuadro 12	Ocupados en servicios médicos y de sanidad por sector	39
Cuadro 13	Ocupados en servicios médicos y de sanidad por nivel de calificación y por jurisdicción	40
Cuadro 14	Estimación de la fuerza de trabajo en salud – Año 1998	45
Cuadro 15	Puestos de trabajo ocupados según categoría ocupacional de acuerdo con el Censo Económico Nacional-Año 1994	46
Cuadro 16	Carreras universitarias en ciencias médicas en el ámbito público y privado	60
Cuadro 17	Residencias en salud en Argentina por dependencias	61

Resumen

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 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 desafíos laborales desde un enfoque integral que conduzca a un desarrollo productivo con mayor equidad. Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se encuentra en un proceso de institucionalizar más explícitamente estrategias para lograr la equidad de género en su estructura y trabajo sustantivo, así como en la cooperación para el desarrollo que presta a los países de la región.

El presente documento fue elaborado en el marco del proyecto CEPAL- GTZ “Institucionalización de la perspectiva de género en la CEPAL y en ministerios sectoriales” (PN.98.2048.1-001.00). El objetivo de este proyecto es elaborar y fortalecer políticas, estrategias, instrumentos y capacidades técnicas, tanto al interior de la CEPAL como en algunos países seleccionados de la región, para fomentar la equidad entre mujeres y hombres en el proceso y los beneficios del desarrollo, especialmente en lo que respecta a las políticas económicas y laborales. El estudio analiza el empleo en el sector salud en el marco de las políticas de ajuste estructural en Argentina, y su impacto diferenciado tanto para mujeres como para hombres. En este sentido se deja constancia que el cambio en las políticas de regulación del sector salud no quedaron limitadas únicamente a las modificaciones en el financiamiento, sino que generaron transformaciones entre instituciones financiadoras del sistema y las prestadoras de servicios.

El trabajo alerta sobre la falta de visibilidad estadística en la producción de información - desagregada por sexo- en relación con la cantidad y composición del recurso humano en salud.

Se presentan una serie de recomendaciones de políticas y líneas de investigación que buscan instalar como "campo" de acción y de investigación la producción sistemática de información sobre recursos humanos en salud desde una perspectiva de género.

Introducción

El campo específico de la investigación es el estudio del *empleo en el sector salud desde un enfoque de género*, en relación con el particular proceso de transformación de la sociedad argentina durante la década de los noventa. La perspectiva que adopta el presente trabajo destaca la necesidad e importancia de considerar la *variable género* en el análisis de los procesos sociales, no solamente desde un enfoque teórico-analítico sino precisamente en materia de implementación de políticas y ampliación de derechos, particularmente en contextos de ajuste estructural como el ocurrido en Argentina.

Esto significa que no se analiza la dimensión “mujer” como “cohorte” estadístico o “segmento” especial dentro del análisis del mercado de trabajo, distribución del ingreso, educación, salud. Por el contrario, en todo momento el análisis se hace teniendo en cuenta la dimensión de género, enfatizando desde allí los problemas derivados de las diferentes oportunidades que las personas tienen para integrarse como miembros plenos de la sociedad, debido a las relaciones de poder asimétricas.

Este documento se presenta como un insumo técnico para la cooperación y coordinación intersectorial e interinstitucional en el diseño de políticas de empleo con enfoque de género en el sector salud. Pretende sistematizar y avanzar en relación con las actuales insuficiencias de información sobre la situación de los ocupados/as en salud, para desarrollar estrategias y mecanismos consensuados tendientes a la institucionalización de la equidad de género en las políticas públicas. Con este fin, el trabajo se estructura en cuatro partes.

El supuesto de partida del análisis es el proceso de ajuste y reforma estructural ocurrido en Argentina en los últimos diez años, el cual produjo un cambio en los principios de organización económica y social. El mismo se presenta como un caso de retracción de las instituciones sociales, distinguiendo dos tipos de ambientes o contextos de referencia: el ambiente sistémico y el ambiente programático de las políticas económicas y sociales. Este proceso se analiza en el primer capítulo, diferenciando el impacto de estas medidas en las condiciones de vida de la población, tanto para mujeres como para hombres. Asimismo se analizan los cambios en el mercado de trabajo y la distribución del ingreso, los niveles de gasto público y las reformas en políticas sociales. Aquí se destaca el rol del Consejo Nacional de la Mujer como mecanismo nacional para la institucionalización de políticas desde una perspectiva de género.

A la complejidad del proceso de reforma estructural, se sumaron las particularidades del sector salud en el cual la fragmentación y la heterogeneidad constituyen sus características más sobresalientes. El capítulo segundo avanza en una revisión de la conformación histórica del sector salud, la reforma y desregulación sectorial, y el escenario posreforma. El punto neurálgico aquí es que el proceso de transformación sectorial no definió ninguna opción clara en relación con la situación de los ocupados/as en salud. Mucho menos se realizó un abordaje desde una perspectiva de género, lo cual resulta aún más sorprendente tratándose de uno de los sectores que cuenta con participación mayoritaria femenina. Asimismo y si bien no se encuentra disponible información de cuentas nacionales para indicar el peso relativo del sector salud en el total del producto, a modo indicativo puede mencionarse que en el año 1993 representaba el 3,6% del PBI a precios de mercado, y en términos de indicadores de participación laboral, este sector ocupa aproximadamente el 6% del total de ocupados/as de la economía, de los cuales la mayoría de ellos son mujeres.

Es en esta dirección que llama la atención la escasa información sectorial, en relación con la cantidad y composición del recurso humano en salud siendo aún más escasa todavía la información desagregada por sexo. En consecuencia, este trabajo avanza, en la medida que la información disponible lo permite, en la caracterización de los ocupados/as desde una perspectiva de género, al tiempo que advierte sobre la necesidad de considerar en forma urgente esta dimensión esencial para el funcionamiento institucional.

Se ha podido estimar que, en octubre de 1999, aproximadamente 530.000 personas trabajan en el sector salud, de las cuales un 70% son mujeres, que representan cerca del 10% del total de ocupadas de la economía. Sobre esta población es la que se requiere urgente intervención tendiente a lograr políticas y acciones específicas que incorporen la equidad de género y que impliquen un mejoramiento en la calidad de la atención de la salud y el bienestar de la población.

El capítulo tercero está dedicado a la caracterización y composición del recurso humano en salud. El énfasis está puesto en la calidad del empleo, ya que incide directamente sobre la atención de la población y su salud. Es decir, interesa aquí la situación de cada trabajador y trabajadora del sector, y su contribución a la atención de la salud, ya sea en forma directa (servicios asistenciales) o indirecta (servicios administrativos), las características de la inserción laboral masculina y femenina, las condiciones de trabajo, niveles educativos y de ingreso. Las situaciones analizadas en este trabajo, ponen en evidencia cómo el empleo en salud fue la variable de ajuste del proceso de reconversión sectorial. 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. Precisamente mostrar estas diferencias es el objetivo de este trabajo.

En último capítulo se encuentran las Conclusiones, como también recomendaciones de políticas, estrategias y líneas de investigación para la elaboración de una agenda de políticas públicas de corto y mediano plazo que incorporen efectivamente la institucionalización de una perspectiva de género. La metodología utilizada se reseña en el anexo de este documento.

I. La economía Argentina en la década de los noventa. Una aproximación desde una perspectiva de género

En los últimos años prevalece el criterio de atribuir los profundos cambios económicos que se observan en América Latina, a una inevitable fuerza identificada con la globalización. Sin embargo, aún cuando este proceso de globalización deba considerarse como un indicador para las economías domésticas, los rendimientos locales, incluyendo sus impactos sociales, varían según la forma en que las instituciones de cada sociedad procesan su relación con el contexto económico. Es justamente en este contexto, que cobra relevancia la necesidad de considerar la perspectiva de *género* como categoría fundamental en el análisis del proceso de reforma, no sólo desde un enfoque teórico-analítico sino precisamente en materia de implementación de políticas¹.

En consecuencia, el supuesto de partida del presente análisis es la convicción que las instituciones económicas son uno de los elementos más importantes para comprender estos procesos y, precisamente, una característica central de la Argentina, es la profunda transformación de sus instituciones económicas durante la década del 90².

¹ Para profundizar sobre el impacto diferencial de las políticas de ajuste estructural sobre las mujeres véase Elson (1991 y 1992), Pearson y Jackson (1998), Ali (1999) y Pineda Ofreneo y Lim (2000)

² El proceso de reforma se inicia en Argentina promovido por las recomendaciones de los organismos internacionales y en el contexto de un proceso hiperinflacionario sin precedentes (1989-1990), comenzó con algunas medidas durante el gobierno de Alfonsín (1983-89), pero el verdadero “síndrome reformista” se produjo durante el primer y segundo gobierno justicialista de Carlos Menem (1989-99).

Estos niveles de comprensión se amplían aún más en la medida que el abordaje del proceso de reforma estructural se realice desde una perspectiva de género.

Por otra parte, la profundidad y rapidez de la transformación institucional realizada contrasta con la falta de un marco teórico que ayude a comprender el sentido de los cambios, en tanto, Argentina pasó de ser uno de los países "pioneros" en América Latina -en términos de desarrollo económico y del sistema de seguridad social- para convertirse en menos de diez años en un modelo de difícil precisión. A simple vista, la primera conclusión es que pasó de ser un Estado de Bienestar "híbrido" con neta influencia de regímenes corporativos, para acercarse más a un modelo semejante a los regímenes residuales de tipo liberal. Claramente constituye un caso de "retracción" y "desmantelamiento" del Estado de Bienestar³.

Precisamente, este trabajo analiza el proceso de ajuste y reforma estructural desde una perspectiva de género y su impacto en el sector salud, especialmente en las trabajadoras y trabajadores. Con este fin, se parte del supuesto que el proceso ocurrido en Argentina se presenta como un caso de retracción de las instituciones sociales, distinguiendo dos tipos de ambientes o contextos de referencia: el ambiente sistémico y el ambiente programático⁴.

En el ambiente sistémico se distinguen los siguientes elementos esenciales:

El ambiente económico: define la estructura en base a la cual se produce y distribuye la riqueza. El problema económico central es que las mujeres y los hombres no se han incorporado como "iguales" en los procesos de producción y distribución de riqueza. Mujeres y hombres tienden a participar en distintos procesos y subprocesos de trabajo, dentro y fuera del ámbito fabril, a desplazarse por distintos espacios físicos, a usar tecnología diferente, que requieren saberes y conocimientos también signados como masculinos y femeninos.

El ambiente del mercado de trabajo y la distribución del ingreso: define la situación de las personas frente al empleo remunerado, su capacidad de percibir ingresos por esa fuente, su posibilidad de acceder a las instituciones de seguro social, las condiciones de la distribución intra-hogar de recursos y la capacidad tributaria de las personas. Múltiples elementos confluyen para permitir la inserción de los individuos dentro del mercado de trabajo: i) la división sexual del trabajo dentro y fuera de la unidad doméstica; ii) el nivel y control de los recursos del hogar; iii) la existencia de bienes y servicios reproductivos⁵ al alcance del hogar, iv) las características del mercado de trabajo asociadas (o determinadas por) el ambiente económico. Allí es donde se constata la presencia de "oportunidades diferenciales por sexo"; esto es, la existencia de condiciones y posibilidades de empleo desiguales, para grupos de oferentes igualmente productivos, debido a la preeminencia de factores ajenos a los económicos.

El ambiente político-institucional y socio-cultural en tanto definen la situación de los actores e instituciones en el modo específico de organización política del país en cuestión, como así también los valores que priman en los estímulos sociales relevantes para el análisis. Es este ambiente en donde se puede comprobar el avance -o retroceso- en los niveles de institucionalización desde una perspectiva de género.

En el "ambiente programático" o de las instituciones de política social se distinguen:

³ Pierson (1995) analizando ejemplos como el de Reagan en Estados Unidos y el de Thatcher en el Reino Unido, los denomina casos de retracción (retrenchment) de sus Estados de Bienestar. El caso argentino es aún más paradigmático ya que era uno de los estados de bienestar más desarrollados de América Latina, y a diferencia de Chile, el ajuste se hizo en momentos de plena vigencia de las instituciones democráticas, y por el mismo partido político que sentó las bases de la construcción del Estado de Bienestar, Lo Vuolo (1998).

⁴ Se retoma la misma metodología utilizada en Lo Vuolo (1998), Lo Vuolo et al (1999) y Pautassi (1998).

⁵ Refiere tanto a la existencia de bienes y servicios sustitutivos o complementarios de las tareas domésticas más habituales (servicio doméstico, otros servicios para el hogar, etc.) como a la existencia de prestaciones relacionadas con el cuidado de los miembros del hogar (guarderías infantiles, atención de ancianos).

El gasto público social, en tanto reflejo del uso de los recursos que se aplican en el área y cómo se utilizan los mismos en cada sector social. Aquí el aporte es fundamental para determinar la cantidad de recursos destinados al sector salud.

Las políticas sociales sectoriales, distinguiendo entre los seguros sociales, las políticas de seguridad social y las políticas asistenciales. En cada una de ellas el abordaje se realiza desde una perspectiva de género.

Teniendo en cuenta esta metodología de análisis, en lo que sigue se realiza una descripción sintética del funcionamiento de los ambientes señalados desde una perspectiva de género.

A. El ambiente sistémico de las políticas sociales en Argentina

1. El ambiente económico

Desde comienzos de 1991 impera en Argentina una ley de convertibilidad estricta entre la moneda local y el dólar, ligándose la oferta monetaria con una cobertura casi plena de las reservas del Banco Central y cierta proporción de los títulos en moneda extranjera emitidos por el gobierno. El impacto estabilizador de este mecanismo, sumado a un contexto financiero internacional favorable y al apoyo de las instituciones multilaterales de crédito, facilitó una serie de reformas económicas.

De esta forma, en muy pocos años: i) se privatizaron prácticamente todas las empresas públicas que prestaban servicios de uso económico masivo (teléfonos, gas, electricidad, agua, transporte, siderurgia); ii) se abrió la economía doméstica al libre movimiento de capitales financieros; iii) se redujeron de forma abrupta los aranceles a la importación, se removieron la mayoría de las barreras no tarifarias, al tiempo que se avanzó en la conformación de un acuerdo comercial de preferencias con países vecinos (Mercosur); iv) se negoció la deuda externa comprometiéndose al cumplimiento estricto de pagos en el contexto del Plan Brady, a la vez que se generó un nuevo y mayor endeudamiento; v) se modificó la legislación laboral, reduciendo la estabilidad en el puesto de trabajo, bajando los costos de contratación y despido, aliviando las responsabilidades del empleador frente a accidentes laborales y la quiebra de empresas; vi) se generaron profundos cambios en la administración pública; vii) se modificó el régimen fiscal reduciendo las tradicionales fuentes de financiamiento de las políticas sociales y se sostuvo el mayor peso relativo de la carga tributaria indirecta.

Luego del despegue estabilizador inicial se hizo evidente que, para sostener la competitividad de una economía con tipo de cambio fijo y apertura comercial extrema, se requería una drástica reducción de los costos laborales y un fuerte aumento del endeudamiento. Si bien aumentó la productividad en los bienes comercializables, fundamentalmente por tecnologías de organización y por las posibilidades de incorporar bienes de capital importado a bajo precio, este aumento no fue suficiente para superar las diferencias con los competidores externos. Todo esto presionó para ajustar aún más los costos de producción, no sólo del núcleo “duro” de comercializables sino también del conjunto de la economía. Ya no es un problema de expulsar “bolsones ineficientes” de mano de obra a la zona del desempleo “tecnológico”; ahora se suma la necesidad de ajustar el costo de los que quedaron “adentro” del sistema.

De esta forma, la economía se vuelve muy dependiente de los movimientos exógenos y de la posibilidad de mantener tasas de crecimiento muy elevadas. Así, el ciclo expansivo del Plan de Convertibilidad fue progresivamente perdiendo intensidad hasta que la crisis de 1995 de los mercados financieros internacionales, iniciada en México, cambió el escenario por uno de recesión. Posteriormente, vuelve a recuperarse el crecimiento pero a tasas menores que en el comienzo de la década. Esta onda expansiva fue de menor longitud y la economía vuelve a frenarse a partir de mediados de 1998 hasta la fecha.

En síntesis, cuando se profundiza la apertura de la economía y la movilidad de los capitales externos, las variables tradicionalmente exógenas, como la tasa de interés internacional y los flujos de capitales, se vuelven elementos endógenos de la economía doméstica. El modelo de política económica

adoptado en Argentina reduce las posibilidades de procesar con las instituciones económicas domésticas esta complejidad. El empleo, los salarios, la tasa de crecimiento, se vuelven variables de ajuste del modelo (en tanto se mantiene el control sobre los precios derivado de la convertibilidad de la moneda y la paridad del tipo de cambio). En este contexto, las políticas sociales pasan a cumplir un papel subordinado de administración y control social. Mucho más se agrava esta perspectiva si se consideran las relaciones de género, tal como se analiza a lo largo del trabajo.

Cuadro 1

INDICADORES MACROECONÓMICOS SELECCIONADOS - VALORES ABSOLUTOS

	1993	1996	1999
PBI (millones de \$)	236505	256626	279215
PBI per capita	6983	7286	7706
Saldo balanza comercial (millones de U\$S)	-8030	-6521	-12293
Exportaciones (Fob - mill. U\$S)	13269	24043	23333
Déficit sector público	2731	-5264	-4768
Deuda pública (millones de \$)	72212	109774	144784
Deuda pública (% PBI)	31	43	52
Población	33869	35220	36233

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos (MECON). *Informe Económico*. Varios Trimestres.

Nota metodológica: Las Cuentas Nacionales fueron recalculadas en Argentina con base en el año 1993, y hasta el momento no se encuentra disponible un empalme con la serie histórica anterior; MECON (1999). *Sistema de Cuentas Nacionales Argentina. Año Base 1993*.

2. El ambiente del mercado de trabajo y la distribución de los ingresos

Los principales rasgos del mercado de trabajo urbano en Argentina, durante la última década, puede sintetizarse como sigue: i) Profundización de los desequilibrios entre la oferta y demanda de trabajo; ii) Crecimiento de la participación femenina; iii) Expansión de distintas modalidades de subutilización de la fuerza de trabajo; iv) Modificación en la participación relativa de los distintos sectores productivos en la ocupación; v) Deterioro de las condiciones generales de desarrollo de la relación de trabajo.

La descripción de estas características se realiza fundamentalmente a través de información cuantitativa que provee el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) a través de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) e información complementaria que proporciona la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía⁶.

Una primera aproximación a la descripción de los desequilibrios en el mercado de trabajo lo brinda la observación de los componentes de la Población Económicamente Activa (PEA). En 1999 la PEA urbana en Argentina estaba compuesta por 13,7 millones de personas, 60% hombres y 40% mujeres. De este total, 11,9 millones de personas estaban ocupadas y 1,8 millones buscaban activamente un empleo remunerado sin encontrarlo. La composición de la PEA varió a lo largo de la década, tanto en relación con la condición de actividad de las personas (aumentó la participación relativa de los desocupados/as) como al sexo (aumentó la participación relativa de las mujeres).

⁶ La información que proporciona el Ministerio de Trabajo sobre la base de procesamientos de las bases usuarios de EPH y datos del Ministerio de Economía (MECON) permite describir el total del mercado de trabajo urbano. La población urbana representa en Argentina el 89% de la población total.

Cuadro 2
EVOLUCIÓN Y COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

(Millones de personas y porcentajes)

	1990	1993	1996	1999
PEA	10618	11722	12589	13704
Varones	6704	7245	7741	8187
Mujeres	3914	4477	4848	5517
Ocupados (%)	93.6	90.9	83.7	86.6
Varones	93.8	92.1	85.1	87.3
Mujeres	93.2	89.0	81.5	85.6
Desocupados (%)	6.4	9.1	16.3	13.4
Varones	6.2	7.9	14.9	12.7
Mujeres	6.8	11.0	18.5	14.4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del *Observatorio del Mercado de Trabajo del Mercosur. Estadísticas Laborales de Argentina*. Sobre datos del Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos (MECON) y Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Mientras la cantidad de varones activos creció un 22% a lo largo de la década, las mujeres incrementaron su participación en el mercado de trabajo en un 41%. Este crecimiento significativo de la PEA urbana (30% entre 1990 y 1999) se manifestó en crecimientos desiguales de la ocupación y la desocupación. Mientras el total de ocupados creció casi un 20% a lo largo de la década, los desocupados se incrementaron en un 170%. Nuevamente, la participación relativa de las mujeres en ambas manifestaciones del mercado de trabajo fue mayor. Las ocupadas crecieron un 30% (contra un 13% de crecimiento de los ocupados) y las desocupadas crecieron casi el 200% (contra un 150% en el crecimiento de los desocupados).

Lo mismo se concluye si se observan las tasas específicas que estima la EPH, en este caso para la totalidad de los aglomerados urbanos (aproximadamente 60% de la población total). Así, la tasa de actividad de las mujeres pasó de 27,4% en 1990 a 33,1% en 1999. Por su parte, la tasa de empleo demuestra un descenso de la ocupación de los hombres que de 48,5% en 1990 pasan a 46,1% en 1999, y un aumento en la ocupación de las mujeres, de las cuales el 28,2% estaba ocupada en 1999, contra el 25,6% en 1990.

Lo anterior condice con la tendencia registrada a lo largo de la década 80-90, cuando se produce un incremento de participación económica de las cónyuges y los hijos/as que contribuyeron al crecimiento de la población económicamente activa. Esta tendencia ascendente de la participación de las mujeres se explica en parte, por los previsible cambios en los arreglos familiares y por la búsqueda de independencia económica, pero en mayor medida responde al deterioro de las condiciones de trabajo del "jefe de familia", que obliga a salir al mercado a la "fuerza de trabajo secundaria".

La idea de que las mujeres actúan como trabajadoras secundarias se asocia con la noción de "ejército de reserva". Sin embargo, el hecho de que las mujeres actúen como un ejército de reserva de trabajadoras disponibles y flexibles fue criticada en dos aspectos. Por un lado, el hecho que los salarios de las mujeres fueran relativamente menores que los de los hombres actúan en contra de cualquier tendencia a expulsar mano de obra femenina. En segundo término, la existencia de una severa fragmentación entre los trabajos que realizan mujeres y hombres inhibe la sustitución de mano de obra femenina por mano de obra masculina (Siltanen: 1994).

Aquí cabe señalar lo siguiente: el empleo remunerado (trabajo productivo) y el trabajo realizado en el ámbito del hogar (reproductivo) surgen como categorías diferenciadas a partir del desarrollo de las economías capitalistas industriales, las cuales provocaron una división entre la esfera de lo público (el mercado) y la esfera de lo privado (el hogar). Esta frontera adquiere características diferenciadas según los contextos: es común encontrar situaciones donde los hogares siguen haciéndose cargo de muchas actividades productivas y situaciones donde el mercado o el Estado han asumido funciones reproductivas (por caso, cuidado de niños o personas mayores). Es por ello que resultaría muy limitado analizar el

desarrollo del mercado de trabajo sin considerar la evolución de los arreglos privados para resolver quien asume las tareas reproductivas.

Sin duda, uno de los rasgos más significativos de la evolución del mercado de trabajo urbano en Argentina está expresado en los dos indicadores globales de subutilización de la fuerza de trabajo. Así, la tasa de desempleo abierto muestra un crecimiento exponencial y más, que se duplica en los últimos diez años. La tasa de desocupación femenina fue a lo largo de todo el período más alta que la masculina, y esta distancia se amplió significativamente en algunos momentos. Mientras en 1990 la tasa de desocupación femenina era 11% mayor que la de los varones, llegó a ser en 1993 un 45% superior, y esta distancia se mantuvo en valores mayores al 20% en la mayor parte del período. El año 1996 señaló el pico máximo de la desocupación, llegándose a ubicar la tasa de desempleo femenina casi en el 20%, y la masculina en torno al 15%. Este indicador desciende sobre el final de la década, pero la tendencia decreciente parece volver a revertirse a partir de 1999.

En ese sentido, la “feminización” de la fuerza de trabajo que se verifica en la Argentina puede ser otro aspecto de su “precarización”, demostrando como se han revertido las tendencias de inserción laboral, ya que no sólo se ha “femenizado” la fuerza de trabajo sino que también se ha “masculinizado” la desocupación y subocupación.

La subocupación horaria también marca un aumento considerable a lo largo de la década, su ritmo creciente no se revierte en ningún momento del período, ubicándose en 1999 en 20,1% de las ocupadas y 10,4% de los ocupados. El fenómeno complementario de sobreocupación de la fuerza de trabajo crece tenuemente a lo largo del período, y sigue manifestándose como un fenómeno significativo dentro de las características de los empleos remunerados. Así, mientras el 44% de los varones se encuentra trabajando más de 45 horas semanales, un 23% de las mujeres activas manifiestan la misma situación.

En este punto, pueden extraerse algunas conclusiones sobre las características del mercado de trabajo urbano en Argentina: i) Cada vez más personas participan en el mercado de empleo remunerado; ii) La participación femenina es cada vez mayor en términos relativos a los varones; iii) Las mujeres que se incorporan al mercado de trabajo parecen estar respondiendo mayormente a una necesidad de complementar los ingresos deteriorados del cónyuge, o su definitiva pérdida de empleo; iv) Los fenómenos de subutilización de la fuerza de trabajo son significativos y crecientes; v) El fenómeno de sobreocupación de la fuerza de trabajo también es significativo; vi) El desempleo adquiere características estructurales.

Discriminando estos indicadores por características como la edad, el nivel de educación, la rama de actividad y la posición en el hogar pueden extraerse conclusiones más certeras sobre el impacto diferenciado de las condiciones del mercado de empleo remunerado. En primer lugar, aumenta la participación de las mujeres ocupadas en todas las edades pero fundamentalmente en las edades centrales, de 25 a 49 años (pasa del 50.5% a 53.9%) y marcadamente de 50 a 59 años (se incrementa de 35.9% a 42.8%). Paralelamente disminuye la tasa de empleo de los hombres en edad central, en particular la de los varones de entre 25 y 49 años, que pasa de representar el 92% de la población masculina en ese tramo de edad al 86.7% y pierde participación relativa en el empleo la población con menores niveles educativos.

Sin embargo, no se observa una presión por una mayor calificación de la mano de obra, y mucho menos la femenina. A pesar del sostenido discurso en relación con la necesidad de recalificación de la mano de obra, y toda la línea de políticas activas y pasivas de empleo llevadas a cabo por el Ministerio de Trabajo, la incorporación de las mujeres a estas líneas de acción fue mínima. De este modo, los programas de capacitación del Ministerio de Trabajo, en 1999, contemplaron un 59% de beneficiarios varones y un 41% de mujeres. Si se analizan los programas solo de empleo (5 en total), las diferencias son mucho mayores, habiéndose beneficiado en el mismo período, un 61% de varones y un 39% de mujeres.

Se consolida el patrón de asalarización de la población ocupada, que representa en 1999 casi el 68% del total. En un contexto de deterioro general de las condiciones de empleo, la ocupación por cuenta propia parece haberse agotado como tradicional espacio de refugio.

Se consolida un patrón ocupacional con predominancia del sector terciario: la participación de la industria en la ocupación cae del 20.7% al 15% entre 1990 y 1999. El empleo remunerado en la rama servicios comunales, sociales y personales representó en 1999 casi el 34% del total del empleo urbano, con mayor inserción femenina.

La participación en el desempleo abierto crece para la población en edad joven (menores de 25 años), las mujeres en edades centrales y de manera muy importante los varones de 50 años y más. Asimismo se confirma la mayor desocupación de los jefes, que pasaron de representar el 30% de los desocupados en 1990 a más del 34% en 1999. Se intensificó la duración de la desocupación: mientras en 1990 más del 45% de los desocupados se encontraban sin empleo desde hacía menos 2 meses, esta proporción pasó a menos del 42% en 1999. Complementariamente, quienes manifestaban una situación de desocupación por períodos mayores al año pasaron de ser el 7% de los desocupados en 1990 a más del 9% en 1999, luego del pico máximo de 1996 cuando llegó a casi el 14% del total.

Se incrementan las tasas específicas de subocupación tanto de los hombres como de las mujeres, de todos los tramos de edad y de todos los niveles de educación. En este sentido es muy notorio el aumento de la subocupación de las mujeres con bajo nivel educativo. Mientras el 18.3% de las mujeres con este nivel educativo estaban subocupadas en 1990, más del 35% lo estaban en 1999. En contraposición, la subocupación de las mujeres con nivel superior o universitario ha permanecido en valores casi constantes (en torno al 17%).

El deterioro en el nivel de ingresos de los sectores populares implicó adaptaciones en los acuerdos familiares, notándose una mayor interdependencia entre los miembros de las unidades domésticas. De esta forma, aumentó el trabajo para el mercado pero también se intensificó el trabajo en las actividades reproductivas, recayendo la mayor carga de estas responsabilidades en las mujeres. En este sentido, Arriagada (1997) señala que como resultado de la crisis, muchas actividades que eran responsabilidad pública han sufrido una suerte de "privatización", ya que por ejemplo al restringirse los presupuestos de los sectores de la salud y la educación, entre otros, las responsabilidades retornaron a las familias y, por tanto, a las mujeres en sus hogares.

i) Vulnerabilidad laboral

Los indicadores que permiten esta descripción del mercado de trabajo, que son los que están habitualmente disponibles, no resultan suficientes para identificar las figuras que la literatura cataloga como empleos "plenos" y "no plenos", y que captarían mejor los orígenes más estructurales de la desutilización de la fuerza de trabajo. Por estas categorías se entienden aquellas figuras laborales cuyas características las alejan de la "norma" que la sociedad atribuye a la relación de empleo.

Un ejercicio sencillo, realizado a partir de la información provista por la EPH en sus bases usuarias, permite cuantificar lo que podría denominarse la "zona de vulnerabilidad laboral"⁷. Ella estaría definida por un máximo, el empleo pleno y un mínimo, la desocupación abierta. Una primera aproximación metodológica al tema, a partir de la información disponible, permite definir las siguientes categorías:

⁷ Este concepto se extrae de Castel (1995), que describe la existencia de una fuerte correlación entre el lugar que las personas ocupan en la división del trabajo y su participación en las "redes de sociabilidad" y los sistemas de protección social que cubren a los individuos enfrentados a los imprevistos de la existencia. Conforme estas posiciones, pueden identificarse distintas "zonas" de cohesión social. Así, Castel señala que la asociación *trabajo estable-inserción relacional sólida*, caracteriza una zona de integración. De forma inversa, la ausencia de participación en actividades productivas y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión, o mejor dicho, lo que él llama desafiliación. En consecuencia, la vulnerabilidad social se presenta como una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo con la fragilidad de los soportes de proximidad. La relación de trabajo es el elemento que cruza todas las zonas de cohesión social y cuya metamorfosis repercute como onda expansiva en todas ellas. Una descripción detallada de esta metodología puede consultarse en Lo Vuolo et al (1999).

Empleos "plenos": i) Asalariados/as con descuento jubilatorio (ocupados de tiempo pleno, subocupados no demandantes, sobreocupados y quienes no trabajaron circunstancialmente); ii) Trabajadores/as por cuenta propia que desarrollan tareas calificadas o profesionales (ocupados de tiempo pleno, subocupados no demandantes, sobreocupados y quienes no trabajaron circunstancialmente); iii) Patrones que no están buscando activamente otra ocupación.

Empleos "no plenos": i) Asalariados/as que no gozan de beneficios sociales (sin importar la intensidad de la jornada de ocupación) y los asalariados que, aún teniendo beneficios sociales, participan como subocupados demandantes; ii) Trabajadores/as por cuenta propia que desarrollan tareas semi o no calificadas (sin importar la intensidad de la ocupación) y los trabajadores/as por cuenta propia que desarrollan tareas profesionales o calificadas, pero que son subocupados demandantes; iii) Ocupados/as en el servicio doméstico; iv) Trabajadores/as sin salario; v) Patrones o empleadores, en caso de manifestarse como subocupados demandantes.

Aplicando este esquema metodológico al caso del aglomerado Gran Buenos Aires puede verse que el 50% de la población económicamente activa se encontraba en esta zona de vulnerabilidad laboral en octubre de 1999, 15% estaba totalmente desocupado y 35% se ubicaba en alguna de las categorías definidas como no plenas.

Cuadro 3
EVOLUCIÓN DE LA ZONA DE "VULNERABILIDAD LABORAL"
(Gran Buenos Aires – Composición porcentual)

Población de 15 años y más	1995	1996	1997	1998	1999
PEA	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ocupados	82.7	81.2	85.6	86.6	85.2
Plenos (a)	51.9	48.6	52.8	51.7	49.9
No plenos (b)	30.2	31.9	32.5	34.7	34.9
Sin datos (c)	0.6	0.7	0.3	0.2	0.4
Desocupados (d)	17.3	18.8	14.4	13.4	14.8
Vulnerables (b+d)	47.5	50.7	46.9	48.1	49.7
% Mujeres por categoría					
PEA	39,4	39,6	39,4	40,5	41,6
Ocupados	38,1	38,0	38,0	39,4	40,7
Plenos (a)	31,8	32,3	33,1	34,1	35,0
No plenos (b)	48,6	46,8	45,9	47,1	48,8
Sin datos (c)	55,3	36,9	39,7	50,7	38,7
Desocupados (d)	45,5	46,2	47,4	47,6	46,7
Vulnerables (b+d)	47,5	46,6	46,4	47,2	48,2

Fuente: Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP), sobre la base de procesamientos especiales de las Bases Usuarías de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC).

La magnitud de esta zona de vulnerabilidad se ha mantenido estable en los últimos cinco años, aún cuando desde 1996, la desocupación abierta había revertido su tendencia ascendente. De esta forma, lo que se observa es que más que trasladarse desde la zona de vulnerabilidad hacia la de empleo pleno, las personas que alguna vez manifestaron situaciones de empleo no pleno, parecen movilizarse entre éstas y el desempleo absoluto. De hecho, las ocupaciones no plenas han crecido ininterrumpidamente desde 1995, como porcentaje de la PEA, pasando del 30% en 1995 al 35% en 1999.

Dos rasgos importantes de esta área de empleos no plenos, relevantes desde el punto de vista que nos interesa, merecen señalarse. Por un lado, si bien la proporción de empleos no plenos es similar entre varones y mujeres asalariados (alrededor del 37% en ambos casos), la proporción de no plenitud es mucho mayor entre las mujeres cuenta propia (49%), que entre los varones de la misma categoría (32%).

Por otro lado, este hecho sumado a la propia definición metodológica que incluye a toda la ocupación en el servicio doméstico (casi exclusivamente femenina) dentro del espacio de empleos no plenos, implica que el impacto de la no plenitud sea mayor entre las mujeres que entre los hombres. Mientras el 49% del total de las mujeres ocupadas, lo están en empleos no plenos, "sólo" el 35% de los varones ocupados se encuentran en la misma situación.

Una vez más, resulta poco estimulante que el aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo sea a partir de "empleos no plenos", lo cual alienta la hipótesis que en el proceso de reforma y ajuste estructural en ningún momento estuvo contemplada la perspectiva de género, siendo más grave aún, en tanto las mujeres siguen siendo fuerza de trabajo barata, cuyos derechos son fáciles de postergar.

A su vez en todas las categorías ocupacionales las mujeres perciben menores ingresos que los hombres. Esas diferencias en las remuneraciones aumentan con la edad y la calificación, siendo mayor la diferencia en niveles superiores de instrucción: el ingreso promedio de las mujeres representa el 60% del de los varones de iguales condiciones educativas. De acuerdo con datos de octubre de 1998, las mujeres perciben en promedio el 67% de los ingresos de los varones. Las mayores brechas salariales entre ambos sexos se registran a partir de los 40 años, y las diferencias más pronunciadas se detectan en las actividades por cuenta propia, en el sector servicios, comercio o industria y en personas con mayores niveles de calificación. El menor ingreso de las mujeres se asocia a la mayor subocupación.

La complejidad del fenómeno de la situación ocupacional femenina, se agrava aún más si se tiene en cuenta la heterogeneidad y segmentación intra-género. Pero el problema no termina aquí. A esto debe sumarse el trabajo no remunerado o socialmente útil que, sin dudas, es el que ocupa la mayor parte del tiempo productivo de las mujeres (maternidad, cuidado de enfermos y de ancianos, empresas de familia). Este tipo de trabajo cobra una importancia significativa en el sector salud, en tanto el trabajo voluntario de cuidado y contención de enfermos constituye un aporte fundamental al funcionamiento del sistema. Aquí se observa un doble discurso: por un lado, se considera que es "socialmente útil y digno" pero por otro lado, no se remunera en términos de mercado. Ahora bien, si la valoración positiva del trabajo socialmente útil es legítima, el mismo debería estar suficientemente remunerado. No es éste el caso.

¿Qué ocurrió mientras tanto con las instituciones que procesan estas complejidades? En 1991 se sancionó la Ley Nacional de Empleo (24013/91) que inició un largo proceso de reforma de las condiciones laborales que continúa hasta la actualidad.

Una de los elementos que promovió esta ley fue la creación de programas de empleo para los llamados "grupos especiales de trabajadores" y el sistema integral de prestaciones por desempleo es la política más importante dentro de las denominadas "prestaciones específicas". La específica instrumentación de este tipo de prestaciones deja en claro que está pensada para aliviar el impacto del ajuste de planteles o la desaparición de unidades productivas en los grupos más formalizados del mercado laboral. De hecho el impacto de este programa es marginal, alcanzando su cobertura a menos del 7% del total de desocupados/as.

Más adelante, se profundizó la flexibilización laboral mediante diversos mecanismos. Por un lado, a través del dictado de sucesivas normas que derogaron o condicionaron algunos derechos laborales y restringieron el alcance de otros. Además, se sancionó una ley sobre "riesgos del trabajo", que elimina el viejo régimen de indemnización por "accidentes de trabajo" por una compensación monetaria mensual, elimina toda posibilidad de accionar en caso de culpa por parte del empleador (sólo se puede accionar por dolo manifiesto) y limitando su responsabilidad a la cobertura mediante un seguro en compañías (Administradoras de Riesgos del Trabajo) que funcionan con la misma lógica que las administradoras de fondos de pensiones.

Asimismo, se congeló el salario mínimo, vital y móvil, se eliminaron las cláusulas indexatorias de ajuste salarial y los aumentos salariales se condicionaron a incrementos de la productividad. Este nuevo régimen tiende a descentralizar la negociación salarial en el ámbito de empresa, elimina la obligatoriedad de homologación ministerial de los acuerdos salariales, reduciendo así el control estatal

del cumplimiento de las cláusulas de productividad y precios. En los hechos, la productividad creció y los salarios no. Más precisamente los indicadores muestran que el empleo, particularmente el que responde a las características de empleo pleno, se convirtió en un bien escaso en el país.

El nivel y la distribución del ingreso acompañaron los comportamientos del mercado de empleo. En el período 1993-99, mientras aumenta el PBI per cápita (18%), el ingreso familiar promedio captado por la EPH cae (5%). Este fenómeno no se debe como en el pasado a la aceleración inusitada de los precios sino que se explica por factores estructurales vinculados con la transformación global de los principios de organización de la sociedad y, particularmente, por la precaria inserción de los/as ciudadanos/as en el mercado laboral. De esta manera, entre 1993 y 1999 la participación del quintil de ingresos más bajos en el total del ingreso se reduce de 7,5% a 6,8%, mientras la participación del quintil más rico se eleva de 43% al 45%. Esto hace que la relación de inequidad⁸ se eleve en este período más del 30%, resultando en 1999 el ingreso medio del decil más rico de la población 25,5 veces mayor que el ingreso medio del decil más pobre⁹.

La situación en el mercado de empleo remunerado y la profundización del patrón regresivo en la distribución de los ingresos, se evidenció también en los indicadores de pobreza por ingreso. Así, en el aglomerado del gran Buenos Aires, el porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza (LP) se elevó del 16.3% en 1991 al 18.9% en 1999, mientras en el porcentaje de personas con ingresos inferiores a la LP se incrementó del 21.6% en 1991 al 26.7% en 1999.

3. El ambiente político-institucional y socio-cultural

Dos fueron los aspectos de diseño institucional que se buscaron consolidar en el proceso de reforma en Argentina a partir de 1989. En primer lugar, se difundieron las reformas dentro del denominado proceso de “modernización del Estado”, como imperativo ineludible para consolidar la estabilidad económica y los cambios institucionales. De esta forma se consideró al ordenamiento jurídico existente, al momento de comenzar con las reformas, como un impedimento para la modernización del Estado. Este discurso fue recurrentemente utilizado, especialmente para fundamentar la urgencia por reformar las instituciones laborales, y fue avalado por los organismos internacionales de asistencia crediticia.

En segundo lugar, se reformó en 1994 la Constitución Nacional incorporando un extenso listado de derechos, que abarcan amplios aspectos de la ciudadanía, incluso de los debates más actuales en ésta dirección. Se incorporaron al texto constitucional una serie de Pactos y Tratados Internacionales que garantizan los derechos humanos fundamentales: Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, la Convención Internacional de Derechos del Niño, etc. Por ley 24632/96 se sancionó la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia "Convención de Belem do Para".

En esta dirección, en 1998 se sancionó el Pacto Federal del Trabajo que suscribe e incorpora explícitamente el Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Varones y Mujeres en el Mundo Laboral y la Comisión Tripartita Argentina de Igualdad de Trato y Oportunidades entre Varones y Mujeres en el Mundo Laboral (Octubre 1998) que fue relanzada en Noviembre de 2000, integrada por representantes del Ministerio de Trabajo, del Consejo Nacional de la Mujer, representantes de las cámaras empresarias, de los sindicatos y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Desde esta perspectiva, la reforma constitucional y las leyes posteriores resultan inobjetables, en tanto los nuevos derechos sancionados, implican un importante avance hacia una normativa más pluralista en términos de ciudadanía. A su vez, se avanza en no considerar únicamente a los Derechos

⁸ Definida como la relación entre el ingreso medio del decil más rico y el ingreso medio del decil más pobre.

⁹ Elaboración propia, según datos de la EPH para el aglomerado del gran Buenos Aires (GBA), 1999.

Sociales como derivados de los derechos laborales. El nudo de la cuestión es el siguiente: el despliegue en la consideración de esferas de ciudadanía en la nueva Constitución -la expresa proclamación de la igualdad y libertad- poco tiene que ver, con la realidad en materia de derechos y beneficios efectivamente percibidos por la población. En otros términos, el gobierno exigió que la adhesión a las normas del sistema se haga en nombre de principios y reglas de ética y de equidad, buscando de este modo legitimar el proyecto reformista. Por el otro, la población debe acatar la reforma realizada en sus instituciones del bienestar (regulaciones en el mercado de trabajo, sistema de salud, educación) las que no representan en absoluto valores de equidad y mucho menos de igualdad.

La utilización de estos criterios divisorios y excluyentes, no vino a resolver los problemas de eficiencia, eficacia y equidad que fundamentaron las reformas. Específicamente la perspectiva de género en ningún momento formó parte de la “agenda” reformista. Sin restarle importancia a los acuerdos transversales como el Pacto Federal del Trabajo, o la Comisión Tripartita y demás marcos regulatorios que implican avances sustanciales, no se produjo una verdadera incorporación de la problemática de género en la política laboral. Dicho proceso es todavía incipiente, fragmentado y marginal.

B. El ambiente programático de las políticas sociales

A comienzos de los años ochenta el gasto público consolidado total (GPCT) representaba alrededor de 1/3 del PBI y la mitad de este valor correspondía a finalidades sociales (GPS)¹⁰. Desde entonces y hasta la fecha, el cociente del GPS/PBI se mantuvo oscilante en torno de 17-18 % del PBI, a pesar de la reducción del peso relativo GPCT/PBI, cuyo promedio en el período 1990/97 se ubica en 28,5%. Este nivel de GPS/PBI es más bien bajo, si se considera que el promedio de los países de la Unión Europea es de 32%. En valores absolutos el GPS de la Argentina significa alrededor de u\$s 1.500 por habitante año.

Cuadro 4
GASTO PÚBLICO SOCIAL CONSOLIDADO
(% del PBI)

	1980	1987	1992	1997
Gasto Publico Social	16,1	18,9	18,3	17,0
Educación	3,3	4,1	3,5	3,6
Salud	3,5	4,2	4,1	3,8
Agua potable y alcantarillado	0,3	0,2	0,1	0,1
Vivienda y urbanismo	0,9	0,8	0,4	0,4
Promoción y asistencia social	0,8	1,1	0,9	0,9
Previsión social	5,7	6,9	7,8	6,7
Trabajo	0,9	0,6	0,6	0,7
Otros servicios urbanos	0,7	0,8	0,9	0,8

Fuente: Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP), sobre la base de datos de la Dirección Nacional de Programación del Gasto Público Social (DNPGPS), MECON, *El Gasto Público Social, 1980-1997*.

Las principales características del GPS y su evolución pueden sintetizarse como sigue: i) La rigidez de la prioridad macroeconómica del gasto social tiene lugar en un contexto de ampliación de las desigualdades social y aumento de la pobreza; ii) La evolución del gasto a lo largo de las últimas dos

¹⁰ Los datos estadísticos referidos al gasto público consolidado, total y por finalidad, provienen de las estimaciones oficiales del período 1980-97, publicadas por la Secretaría de Programación Económica. La información se presenta hasta el año 1997 porque es la única serie histórica disponible. En 1999 se dieron a conocer en Argentina las nuevas estimaciones de las cuentas nacionales con base en el año 1993. Así, la información disponible para el GPS se reprocesó teniendo en cuenta estas estimaciones sólo para el período 1993-1999. Considerando importante contar con una perspectiva histórica más prolongada, aquí utilizamos la serie anterior. Conforme la terminología difundida por CEPAL (1994) el cociente GPS/PBI revelaría el grado de “prioridad macroeconómica” atribuido a las finalidades sociales.

décadas sigue un claro comportamiento pro-cíclico; iii) El 40% del GPS se destina a financiar el sistema previsional, que fue la finalidad que más se expandió en las últimas dos décadas y que explica la casi totalidad de la expansión del gasto en términos absolutos; iv) A pesar de la hegemonía del discurso focalizador, las partidas destinadas a finalidades asistenciales siguen siendo muy marginales.

La expansión del gasto simultáneamente con la reducción de los impuestos sobre la masa salarial y el deterioro de las condiciones generales del mercado de trabajo explican gran parte de la erosión de las fuentes de financiamiento de las políticas típicas del seguro social y la consecuente apropiación de otras fuentes de recursos no específicos (por caso, parte de la masa de recursos coparticipables).

En esta dirección los postulados que impulsaron las reformas en materia de políticas sociales, fueron los siguientes: a) La idea de segmentación de las necesidades y de las demandas de cada grupo social, de forma tal de promover la organización de las instituciones en base a intereses particulares.; b) Redefinición del concepto y las áreas de competencia de los bienes públicos y privados, para incluir a las áreas sociales dentro de la lógica de funcionamiento del mercado; c) Recaudación tributaria asentada en impuestos regresivos y de base universal, y una mayor desintegración entre la carga tributaria y los beneficios personales, en las restantes políticas sociales; d) Fomento de vínculos más estrechos entre aportes y beneficios en los seguros sociales; e) Exclusión de los grupos sin capacidad de demanda de las instituciones centrales de la política social; f) Privatización de la administración y de la gestión de los servicios sociales; g) Mayor número de programas asistenciales focalizados como forma de respuesta a los problemas sociales.

En relación con estos últimos, la mayoría de los programas sociales que se diseñaron, incorporaron un "componente" mujer como "población objetivo" de los mismos, como si fueran neutros en términos de género. La consecuencia de ello, es la implementación de políticas focalizadas para los grupos vulnerables en desmedro del fortalecimiento de las instituciones de política social de corte universalista y de acceso incondicional a todos los ciudadanos/as. De hecho el tratamiento que se da a la mujer y a la pobreza se orienta hacia la consolidación de criterios excluyentes de la población. De allí la urgencia en revisar estas líneas de acción para iniciar acciones de consolidación de derechos de ciudadanía y no de reproducción de beneficiarios/as.

C. Mecanismos nacionales de incorporación de la perspectiva de género

El análisis del proceso de reforma y ajuste estructural da cuenta de políticas y prácticas sociales que entran en contradicción con la adhesión constitucional de eliminar los mecanismos de discriminación entre sexos. La pregunta que cabe formularse entonces, es la siguiente: ¿qué acciones y mecanismos institucionales se han diseñado para promover una incorporación transversal de la equidad de género en las políticas económicas y laborales?

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 ello¹¹.

En tanto el interés del presente trabajo refiere a la institucionalización de dicha perspectiva en la política económica y laboral, con especial énfasis en el sector salud, se parte del supuesto que el objetivo

¹¹ Tal como señala Rico (2000) un enfoque de institucionalización y de transversalidad desde una perspectiva de género 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, las estrategias 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.

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 se pudo comprobar que el proceso de reforma y ajuste estructural aplicado en Argentina (1989-1999) privilegió la estabilidad de precios y el crecimiento de los indicadores macroeconómicos en desmedro de la estabilidad y el crecimiento del empleo. El escenario en el cual se deben pensar de ahora en más estrategias para la institucionalización de la equidad de género en el ámbito de las políticas públicas, es precisamente un escenario de retracción de las instituciones sociales y de precarización del empleo.

En Argentina, el Consejo Nacional de la Mujer (CNM), es el mecanismo institucional al efecto y persigue los siguientes objetivos: i) Legitimar ante la sociedad la relevancia de la equidad de género para el fortalecimiento de la democracia; ii) Impulsar políticas públicas con perspectiva de género que contribuyan a la superación de las diversas formas de discriminación contra las mujeres y promuevan las condiciones sociales adecuadas para garantizar a las mujeres el ejercicio efectivo de sus derechos; iii) Fortalecer las áreas Mujer provinciales y locales e impulsar la articulación de acciones conjuntas. Estas áreas mujer son 21 en todo el país y en distintos ámbitos jurisdiccionales.

En esta dirección, las líneas estratégicas que ha establecido la actual conducción, se pueden resumir de la siguiente manera: i) Impulso y monitoreo del efectivo cumplimiento de las Convenciones Internacionales; ii) Interlocución con la sociedad civil; iii) Transversalidad en las políticas públicas; iv) Fortalecimiento de vínculos con el Poder Judicial y el Poder Legislativo (Nacional y Provincial) ; iv) Federalismo.

Tal como puede visualizarse existen mecanismos nacionales y provinciales para lograr la institucionalización de la perspectiva de género. Se trata entonces de fortalecer el accionar del Consejo Nacional de la Mujer a partir de compromisos concretos y efectivos. Esto es, que la búsqueda efectiva de equidad de género trascienda a las oficinas de la mujer (Consejo Nacional y oficinas provinciales) y pase a ser un objetivo incorporado en cada una de las estructuras gubernamentales y no gubernamentales. Esto significa que no se trata de asumir compromisos nominales sino claramente se requiere de una voluntad política de concretar procedimientos efectivos que aseguren la incorporación transversal del enfoque de género en los diversos ámbitos de las políticas públicas.

Lo interesante aquí, es que a partir de la reforma constitucional lo anterior surge como un mandato explícito en tanto se incorporó un amplio listado de Derechos Sociales, además de los pactos y Tratados Internacionales. Esto significa que existe un amplio campo de acciones, que refieren a las formas concretas de exigir al Estado que cumpla sus obligaciones asumidas en dichos instrumentos legales.

En consecuencia, promover acciones de reconocimiento de los derechos individuales y sociales que incorpora la Constitución, desde una perspectiva de género, implica cumplir un rol fundamental en los procesos de transformación de políticas públicas, acciones que deberían estar apoyadas por las decisiones judiciales. Esto significa que si bien los jueces no resuelven sobre políticas públicas, sino sobre derechos individuales, resulta clave el conocimiento que los mismos tengan de ellas para poder, de este modo, participar en el proceso de planificación de las mismas por parte del Poder Ejecutivo y del Legislativo. Precisamente, se trata de advertir sobre la posibilidad de accionar en esta dirección para poder ampliar las esferas de transversalidad desde una perspectiva de género. La Constitución reformada otorga para ello el marco adecuado.

II. El sector salud en Argentina

El modelo de organización del sector salud en Argentina en general, y en cada una de las provincias en particular, se caracterizó históricamente por una división en tres subsectores: *público* -que depende de las administraciones pública nacional, provincial y municipal, conformado por la red de efectores de salud-, el *subsector privado*, -con una compleja red de instituciones empresariales de diagnóstico, clínicas y sanatorios- y el de la *seguridad social* integrado por las *Obras Sociales (O.S.)*.

En las relaciones funcionales entre los diferentes subsectores en lo que respecta a la seguridad social médica, destacan tres roles básicos: la financiación que corresponde a las denominadas *obras sociales*, la práctica a cargo de los *prestadores privados* y la normatización atribuida a la *autoridad pública*, como también la atención directa por medio de la red de efectores de salud y la financiación del sistema. A partir de los años 60 se producen transformaciones de importancia en la organización de cada uno de estos subsectores y las relaciones que los vinculan, conduciendo a la configuración del sistema que hoy todavía es objeto de reforma.

Esta conformación histórico-institucional del sector salud, es la que se ha visto más afectada por el proceso de reconversión que ha sufrido Argentina en la última década, al punto que existe consenso en señalar que *hoy no se puede seguir utilizando esta clasificación, como consecuencia de la reforma sectorial acontecida en los últimos años*.

Es a partir de esta lógica, que resulta imprescindible analizar el contexto institucional que enmarca el proceso de reforma, definido por las relaciones que históricamente vincularon a los distintos subsectores entre sí, a los actores intervinientes y a las relaciones con distintos organismos del Estado, los límites y potencialidades resultantes de las nuevas formas organizacionales y sus respectivos marcos regulatorios.

Aquí se debe señalar la escasa consideración de la problemática de los trabajadores/as del sector salud.

A pesar de un sostenido discurso en relación con la importancia estratégica del recurso humano en salud, de su rol clave en el desarrollo sectorial, existen pocos estudios que den cuenta de un tratamiento sistemático de la situación de los ocupados/as en el sector como tampoco una continuidad en la línea de políticas sectoriales¹². Esta situación se agrava aún más si se tiene en cuenta la perspectiva de género, ya que son todavía más escasos los estudios y líneas de investigación que traten la situación de las trabajadoras en este sector. Precisamente este es el eje central del presente trabajo.

Entre las particularidades del sector salud, una de ellas refiere a la segmentación de la demanda en i) sectores carenciados y bajos, quienes acuden al sistema público; ii) sectores bajos estructurados, medios y medios-altos, que tienen seguro social por alguna de las Obras Sociales a partir de su categoría de trabajador/a asalariado y por rama de actividad; y finalmente, iii) los sectores altos que no están asegurados en el sistema de Obras Sociales, pero son usuarios del subsector privado.

La complejidad jurisdiccional del sector, donde convergen capacidades normativas, financieras y de posesión de recursos que son compartidas por los ámbitos federal, provincial y municipal, lleva a señalar que no es posible analizar la política de salud en el ámbito federal o "nacional", y con ello llegar a conclusiones válidas para todo el territorio del país (Katz et al: 1993). Esto se entiende en tanto la forma principal de organización de los prestadores privados es de naturaleza provincial o municipal. Es decir, cada escenario provincial está influenciado por factores de índole local y nacional. Por lo tanto, el sector salud verdaderamente existente en Argentina, es múltiple y diferente según cada escenario provincial¹³.

Esto significa que la cobertura que brinda el sector público es diferente de acuerdo a la zona o provincia donde se encuentre el paciente. En el caso de las Obras Sociales, la calidad de la cobertura dependía históricamente de la rama de actividad que se desempeñaba el trabajador/a afiliado y en el caso del sector privado su desarrollo es variable en función de la localización, siendo mayor en los centros urbanos más desarrollados y de acuerdo al grado de incorporación de tecnología.

A su vez, el subsector público asume prácticamente en su totalidad las acciones de prevención, enfermedades infecto-contagiosas, internación psiquiátrica y al tiempo que sostiene una red de servicios de emergencia médica y guardias hospitalarias, especialmente en las provincias y regiones más deprimidas económicamente. A pesar de la crisis y desfinanciamiento, en muchas regiones del país el hospital público continúa como el único servicio accesible para un importante número de ciudadanos/as. Como contraposición el sector privado ofrece un variado menú de prácticas médicas, que incluyen prestaciones de alta tecnología de diagnóstico y atención, servicios de hotelería hospitalaria, que marcan una diferencia significativa en términos de accesibilidad y de rendimiento, como también de satisfacción del usuario/a.

El objetivo principal del análisis del sector salud que se realiza a continuación, consiste en revisar el marco regulatorio global, y las políticas concretas reglamentadas por el Ministerio de Salud de la Nación, ejemplificando en algunos casos -en los que se dispone de información- los comportamientos particulares de los actores involucrados. Por ello, el análisis comienza con una breve caracterización del desarrollo histórico del sector salud en Argentina, los puntos de discusión en las reformas que se llevaron a cabo, las recomendaciones de los organismos internacionales, la desregulación del sector e

¹² Obviamente no se desconocen las reiteradas recomendaciones y líneas de investigación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al igual que el Ministerio de Salud de la Nación, como de otras instituciones públicas y privadas. El aspecto que se busca remarcar es que no existen fuentes primarias actualizadas, como tampoco estimaciones de la cantidad de trabajadores/as involucrados en el sector.

¹³ Sojo (2000) en el marco de un estudio comparativo sobre la reforma en salud entre cuatro países latinoamericanos (Argentina, Colombia, Chile y Costa Rica) avanza en la consideración de estos como potenciales cuasimercados de salud, definiéndolos como sistemas particulares de relaciones de intercambio económico, basadas en un marco regulatorio y dotados de un sistema de incentivos, con implicancias respecto de la morfología del sector social en el cual se desarrollan y que suponen relaciones que tienen una relativa permanencia en el tiempo, como aquellas que se establecen en los contratos de gestión.

implementación de la normativa del Hospital Público de Autogestión, el mecanismo de libre elección de Obras Sociales y los cambios en el sector privado.

A. Marco histórico-institucional del sector salud

En la conformación histórica del Estado argentino, la salud, al igual que la mayoría de las políticas sociales, fue definida por las administraciones centrales nacional o provincial e implementada por medio de sus órganos territoriales, desconcentrados en forma homogénea y programados con carácter universalista. La participación del Estado Nacional se evidenció fuertemente a partir de los años 40, y se consolida un modelo de provisión de la salud, a partir de la concurrencia del sector público (sistema hospitalario y centros de atención ambulatoria de contenido universalista) y de la seguridad social (centrado en las obras sociales). Las Obras Sociales pasaron de este modo a integrarse en un sistema organizado, en su gran mayoría, alrededor de sindicatos y financiadas por un impuesto sobre el salario de afectación específica.

Este sistema creció en forma dispar en términos de cobertura, y en la complejidad de las prestaciones, generando una estratificación en el interior del mismo. En lugar de interactuar en forma coordinada entre los establecimientos dependientes del sector público y los fondos derivados a las obras sociales, éstas últimas comienzan a contratar, a partir de la década del '70, los servicios de atención al sector privado. De ésta manera, el sector privado se constituye en el último destinatario del financiamiento. Paralelamente el sistema público propiamente dicho se fue desjerarquizando y descapitalizando quedando como receptor de sectores sociales sin cobertura social y con enfermos crónicos.

A partir de 1970 se universaliza el sistema financiador de atención médica, al incorporar a todos los trabajadores/as en relación de dependencia de manera obligatoria -a partir de la sanción de la Ley 18.610 que atribuye al sistema de obras sociales el status de entes financiadores de la atención médica- y faculta a los empleadores como agentes de retención de los aportes. El manejo de los fondos queda en el sindicato respectivo y se les otorga a las O.S. la autorización para prestar servicios de manera directa o por contratación. Se crea el fondo de Redistribución, integrado por el 10% de las recaudaciones de cada entidad, con el objetivo de socorrer a las O.S. de menores recursos. Este modelo se expande hasta cubrir a gran parte de la población asalariada y se consolida un modelo prestacional orientado hacia la reparación de la enfermedad y las prestaciones de alta complejidad, dejando de lado acciones preventivas.

El punto crítico en todo el desarrollo del sistema es el “manejo de los fondos”, en tanto ha generado fuertes disputas, negociaciones y alianzas cada vez que se han discutido proyectos tendientes a unificar o integrar el sistema de salud. En forma paralela al desarrollo del sector de Obras Sociales, aparecen a principios de la década del 60, formas privadas de financiamiento indirecto de la salud. Es el caso de las empresas de medicina prepagas o planes médicos para entidades médico-sanatoriales. Su ingreso es voluntario y captan principalmente a sectores de clase media o de mayores ingresos, ofreciendo especialmente prestaciones de alta complejidad.

Este modelo particular de provisión de la salud, experimenta paulatinamente un creciente deterioro con respecto a patrones de eficiencia operativa, eficacia y equidad distributiva, y se vuelve absolutamente crítico a comienzos de los años ochenta. Entre otras razones, esta crisis se produce debido a la falta de capacidad de la estructura prestadora existente para financiarse, como también para brindar servicios, recayendo el financiamiento sobre los propios beneficiarios/as, y disminuyendo la calidad y cobertura de las prestaciones que afecta a todo el sistema, y en consecuencia, excluyendo amplios sectores de la población.

Con el retorno a la democracia, se inicia un largo período de discusión y negociación en torno al proyecto del Seguro Nacional de Salud (SNS), el cual no fue tratado como proyecto global, por la tenaz oposición sindical, concluyendo el proceso recién a finales de 1988 tras la aprobación de la ley de Obras

Sociales y la del Seguro Nacional de Salud, con gran cantidad de modificaciones al proyecto originario. Se establecen nuevos porcentajes de aportes a las O.S.: cada trabajador/a aporta obligatoriamente el 3% de su remuneración (y con la opción de pagar un 1,5% más e incluir a personas que convivan con el titular y no sean familiares directos) y para el empleador/a el 6% de la nómina salarial. Las reglamentaciones correspondientes se realizaron en forma parcial por decreto en 1990, y con la sanción de las reformas en 1996 y principios del 97, se han producido una serie de modificaciones que cambian el sentido de la ley.

Las Obras Sociales pasaron, de este modo, a ser el centro del debate para su reforma entre el gobierno, que propuso desde 1991, la “libre elección de la O.S.”, pasando por la puja al interior de los gremios y de las prepagas privadas. Esta propuesta se tradujo en un largo proceso de negociación, con marchas y contramarchas, con sucesivas discusiones entre el gobierno y los sindicatos.

B. Cobertura y financiamiento del sistema

Antes de comenzar el análisis de la reforma, resulta interesante dimensionar la estructura del sistema. En términos de cobertura, existe cierto grado de confusión de acuerdo con las fuentes de información, tanto por déficits de registro como falta de coincidencia entre las distintas fuentes o los coeficientes de variación superan el 20%. De este modo, y de acuerdo con datos de la Encuesta de Desarrollo Social para 1997, la población con cobertura por Obras Sociales (incluyendo los que tienen obra social y plan médico) abarca al 62% de la población (Cuadro 5).

Cuadro 5
POBLACIÓN TOTAL POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE
INGRESO PER CAPITA DEL HOGAR. AÑO 1997. TOTAL DEL PAÍS
(En porcentajes)

Tipo de cobertura de salud	Total	Quintil de ingreso per capita del hogar				
		1	2	3	4	5
Total con cobertura de obra social	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mutual pre-pago	62.4	35.6	60.0	70.7	81.7	89.3
Sólo con cobertura de sector público (1)	37.6	64.4	40.4	29.3	18.3	10.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Obra social	50.3	30.4	51.2	59.2	65.8	61.1
Mutual o pre-pago	7.9	3.8	6.6	7.4	10.7	16.1
Obra social y pre-pago	4.2	1.4	2.2	4.1	5.2	12.2
Sólo emergencia	1.3	1.4	1.1	1.8	1.2	1.0
Sólo con cobertura de sector público (1) Incluye sólo emergencia	36.3	63.0	38.9	27.5	17.0	9.7

Fuente: Encuesta de Desarrollo Social. Base Usuarios Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO), setiembre 2000.

En el caso de los ocupados/as asalariados, el 60% tiene afiliación directa a una O.S., variando considerablemente para los ocupados/as no asalariados ya que aproximadamente el 53% acude al hospital público. La cobertura se limita, en la mayoría de los casos, a emergencias médicas (SIEMPRO: 2000). Lamentablemente no existe información desagregada por sexo, cuestión fundamental para el análisis del impacto de la cobertura del sistema, ya que existen marcadas diferencias entre hombres y mujeres como usuarios/as de los servicios de salud. Tampoco se conocen datos de los servicios de salud mental.

Según datos de la Superintendencia de Seguros de Salud (1999) existían 290 Obras Sociales en 1999, estimándose que para noviembre del 2000 existían 260 O.S.

1. Gasto Público en salud

El financiamiento del subsector público de salud se encuentra integrado por recursos provenientes del presupuesto estatal y administrados por los gobiernos nacional, provincial y municipal. De esta

forma el Ministerio de Salud de la Nación es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica, comprendiendo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud en todo el país que consisten en promoción, prevención, recuperación, asistencias y rehabilitación.

Por su parte, los gobiernos provinciales garantizan la salud a su población, en ejercicio de una facultad constitucional no delegada al gobierno nacional ni a las administraciones municipales. Esta facultad es ejercida a través de los correspondientes Ministerios de Salud provinciales y en algunos casos, los municipios gestionan efectores de baja complejidad y son financiados por recursos municipales o provenientes de coparticipación provincial o nacional. Las relaciones entre la Nación y las provincias se articulan a través del Consejo Federal de Salud (COFESA) integrado por los ministros de salud provinciales.

El gasto público en salud representa en 1997, 3,78 puntos del PBI, lo que significa un incremento respecto de comienzos de la década del 80, pero un descenso respecto a los valores máximos logrados en 1987, cuando el gasto en salud llegó a representar más del 4% del PBI. Esta variación se atribuye principalmente al crecimiento relativo de los fondos destinados a la atención pública de la salud, mientras disminuye la participación de las obras sociales en el total del gasto, con excepción de la obra social de los jubilados (PAMI).

En términos monetarios el gasto se expande de manera constante desde comienzos de la década del 80. Entre 1980 y 1997 el gasto total en el sector se incrementó más del 40%, mientras este gasto ponderado por la población (gasto per cápita) sólo lo hizo en 12%. Esta diferencia demuestra que resulta importante analizar la expansión del gasto social teniendo en cuenta sus componentes.

El gasto puede expandirse como efecto del crecimiento demográfico, como efecto de un aumento en la cobertura o como efecto de un incremento de los costos unitarios de producción. En el caso del sector salud, no resulta posible evaluar de manera independiente cada componente con precisión, en particular porque resulta muy difícil conocer con relativa exactitud la evolución de la cobertura. Sin embargo puede afirmarse que gran parte de la expansión se explica por el incremento relativamente mayor de los precios de los bienes y servicios de salud respecto a los índices generales.

Hay un aspecto que no puede dejarse de lado que se refiere a cuánto destina un hogar al financiamiento de las prácticas de salud. Esta información surge de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares cuyos últimos datos disponibles son los de la recolección realizada en 1996-9¹⁴. Analizando la estructura del gasto de los hogares a nivel nacional surgen algunas evidencias importantes de la incidencia del ingreso destinado a salud en la estructura de gastos del hogar.

El quintil de hogares más pobres, destina una proporción significativamente menor de su gasto a "salud" (4,2% contra 9,1%), lo cual indicaría una mayor presencia allí del servicio hospitalario público y menores niveles de atención. Lo mismo sucede con los gastos en educación: 1,8% contra 4,6%.

Si se considera sólo el caso del Gran Buenos Aires y se compara la encuesta de 1996/97 con la realizada en 1985/86 (que sólo se relevó en este aglomerado), uno de los cambios más significativos que se verifican es el aumento de la participación de ciertos componentes de servicios. Por ejemplo, se puede resaltar para el total de hogares el incremento en la participación en el total del gasto de los rubros "atención médica y gastos para la salud" (de 6,6% a 9,8%) y "educación" (de 3,2% a 4,2%), lo cual está respondiendo a esfuerzos familiares por cubrir el deterioro de la cobertura y las prestaciones de los sistemas de atención pública de la salud y de la educación.

¹⁴ Esta encuesta la realiza el INDEC cada diez años y releva información con el objetivo primordial de ajustar las ponderaciones del índice de precios al consumidor, aunque también provee datos acerca de ingresos, vivienda y variables demográficas y socio-ocupacionales, INDEC (1998).

Cuadro 6
GASTO PÚBLICO EN SALUD

En miles de \$ de 1997	1980	1987	1992	1997
II.2. Salud	8.502	9.923	10.783	12.146
II.2.1. Atención pública de la salud	3.106	3.692	4.297	5.146
Subtotal Obras Sociales	5.396	6.231	6.486	7.000
II.2.2. Obras sociales - Atención de la salud	4.286	4.830	4.491	4.834
II.2.3. INSSJyP – Atención de la salud	1.110	1.401	1.995	2.167
En % del PBI	1980	1987	1992	1997
II.2. Salud	3,52	4,24	4,06	3,78
II.2.1. Atención pública de la salud	1,29	1,58	1,62	1,60
Subtotal Obras Sociales	2,24	2,66	2,44	2,18
II.2.2. Obras sociales - Atención de la salud	1,78	2,06	1,69	1,50
II.2.3. INSSJyP – Atención de la salud	0,46	0,60	0,75	0,67
Per cápita en \$	1980	1987	1992	1997
II.2. Salud	302,6	318,1	322,6	340,5
II.2.1. Atención pública de la salud	110,5	118,4	128,6	144,3
Subtotal Obras Sociales	192,1	199,8	194,1	196,2
II.2.2. Obras sociales - Atención de la salud	152,6	154,9	134,4	135,5
II.2.3. INSSJyP – Atención de la salud	39,5	44,9	59,7	60,7

Fuente: Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP), sobre la base de datos de la Dirección Nacional de Programación del Gasto Público Social (DNPGPS), MECON. *El Gasto Público Social, 1980-1997.*

Finalmente, el consumo de medicamentos disminuyó de 500 millones de unidades anuales, en 1995, a 400 millones, en el año último, es decir, una caída del 20%, al tiempo que el precio de los remedios aumentó un 107% entre 1991 y 1997.

2. Capacidad instalada y prestacional

En términos de capacidad instalada, entre 1980 y 1995 se produjo un crecimiento de los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados, habiéndose duplicado los de atención ambulatoria. Así en 1980 existían 6.038 establecimientos sin internación y se duplican en 1995 a 12.775. En el caso del sector público, este fenómeno se debe a la aparición de centros de atención primaria de la salud, y en el caso del sector privado, claramente el fenómeno se relaciona con la incorporación de tecnologías y de diagnóstico por imágenes. En el caso de los establecimientos con internación, no existe evolución, ya que en 1980 se contaba con 3013 establecimientos y 15 años después hay 3310. En el siguiente cuadro se puede visualizar la evolución señalada de acuerdo a la dependencia.

Cuadro 7
EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES 1980-1995

Establecimiento por dependencia	1980	1995
Total de establecimientos públicos	4646	6971
Total establecimientos obra social	364	222
Total establecimientos mixtos		19
Total establecimientos privados	4039	8873
Total	9.051	16.085

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina; 1995.

En 1995 el sector contaba con una capacidad total de 155.822 camas generales y especializadas, de las cuales 54% correspondían al sector público, casi 3% a las obras sociales y algo más del 43% al sector privado. Según los datos presentados por Tafani (1997) el incremento de camas disponibles respecto a 1980 sólo alcanza al 0,44%, siendo el sector privado el único que incrementó su dotación,

compensando la caída de camas disponibles en los otros subsectores. A pesar de esta evolución, el sector público y las obras sociales han tenido como común denominador un promedio de camas por establecimiento que duplica a las del sector privado.

Cuadro 8
CANTIDAD DE CAMAS EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES - 1995

Camas por Dependencia	Cantidad	Part. %
Total de establecimientos públicos	84.094	54,0
Total establecimientos obra social	4.403	2,8
Total establecimientos mixtos	82	0,1
Total establecimientos privados	67.243	43,2
Total	155.822	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina; 1995.

Nuevamente, y desde la perspectiva que interesa en el presente trabajo, el sector público continúa como el principal proveedor de servicios de internación y como un importante empleador en las economías provinciales, mientras que el empleo privado se concentra en los establecimientos de tipo ambulatorios, que a pesar que difiere la escala, igualmente resultan importantes tomadores de mano de obra.

Respecto a la utilización de estos establecimientos y camas de acuerdo con los datos de la Encuesta de Desarrollo Social en 1997 la mayoría de las consultas se realizan en establecimientos privados (61,5 %) y son financiadas tanto por O.S. o prepagas. En el caso de las consultas realizadas en los establecimientos públicos (38,5 %) el 82% aproximadamente es financiado por el sistema público de salud.

C. La reforma sectorial

Tal como fue señalado, el largo proceso de crisis, deterioro y desfinanciamiento de todo el sistema de salud, como la desmovilización de los actores sociales, abrieron el camino para el paquete final de reformas, que recién se logró definir, tras largas negociaciones en 1996 y que aún no ha sido implementada totalmente. El eje de la reforma -discutida desde 1991- se fundamenta en la redefinición respecto del rol del Estado en el sistema de salud, el futuro del hospital público y su reconversión sobre la base de criterios de eficiencia y competitividad, y la conducción de las O.S. a partir del supuesto de desregulación del sistema y de libre elección de las entidades.

1. El sector público

Una de las estrategias previas a la reforma del hospital público consistió en fortalecer la propuesta de descentralización y desconcentración de efectores de salud. El proceso que comenzó a principios de los 80, culmina en el inicio de la década del '90 con la transferencia de todos los hospitales nacionales a las provincias, y de estas a los municipios. A pesar de haber sido presentado como un proceso descentralizado, en los hechos y salvo excepciones, se produjo un traspaso de establecimientos y del consiguiente recurso humano afectado a los mismos. Las acciones preventivas, planes y programas asistenciales, como por ejemplo los programas materno-infantiles, se encuentran bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación. A su vez las provincias se enfrentan con serios problemas de financiamiento y han transferido, en muchos casos, a los gobiernos municipales los efectores, dependiendo la mayoría de los casos de la voluntad y habilidad de los gobiernos locales (provinciales y municipales) de consolidar servicios de salud propios. Esta estrategia es la que se prolonga en los hospitales de autogestión.

En 1993 se dicta el Dec. 578 de "Hospitales Públicos de Autogestión" (HPA) por el cual se obliga a todos los agentes inscriptos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, (prestadores públicos o

privados) a pagar las prestaciones que sus beneficiarios/as demanden en los hospitales públicos. Esta disposición marca claramente un cambio en la lógica de funcionamiento, en tanto los hospitales no facturaban sus prestaciones a los pacientes.

Como regla general, cada hospital público de autogestión (HPA) queda facultado a: i) realizar convenios con entidades de seguridad social, ii) complementar los servicios con otros establecimientos asistenciales, iii) cobrar servicios a personas con capacidad de pago, o terceros pagadores (obras sociales, prepagas, etc) iv) brindar atención médica en forma igualitaria y sin diferencias a toda la población estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, luego de ser declarada su situación de "indigencia". El HPA seguirá recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo a la producción, rendimiento y tipo de población tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de "subsidio a la oferta" por el de "subsidio a la demanda".

En relación con los ingresos que perciban los HPA se establece los siguientes parámetros: i) Los ingresos que perciba el HPA serán administrados directamente por el mismo, debiendo establecer la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje a distribuir; ii) Se crea un Fondo de Redistribución solidaria, que será administrado por el nivel central y el HPA debe aportar (no se establece qué porcentaje) para llevar a cabo acciones de Atención Primaria de la Salud (APS). Tampoco se menciona si estas acciones se llevarán a cabo en el radio del HPA o serán de tipo global; iii) Se crean además, al interior del HPA un Fondo para Inversiones y funcionamiento de la infraestructura edilicia del HPA y otro Fondo para la distribución mensual de porcentajes a establecer por la jurisdicción entre todo el personal. No se precisa si lo redistribuible son las ganancias globales del hospital, ya que el personal cuenta con su remuneración habitual, o sólo se prorratea la ganancia entre todos por igual.

Nótese que esto genera también diferencias entre el propio personal ya que algunos están afectados a servicios que generan más ingresos que otros. Las indefiniciones con respecto al Fondo de Redistribución no resuelven este problema, tampoco con relación al personal porque se pretende tener en cuenta criterios de "productividad" y "eficiencia", que a juzgar por los estímulos de "autogestión", serán para los servicios que tienen mayores ingresos. Por otra parte, se aumentan las facultades de la dirección respecto de los recursos humanos del hospital, en tanto se establece, que se puede designar, promover, reubicar o sancionar al personal, pero nada se establece bajo qué jurisdicción queda el mismo. Los recursos humanos son fundamentales en cualquier proceso de reforma que se inicie, y no pueden quedar pautados con disposiciones tan amplias y ambiguas¹⁵.

Paralelamente, y como en muchos de los sectores sociales que fueron reformados, el Banco Mundial desempeñó un papel clave en el rumbo que sigue la reforma sectorial. Este organismo manifestó que la implementación de la normativa y el propio funcionamiento de los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) dependerá de la "modernización" del modelo del tradicional hospital público, como también de un cambio en la cultura organizacional. Así se estima que el impacto de la reforma del Hospital Público, una vez concluida, se traducirá en una reducción del 40% de intervenciones médicas causadas por malas praxis hospitalarias, saneamiento financiero de los hospitales a partir de una facturación del 50% a las obras sociales y prepagas, y el otro 50% por incremento de los pagos de las Obras Sociales sobre los niveles actuales de facturación, además de una reducción del 30% en el promedio de infecciones hospitalarias y de los casos de re-hospitalización por intervenciones deficientes (Banco Mundial: 1995).

Un punto interesante a resaltar es que en todos los informes y propuestas de reforma impulsados por estos organismos, la situación del recurso humano es contemplada solo en forma marginal no

¹⁵ En las entrevistas en profundidad realizadas en el marco del presente proyecto, existe consenso en señalar el "fracaso" del hospital público de autogestión, ya que, por un lado no se revirtió el déficit y desfinanciamiento del mismo, como tampoco las estrategias de facturación de este modelo dieron los resultados esperados ya que los recursos adicionales que se han obtenido no han representado un volumen considerable. Asimismo agregan que aumentaron las pujas distributivas al interior del mismo y resultó perjudicial en términos de la situación del recurso humano sectorial. Para el caso de la población sin O.S. o sin recursos, los entrevistados/as señalan que se los atiende solo en caso de emergencias.

tomándolo como una línea de política a implementar. De esta forma, el eje de la reforma se concentra en el financiamiento del Hospital Público, su adecuación en términos de reingeniería institucional y servicios hospitalarios (ligados a hotelería médica), pero poco se dice de qué pasará con el recurso humano sectorial y su situación postreforma. En este contexto, y teniendo presente que el modelo de los HPA ha sido presentado como una “alternativa” de solución a la actual crisis sectorial, cabe preguntarse: ¿en qué medida el HPA ayuda a resolver o a agravar este problema evidente?

En primer lugar, no se conocen evaluaciones del impacto de la reforma implementada, incluso no hay un registro actualizado de la cantidad de instituciones que efectivamente han adherido al sistema, ya que la última información disponible es de 1996 y señala que 824 hospitales habían adherido a la autogestión (PADH: 2000).

En segundo lugar, el cambio de rol se circunscribe a la demanda: se dice cómo el hospital debe segmentar la demanda entre los que tienen respaldo económico y los que no lo tienen. Esto resulta coherente con la señalada disposición de moverse de un subsidio a la oferta (presupuesto para los hospitales) hacia un subsidio a la demanda; sin embargo no hay ninguna medida o política que le transfiera dinero a las personas, para que se traduzca en demanda. El resultado lógico, como en cualquier mercado, es que en esas condiciones la oferta se acomoda a la demanda. Esto se debe a tres razones: i) la presencia de un mercado imperfecto en materia de salud, ii) los recursos de manejo libre e inmediato son los provenientes de los servicios que la demanda “paga” los cuales tienen prioridad; iii) y en tanto los que no tienen recursos deben justificarlo, se produce una demora (además de una diferenciación) de hecho y de derecho en las prestaciones.

A modo de síntesis, se pueden señalar los siguientes problemas detectados que dificultan el funcionamiento de esta nueva modalidad institucional¹⁶: i) Inexistencia de estructuras organizacionales; como también falta de desarrollo de áreas claves de gestión y de identificación de sus responsables; ii) Grave déficit en materia de recurso humano. Sirva como ejemplo, que aproximadamente el 77% de los partos normales que se produjeron entre 1994-97 fueron atendidos en el sector público, de los cuales solo el 70% fueron atendidos por médicos/as y el 29% por parteras. Esta misma relación cambia sustancialmente en el sector privado, donde el 97% de los partos fueron atendidos por un profesional y solo el 3% por parteras (SIEMPRO, 2000); iii) Información imperfecta para la toma de decisiones y control de gestión; iv) Sistemas de contabilidad deficientes, falta de conocimiento del costo hospitalario (bienes, servicios y procesos) y de tareas de presupuestación y control financiero. En muchos casos se ha tratado de suplir esta deficiencia a partir de la terciarización de la facturación, sin haber logrado por esta vía los resultados esperados; iv) Ausencia de políticas racionales de compras y de mantenimiento de stock; v) Subutilización de instalaciones y equipos, sin generar inversión posterior alguna para el mantenimiento de los mismos o su reemplazo.

Tal como se ha desarrollado a lo largo del análisis, la gravedad de la situación actual del sistema de salud demanda una intervención en forma urgente en el marco de una redefinición de políticas sustantivas en salud. Teniendo en cuenta el crecimiento de los indicadores de pobreza y vulnerabilidad social, se debe al menos mejorar los niveles de atención primaria de la salud, y actuar para evitar que más ciudadanos/as queden excluidos de la atención de la salud.

2. La libre elección de las O.S.

Numerosas y conflictivas fueron las negociaciones durante la reforma del sistema de Obras Sociales. En 1992 se implementa el llamado "Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica" el que establece la categorización de establecimientos asistenciales, control del ejercicio profesional del personal, fiscalización y control sanitario, evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud. Las posteriores discusiones, que duraron varios años incluso hasta la fecha, se centraron en tres ejes: la falta de precisión de la propuesta de prestación básica obligatoria (PMO), la recaudación de los aportes y la incorporación de los seguros prepagos al sistema junto con las O.S., que

¹⁶ Esta identificación de problemas se confeccionó a partir de las entrevistas realizadas en el proyecto.

llevó a conflictivas negociaciones entre el gobierno, los sindicalistas y el sector privado. De esta forma, la reforma se direccionó hacia la desregulación del sistema de O.S. impulsando la libre afiliación a las entidades.

Recién en 1995 se estableció el Prestación Básica Obligatoria (PMO) que comprende determinadas coberturas médico-asistenciales de carácter universal que todas las obras sociales deben garantizar a sus beneficiarios. Las O.S. que no estén en condiciones de dar esa cobertura deben fusionarse o serán liquidadas. En ese mismo año se dictó la reducción de contribuciones patronales¹⁷, estableciéndose una merma significativa en el aporte a cargo de los empleadores, y por consiguiente en los fondos a ingresar al sistema de las O.S. Por otra parte, se establece que ningún beneficiario de O.S. podrá estar afiliado a más de un Agente, debiendo en caso de pluriempleo unificar sus aportes.

Con el objetivo de cumplir los compromisos asumidos ante el Banco Mundial, se puso en marcha el Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS). El mismo consiste en un conjunto de acciones integrales de saneamiento y reconversión de las O.S. para adecuarse a la nueva normativa y lograr conceder las PMO. El crédito que se les ofrece a cada Obra Social, debe ser utilizado para el proceso de saneamiento y reconversión. Dicha "reconversión" consisten en: i) saneamiento financiero: que se destinan principalmente a cancelación de deudas previsionales; ii) reconversión de planta de personal: que consiste en la adecuación de la planta de personal a la nueva estructura, que en la mayoría de los casos trajo como consecuencia la reducción de empleados/as; iii) fortalecimiento institucional: se financia asistencia técnica para el desarrollo y aplicación de sistemas de gerenciamiento, redefinición del modelo prestacional, etc. En la primera fase de implementación solo 29 OS que fueron precalificadas y 19 con reconversión de planta.

En mayo de 2000, el Poder Ejecutivo aprobó el Dec. 446, que establece las últimas medidas en dirección a la implementación de la libre elección de las obras sociales. El art. 1 establece que a partir del 1 de enero de 2001, los beneficiarios/as del sistema de seguro de salud pueden ejercer el derecho a optar por cualquiera de las Obras Sociales adheridas al sistema. El ejercicio de este derecho se podrá hacer una sola vez al año. En el caso que ambos cónyuges fueran afiliados titulares, deberán unificar sus aportes en una misma entidad. La entidad receptora del afiliado está obligada a brindar al mismo, como mínimo la cobertura de la PMO, sin perjuicio que los afiliados/as pudieran convenir con la entidad planes de mayor cobertura. Se modifican los porcentajes de los aportes al Fondo Solidario de Reconversión. El fondo también será repartido de acuerdo a los salarios, lo que ayudará -de acuerdo con la opinión del gobierno- a las obras sociales que tienen mayor mora en el pago.

Asimismo y en el marco de las últimas disposiciones, fue reformulado el Programa Médico Obligatorio (Noviembre 2000) según el cual se implementa un sistema de atención y de prevención que todos los agentes de la salud están obligados a brindar a sus afiliados. Para ello establece la presencia de un médico referente cada mil pacientes y los responsables ministeriales estiman que estas prestaciones favorecerán a alrededor de doce millones de personas. La internación, en sala o en terapia intensiva, y los estudios necesarios no tendrán costos extra.

A pesar de la inminente implementación del decreto de desregulación (Enero 2001) la mayoría de las empresas de medicina prepaga todavía no decidieron si competirán en ese mercado. En el caso de las O.S. también se han generados conflictos y objeciones a la participación, y desde el Estado se promueve la formación de consorcios de O.S., permitiendo a cada OS conservar su individualidad en relación con los afiliados y aportes, debiendo comprometer no menos del 80% de su recaudación a las prestaciones médicas.

3. El crecimiento del sector privado

¹⁷ En 1995 se extendieron los beneficios de la disminución de las contribuciones patronales a todas las actividades con excepción de las desarrolladas por los Estados nacional, provinciales y municipales y se modificaron las tasas de descuento ubicándose la escala entre 5% y 50%. En todo el período el aporte personal permaneció constante en el 3% sobre los montos contributivos del salario.

La oferta privada de salud en Argentina puede agruparse en tres modalidades diferentes: i) los/as profesionales individuales, ii) las clínicas y sanatorios privados, iii) los hospitales sin fines de lucro, mutualidades, creadas y administradas por colectividades extranjeras.

Resulta muy difícil estimar la cantidad de empresas de medicina prepaga que están funcionando actualmente, en tanto no existe un registro de prestadores. En principio se estima que habría entre 180 a 300 en todo el país, cubriendo aproximadamente a tres millones de personas. Se desconoce la cobertura exacta de cada una de las empresas, estimándose que las seis primeras empresas -en términos de cantidad de afiliados/as- cuentan con más de 700.000 afiliados. Mucho menos se puede estimar cuántos ocupados/as tienen.

En materia de regulaciones, el sector privado históricamente se rigió por dos normas básicas: las compañías de seguro se encuentran reguladas por la respectiva ley de seguros, mientras que las empresas de medicina prepaga se rigen por contratos comerciales, con control por parte del Estado. Por ley 24754/96 se estableció que las empresas de medicina prepaga deberán ofrecer a sus afiliados determinadas prestaciones obligatorias dispuestas para las Obras Sociales, es decir el PMO (cobertura en el tratamiento de las personas infectadas con virus como HIV, programas de prevención de estas enfermedades, etc.). De acuerdo a la normativa, si un cliente reclama alguna de las prestaciones comprendidas en el PMO la prepaga está obligada a cumplir.

En esta dirección, mediante las resoluciones de la Superintendencia de Seguro de Salud, N° 246 y 247/00, se estableció que las prepagas que quieran entrar en el Sistema Nacional del Seguro de Salud deberán acreditar un patrimonio de \$ 3 millones si la cobertura es en el nivel nacional; de \$ 2 millones para la Capital Federal y el Gran Buenos Aires y de un millón de pesos para una provincia. Además, se fija una reserva técnica que deberá ser igual a un mes por cada año de cada beneficiario. Dichas reservas técnicas deberán ser invertidas en instrumentos financieros de alta liquidez o en bienes tales como títulos u otros valores de deuda pública nacional o garantizados por la Nación, o bien operaciones financieras en bancos o instituciones habilitados, obligaciones negociables de deuda pública, inmuebles situados en el país.

Un aspecto a destacar es el proceso de concentración y de transnacionalización que ha ocurrido en el sector en los últimos años. El primer fenómeno que se advierte es el de fusión de empresas. Este proceso de adquisición de un grupo, en la mayoría de los casos extranjero, de una o varias empresas se ha ido incrementando llegando un sólo grupo a adquirir hasta cuatro empresas prepagas.

El análisis realizado da cuenta de un cambio fundamental en las relaciones funcionales entre los subsectores, que en el caso del sector privado se evidencia por un sostenido proceso de transnacionalización de las empresas de salud. La consecuencia es una concentración de capitales en empresas ajenas al sector, las que sólo buscan maximizar su rentabilidad. A ello debe agregarse las nuevas articulaciones que se están produciendo entre el sector privado y las OS, que han complejizado aún más el marco institucional. Más precisamente, dos sectores históricamente incompatibles han comenzado a "asociarse" para la captación de clientes. Nuevamente, nada se dice en relación con la situación de los recursos humanos sectoriales, dejando de lado cualquier mención al impacto de la desregulación del sistema sobre dichos trabajadores/as.

D. Un nuevo paradigma sectorial

El largo y controvertido proceso de reforma del sector salud en Argentina produjo una transformación estructural de la conformación y funcionamiento del sector. Este cambio se relaciona, tal como ya fue analizado, con las modificaciones operadas en todo el sistema de políticas sociales en Argentina en la última década.

Sintéticamente se puede definir de la siguiente forma: i) Se produjo un cambio en la lógica de funcionamiento del sector público: del subsidio a la oferta se pasa al subsidio a la demanda; ii)

Transferencia de los efectores de salud y del personal, a las provincias y a los municipios; iii) Falta de consideración de la situación del recurso humano en todo el proceso; iv) Acceso a los hospitales públicos condicionado a la posesión de una Obra Social o a pasar por un test de recursos; v) Exclusión de grandes grupos de la población, especialmente mujeres que son las principales usuarias del hospital público; vi) Desregulación del sistema de Obras Sociales y de la medicina privada, bajo la lógica de una competencia regulada; vii) Libre elección de la O.S., unificación de aportes y obligatoriedad de afiliación; viii) Obligatoriedad de Prestación Médica Obligatoria (PMO) para OS y empresas de medicina prepaga.

No se ha incorporado -salvo las excepciones aquí mencionadas- la perspectiva de género en las políticas de salud. Las acciones que existen las lleva adelante el sector público, especialmente en materia de prevención (por caso Plan Nacional de reducción de mortalidad infantil), mientras que en las Obras Sociales y el sector privado es una perspectiva prácticamente inexistente.

Esta falta de incorporación de la perspectiva de género es aún más evidente en materia de políticas de empleo sectorial, situación que se analiza en el próximo capítulo.

Este nuevo paradigma sectorial tiene efectos directos sobre las condiciones de trabajo, sobre el número y composición del personal, sobre las remuneraciones y sobre las competencias necesarias para responder a estas transformaciones (institucionales, científicas y tecnológicas). Este efecto es válido para todos los subsectores.

III. Recursos humanos en salud

Tal como se mencionó a lo largo del análisis aquí desarrollado, la problemática del recurso humano en salud no fue abordada durante el proceso de reforma sectorial. 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 dirección¹⁸.

El punto que se quiere subrayar aquí, 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.

¹⁸ Esta situación es similar en todos los países latinoamericanos y en la reunión regional sobre recursos humanos, organizada por OPS (1998) 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 (2000a). Llama la atención la falta de consideración de la perspectiva de género en las recomendaciones de dicha organización.

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 generales.

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 capital¹⁹. 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 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, qué tipo de crecimiento efectivamente se produjo en este sector y cuál fue el impacto sobre los trabajadores y las trabajadoras. En función de ello es que este trabajo pone el énfasis en la calidad del empleo.

Nótese, una vez más, que 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 sectorial²⁰.

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. A lo largo del análisis, se han señalado los problemas existentes debido a la falta de información sectorial, pero la ausencia de registros específicos en relación con la cantidad y composición de los ocupados/as 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 sexo²¹.

En lo que sigue, se sistematiza y avanza en relación con las actuales insuficiencias de información sobre la situación de los ocupados/as en salud, en la medida que la información disponible nos lo permite y asumiendo los problemas de medición y subregistro. En todo momento el análisis se realiza considerando la perspectiva de género y la metodología utilizada se detalla en el Anexo.

¹⁹ Novick y Galin (1996) señalan que estos procesos ponen en juego la subsistencia de los emprendimientos de profesionales "por cuenta propia" o de pequeñas empresas, provistos de escasa tecnología, ya que los requisitos actuales de capital suponen inversiones que trascienden la capacidad de los mismos.

²⁰ 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. Lo notable aquí es que lamentablemente no se logró establecer como campo de análisis del empleo en salud desde una perspectiva de género, lo cual queda demostrado en los escasos trabajos existentes. Donde hay más desarrollo es en análisis de la salud de las mujeres (salud reproductiva, salud materno-infantil, las mujeres como usuarias de los servicios de salud, salud mental, etc.), hay trabajos históricos del rol de la enfermería en Argentina, trabajos desde la sociología de las profesiones. Entre otros, Burijovich (2000); MREyC (1999), Gogna et al (1998); Gomez Gomez (1997).

²¹ Los pocos estudios que existen advierten de 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, las estimaciones de cada estudio no siempre son coincidentes. Ya Geldstein y Wainerman (1989) señalaban en su trabajo que las fuentes más confiables eran el Censo de Población y la EPH, en tanto permitían indagar sobre datos relevantes desde una perspectiva de género. Incluso más, advertían sobre la necesidad de utilizar con mayor profundidad esos datos, para conformar el campo de estudio sobre las trabajadoras de la salud.

A. El mercado de trabajo en salud. Algunas precisiones conceptuales

Existe una amplia línea de producción teórica, en especial de la Organización Panamericana de la Salud, en relación con la definición y caracterización del recurso humano en salud. En primer lugar, se reconoce a este tipo de actividad un alto valor estratégico, buscando diferenciarlo del concepto más genérico de fuerza de trabajo sectorial. La especificidad está dada, precisamente, por la complejidad que adquieren los procesos productivos en salud, los cuales contrastan con los que ocurren en otros sectores productivos, tanto de bienes como de servicios.

Por ello, se utiliza el concepto de recurso humano en salud, que comprende a aquellos individuos involucrados en la "producción de servicios de salud", a partir del desarrollo de un particular proceso de trabajo con cierta complejidad de la organización institucional. Es una actividad mano de obra intensiva, con participación mayoritaria de profesionales y técnicos, a quienes se les asigna un doble rol: como factor productivo y agente social²².

En cambio, la idea de fuerza de trabajo sectorial, refiere a los ocupados/as, desocupados/as, los subocupados/as que participan en este sector, tanto en forma directa (recursos intrasectoriales) como indirecta (recursos extrasectoriales). Aquí se analizan las variaciones y comportamientos a partir de indicadores globales que procuran cuantificar y caracterizar ciertos fenómenos que operan tanto por el lado de la oferta como de la demanda laboral.

A su vez, el recurso humano de salud se puede agrupar, de acuerdo con el tipo de tareas que realiza, en dos grandes grupos:

El recurso humano de salud que realiza acciones sanitario-epidemiológicas o de tipo asistencial en los servicios de atención médica (Servicios Médicos y de Sanidad). Comprende: i) servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias; ii) servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre; iii) servicios especializados. Este tipo de tareas, implican una relación directa con el paciente, ya se trate de diagnóstico, tratamiento, salud mental o tareas de tipo "social".

El recurso humano afectado a las tareas de organización y conducción del sistema, especialmente de los organismos financiadores (OS y medicina prepaga) que no tienen contacto directo con el proceso salud-enfermedad, pero son recursos sectoriales afectados al mismo.

En ambos casos (atención prestacional directa y tareas de administración) se presentan todos los niveles de calificación, desde profesionales (médicos/as, auditores médicos/as, psicólogos/as, odontólogos/as contadores/as); técnicos (ingenieros/as sanitarios, radiólogos/as, informáticos/as), auxiliares (de enfermería, administrativos, etc.) y los semi-calificados (agentes sanitarias, recepcionistas) y los no calificados (cadetes, mucamas, camilleros, trabajadores voluntarios, etc.).

En síntesis, el concepto de recurso humano en salud refiere a las condiciones y particularidades del ejercicio de la actividad en salud, de tipo profesional o técnica, los mecanismos y actividades específicas de formación permanente, etc. La idea de fuerza de trabajo -o de empleo en forma genérica- refiere al acceso al mercado de trabajo, sus formas de inserción, niveles de calificación y de ingreso. El primer concepto resulta útil para definir las particularidades de este tipo de actividad estratégica, mientras que el segundo, permite analizar las condiciones de acceso y permanencia en el mercado de trabajo y comportamientos específicos a partir de indicadores globales.

Esta diferenciación tiene una importancia decisiva al momento de seleccionar las fuentes de información. Para el análisis que se realiza a continuación, se utiliza principalmente como fuente de información la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

²² La idea de agente social refiere a los intercambios simbólicos y relaciones sociales que moviliza el propio proceso de salud-enfermedad. En consecuencia, se busca desarrollar acciones de Educación Permanente en Salud, planificación estratégica, especialización, etc. Al respecto véase Brito Quintana et all (1994), Rovere (1994), OPS (2000 a y b) entre otros.

(INDEC) en tanto resulta la más representativa y además provee datos desagregados por sexo. La salvedad es que la EPH permite describir a los trabajadores/as en salud como fuerza de trabajo y no como recurso humano, situación que se ha tratado de complementar con un análisis cualitativo.

Asimismo se debe señalar como otra característica del empleo en salud, la existencia de diversos mercados de trabajo sectoriales, en conexión con los mercados de atención de la salud, con las particularidades idiosincráticas y regionales que se han definido a lo largo del presente trabajo²³.

A continuación se analizan las diversas características del empleo en el sector, comenzando por una revisión del comportamiento del recurso humano sectorial; diferenciando el recurso humano dedicado a tareas asistenciales del que se encuentra afectado en tareas administrativas; intentando detectar las interconexiones establecidas entre los distintos niveles jurisdiccionales (público, privado y de OS), la diversidad de competencias, de tareas, de perfiles de formación, en la búsqueda de una caracterización desde una perspectiva de género.

B. Características del empleo en salud en Argentina

1. Las ocupadas y ocupados en salud según la encuesta permanente de hogares

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 9).

Cuadro 9
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

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

La última información disponible para el total de los aglomerados urbanos²⁴ muestra sin embargo 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, indican que este sector ocupa a casi 485 mil personas en servicios de atención directa.

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) permite, a partir de tabulados especiales, cuantificar aquellos ocupados/as en tareas asistenciales (Cuadro 10) de quienes se encuentran ocupados en tareas administrativas (Cuadro 11). La importancia de esta clasificación, que en el caso de las tareas

²³ 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).

²⁴ 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.

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 10
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

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.

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

Esto significa que en el 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 11).

Cuadro 11
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

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

El coeficiente de variación es superior al 15%.

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 12).

Cuadro 12
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 inexistentes²⁵.

Cuadro 13
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 Usaria de la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

²⁵ 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, etc.

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, etc. 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, etc.²⁶. Dado el mayor nivel educativo de las mujeres, esta situación puede atribuirse a la presencia de un "techo de cristal" (glass ceiling) 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 maternidad²⁷ y el supuesto de mayores indicadores de ausentismo²⁸ entre las mujeres, y iii) el cambio en los patrones históricos de algunas ocupaciones como el caso de la enfermería²⁹.

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).

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

²⁶ 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".

²⁷ Estas razones surgieron de las entrevistas realizadas, habiéndose recepcionado, en muchos casos especialmente en entrevistas a médicos hombres, una visión machista considerando a la "maternidad" como causante del ausentismo y del mal desempeño. Uno de los entrevistados señalaba esta visión en extremo: "...mientras más frustradas sean las mujeres en su vida privada -porque no han podido formar una familia- se desempeñan mejor en el ejercicio profesional...".

²⁸ Berger y Szretter (2000) verificaron que no habría diferencias de ausentismo por sexo, descartando obviamente la licencia de maternidad.

²⁹ 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.

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 varones³⁰. 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.

A modo sumamente indicativo se realizaron ejercicios exploratorios para poder visualizar la situación de desempleo en el sector³¹. De este modo, para el total de los aglomerados urbanos el desempleo del sector rondaría el 7,5%, esto es, un valor que apenas supera la mitad del nivel que alcanza este indicador para el total de la economía. Por otro lado, el nivel de desocupación de las mujeres del sector (8% aproximadamente) sería el doble que el de los varones (4 %). Si a lo anterior se lo analiza considerando los niveles educativos, las desocupadas mujeres profesionales son prácticamente el doble que los varones profesionales desocupados, en cambio estarían más desocupados los varones con nivel educativo primario.

Es decir, la desocupación en el sector no adquiere los rasgos alarmantes de otros sectores de la economía, pero reproduce los comportamientos de la misma, esto es, hay mas mujeres desocupadas que varones. La diferencia es que en este sector la desocupación se presenta en los niveles de calificación más altos. A su vez, y 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.

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 varones³². 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.

³⁰ 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.

³¹ La estimación de la cantidad de desocupados/as se calcula a partir de la información sobre la ocupación anterior del desempleado/a. El coeficiente de variación en este caso supera el 15%.

³² La información de ingresos se refiere sólo al aglomerado Gran Buenos Aires, onda Octubre 1999.

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 jefes ocupados)³³. 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.

En síntesis y teniendo en cuenta que tal como se advirtió, consideramos que los datos de la EPH resultan los más confiables, además de la ventaja de encontrarse desagregados por sexo, sostenemos que en 1999 aproximadamente 530.000 personas trabajan en el sector.

A continuación se analizan los datos de otras fuentes, en tanto posibilitan conocer situaciones particulares o mayores niveles de desagregación, que permiten avanzar en la descripción de la heterogeneidad existente en materia de recursos humanos sectoriales, al igual que situaciones de segregación vertical y horizontal por sexo.

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 capitales³⁴. 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:

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

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

³³ 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, etc).

³⁴ 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.

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.

Tal como fue señalado no se pudo acceder a información desagregada de las provincias, salvo algunas excepciones. Valga como ejemplo, la información provista por la provincia de Tucumán, que cuenta con 6440 ocupados/as en salud en el sector público, 4084 (63%) son mujeres y 2356 son varones³⁵. La mayor concentración de mujeres se da en el nivel técnico (enfermeras/os, radiólogos, anestesiastas), le siguen el personal de apoyo y por último son menores las mujeres profesionales. Nótese que se mantiene la tendencia descripta para el total de los aglomerados urbanos.

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 descendido³⁶. 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 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 turno³⁷.

³⁵ Fuente: Sistema Provincial de Salud, Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia de Tucumán de setiembre/2000. Comprende al personal del sector público provincial y excluye datos de los servicios privados y de la municipalidad de San Miguel de Tucumán.

³⁶ 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.

³⁷ Esta situación fue descripta 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.

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 14
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

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

(*) Datos de 1992

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 información presenta limitaciones, principalmente debido a que no releva datos de asalariados no registrados y tampoco cubre al total de establecimientos³⁸. De esta forma, en 1994 los puestos ocupados en salud eran los siguientes:

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.

Cuadro 15
PUESTOS DE TRABAJO OCUPADOS SEGÚN CATEGORÍA OCUPACIONAL DE ACUERDO CON EL CENSO ECONÓMICO NACIONAL - AÑO 1994

	Asalariados	No asalariados	Personal de	Total
--	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------

³⁸ 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).

			agencias de personal temporario	(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.

C. Perfiles ocupacionales: Título y niveles de especialización

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 ayudantes³⁹. En cada uno de los perfiles, se analizan las particularidades, aunque en muy pocos casos se dispone de información desagregada por sexo.

i) 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 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.

Si se toma en cuenta la relación médico/cantidad de habitantes por provincia⁴⁰, se deduce una falta 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/as en zonas urbanas o en centros universitarios⁴¹. 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

³⁹ Se sigue aquí la clasificación de Geldstein y Wainerman (1989). El Clasificador Nacional de Ocupaciones divide en calificación: profesional, técnica y operativa.

⁴⁰ 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.

⁴¹ 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.

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 estructura⁴². 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 especialidad⁴³.

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 indefinidamente⁴⁴.

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 jurisdicciones⁴⁵.

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.

⁴² 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).

⁴³ 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.

⁴⁴ 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 ignorado hace dos años, por la falta de designación de 22 enfermeras.

⁴⁵ 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.

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 3er o cuarto año, variando de acuerdo a la provincia pero en la mayoría de los casos son menores a estos valores.

Otra de las particularidades a resaltar, es 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 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:

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.).

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).

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 2000⁴⁶.

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, 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.

⁴⁶ En la ciudad de Buenos Aires la relación sería de 367 habitantes por odontólogo, Abramzón (2000).

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.

ii) 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 \$300⁴⁷. 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

⁴⁷ 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).

finis 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 mujeres⁴⁸.

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 profesionalización⁴⁹. 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 varones⁵⁰. 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 profesión⁵¹, a los siguientes: i) 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; ii) 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 asignadas⁵²; iii) 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

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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).

⁵⁰ 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.

⁵¹ 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.

⁵² 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.

calidad y muchas de ellas ni siquiera cumplen con los contenidos mínimos), a la par que existen pocas oportunidades de formación continua; iv) 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; v) 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 privada⁵³. A ello se le agrega que es un trabajo rutinario, fragmentario y estereotipado, muchas veces organizado en tareas individuales; vi) 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 siquiatria; vii) Falta de reconocimiento social por médicos, pacientes y familiares⁵⁴.

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% varones (GCBA: 2000).

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.

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

⁵³ 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."

⁵⁴ 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.."

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 líneas⁵⁵. 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 "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

⁵⁵ 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.

50% o como horas normales, entre otras disposiciones⁵⁶. Es decir, gran parte de la flexibilización laboral descripta se incorpora vía acuerdo colectivo por empresa.

iii) 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 privado⁵⁷. 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 mastranza 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 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)⁵⁸.

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

⁵⁶ 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, etc).

⁵⁷ FATSA (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..".

⁵⁸ 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.

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)⁵⁹. 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 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 modalidad⁶⁰.

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 trabajo⁶¹.

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.

⁵⁹ 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.

⁶⁰ 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".

⁶¹ 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).

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)⁶².

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.

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. Actualmente 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.

Los otros antecedentes se han implementando en forma muy fragmentada en los diversos niveles provinciales, con algunas provincias más desarrolladas que otras. El punto clave es que no sólo no

⁶² 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.

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.

iv) 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.

Solo 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 farmacias⁶³.

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 sistemas de contratación anteriormente descritos, 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

⁶³ 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.

personal ocupado en O.S., como tampoco del sector privado⁶⁴. 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.

i) 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.

ii) 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 misma⁶⁵. 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 ocupacionales⁶⁶.

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 hombres⁶⁷. 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.

⁶⁴ 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.

⁶⁵ 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.

⁶⁶ Fuente: PROS (2000). La información abarca el período 97-2000. Lamentablemente se dispone de información al momento de comenzar la reestructuración no al momento de finalizar el proceso.

⁶⁷ 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.

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 mujeres⁶⁸.

iii) 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 empresa⁶⁹. 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.

⁶⁸ 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 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.

⁶⁹ 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).

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 riesgo⁷⁰.

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.

D. Formación de recursos humanos en salud

Un punto central es conocer cuál es la oferta educativa en el sector salud. Aquí se diferencia la educación formal de las acciones de capacitación y reconversión de mano de obra. En el caso de la estructura formal, la oferta educativa en Argentina a nivel universitario es cuantitativamente importante y variada (Cuadro 16). En todas las carreras se produjo un estancamiento en la oferta pública y un crecimiento acelerado de la oferta privada. En el caso de la carrera de Medicina, en el sector público, desde 1968 a la fecha se creó una sola Facultad, y en el sector privado más de diez.

Cuadro 16
CARRERAS UNIVERSITARIAS EN CIENCIAS MÉDICAS EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO
(Total país. Año 1998)

Carreras	Universidades públicas	Universidades privadas	Terciarios no univ. públicas	Terciarios no univ. privadas	Total
Medicina	8	13			21
Odontología	7	4			11
Farmacia	9	5			14
Bioquímica	11	4			15
Psicología	7	20			27
Kinesiología	4	4			8
Nutrición	4	7			11
Fonoaudiología	4	5			9
Enfermería (*)	21	4	25	68	118

Fuente: Abramzón (2000) sobre la base de Secretaría de Planificación de la Universidad de Buenos Aires y de la Subsecretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación.

(*)Comprende: Licenciatura, Enfermería universitaria y auxiliar de Enfermería (estas últimas dictadas en los Institutos Terciarios No Universitarios)

La formación de las carreras cortas en Medicina, como el caso de Kinesiología, Fonoaudiología, etc., se realiza en escuelas dependientes de la Facultad de Medicina. En el caso de Enfermería la oferta es considerable, especialmente para el caso de Auxiliares de Medicina, que se realiza en Institutos

⁷⁰ 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.

Terciarios no Universitarios, la mayoría del ámbito privado, entre otras las Escuelas de la Cruz Roja Argentina⁷¹.

En el caso de las auxiliares de enfermería, existen instituciones privadas formadoras o las acciones que realiza FATSA desde 1989. Estas consisten en acuerdos con el Ministerio de Educación y/o con instituciones públicas las cuales dictan la capacitación formal (dos años de estudio) y a ella le suman la cantidad de horas en el puesto de trabajo. De este modo acceden al título de auxiliares.

La formación de posgrado de los profesionales médicos se realiza principalmente por el sistema de residencias médicas, destinado a otorgar los títulos de especialistas médicos, en el marco de un plan preestablecido, con un régimen de trabajo a tiempo completo, de dedicación exclusiva y remunerado. La oferta, en 1998 fue la siguiente (Cuadro 17):

Cuadro 17
RESIDENCIAS EN SALUD EN ARGENTINA POR DEPENDENCIAS
Año 1998

Dependencia	Instituciones		Residencias		Residentes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nación	12	3,88	41	3,28	200	2
GCBA	33	10,7	291	23,26	2300	23,4
Pvcia Bs As	52	16,8	319	25,5	2639	28
Otras provincias	140	45,3	281	22,46	1534	15,6
Privadas	68	22	265	21,2	2481	25,2
Universitarias	4	1,32	54	4,38	558	5,8
Total	309	100	1251	100	9823	100

Fuente: Borrell (2000) sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Nota: en el caso de Nación solo se incluye las residencias de nivel central (Hospital Posadas, ANLIS (Instituto Malbrán e Instituto Nacional de Genética Aplicada), ANMAT, Inst. Rehabilitación Psicofísica. En otras Provincias, se incluyen 74 instituciones financiadas por el Ministerio de Salud Nacional y el resto son financiados por las Provincias y en el caso de las privadas son cifras aproximadas.

En el período 1977-99, egresaron 9055 residentes financiados por el Ministerio de Salud de la Nación, de los cuales 2671 egresaron de instituciones de formación de nivel nacional, 5793 formados en instituciones provinciales, y solo 365 a nivel municipal, 220 en el ámbito universitario y solo 6 egresados que recibieron su formación en el sector privado⁷².

En relación con las residencias médicas, la inversión en formación de posgrado por parte del Estado es significativa. Así, tomando la inversión que realiza el Ministerio de Salud, el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, se invirtieron 105 millones de pesos para 1997, 98 y 99 respectivamente. De ese monto, obviamente el mayor porcentaje de cargos financiados son provinciales⁷³.

En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, existen 33 hospitales que cuentan con el sistema de residencias médicas, además de 30 centros de salud que también las dictan, con una inversión -en 1997- de 55 millones de pesos por año, distribuidos entre residentes, jefes de residentes, instructores y Dirección de Capacitación. De esta oferta, el 52 % de las residencias eran básicas, el 12% con orientación, el 6% post-básica en pediatría y el 28% en residencias para el resto del equipo de salud

⁷¹ Según Abramzón (2000), en base a datos de ingresantes a la licenciatura en enfermería, de la Universidad de Buenos Aires, en 1985 había 65 inscriptos en la licenciatura, mientras que en 1998 hay 321, con lo cual se visualiza claramente la tendencia de la profesionalización.

⁷² Una de las funciones básicas en relación con el sistema de residencias médicas, es la coordinación interna de sus departamentos y cátedras y la dirección de actividades docentes en conjunto para la satisfacción de objetivos generales de la educación médica. Otra de las responsabilidades en relación con la facultad de Medicina, de la cual dependen, es la vinculación con las cátedras de pregrado y con los alumnos/as que realizan pasantías específicas y con otras instituciones de salud; Borell (2000).

⁷³ Se toman aquí los datos de Borrell (2000), quien agrega que a pesar que este gasto representa sólo el 0.52% de los gastos generales invertidos en salud en el año 1995; el monto invertido da cuenta de un importante volumen de inversión en formación, de hecho de los 3000-3500 médicos que egresan por año en Argentina, aproximadamente la mitad entran a realizar estudios de posgrado.

(kinesiólogos, farmacias, etc). En 1996 el plantel de capacitadores de las residencias era de 268 profesores, existiendo 6 residentes por cada educador (Abramzón: 2000).

Se destaca un proceso de "femenización" en la formación de especialistas de medicina, advirtiendo que este fenómeno es consistente con el egreso femenino de las Facultades de Medicina del país. Así, durante el período 1977 a 1999 el promedio de mujeres residentes es del 56% y de varones del 44% (Borell: 2000).

Tomando como caso la provincia de Buenos Aires sobre un total de 4332 inscriptos, las mujeres representan el 54% de las ingresantes, y son mayoría en especialidades como pediatría, clínica médica y psicología, aunque existe un crecimiento de inscriptas en las especialidades tradicionalmente masculinas. Los varones inscriptos son el 46% del total y se inclinan por clínica quirúrgica, clínica médica y traumatología y ortopedia.

Sin entrar en las consideraciones específicas, los estudios señalan que el sistema de residencias médicas presenta numerosos problemas, tanto en relación con la conformación de un modelo vertical y jerárquico, como de la fuerte carga de trabajo para los residentes, en detrimento de la fase lectiva y formativa. Otro de los problemas señalados es la utilización de este sistema para ampliar la cobertura a bajo costo, que se cuenta con equipamiento hospitalario insuficiente y el modelo de enseñanza está centrado en lo curativo y en la perspectiva del ámbito hospitalario, (Borell: 2000).

En general existe un acuerdo en considerar que los enfoques y el sistema en la formación de profesionales, no se adecua a las exigencias actuales del mercado de trabajo médico, la reforma sectorial y las demandas de atención de la población. A su vez se constatan inadecuados perfiles de distribución de los recursos humanos para el desarrollo de nuevas modalidades de formación, como también disparidades regionales.

IV. Conclusiones y Recomendaciones

Tal como fue señalado a lo largo del trabajo, el proceso de reforma y ajuste estructural produjo un cambio en los principios de organización económica y social de Argentina, al tiempo que se dismantelaron las redes de protección social; y el desempleo adquirió características estructurales. Este proceso afectó directamente la lógica de funcionamiento del sector salud produciendo un impacto directo y diferenciado sobre las trabajadoras y los trabajadores. La extensión de este trabajo da cuenta de ello.

El cambio en las políticas de regulación del sector no quedaron limitadas únicamente a los cambios en el financiamiento, por caso reducción del monto y al cambio de modalidades de asignación y de control, sino que han generado una serie de procesos y transformaciones entre aquellas las instituciones financiadoras del sistema (O.S. y prepagas) y las que se encuentran en atención directa o provisión de servicios. Estos procesos afectan a los ocupados/as en salud.

A ello debe agregársele las particularidades de los diferentes procesos de trabajo que tienen lugar en este sector. Por caso, la estructura hospitalaria se caracteriza por la diversidad de los procesos que tienen vigencia en su interior, como es el caso de la producción clínica (consultas, egresos, intervenciones quirúrgicas, etc) la producción técnica médica (unidades de apoyo, diagnóstico y terapéutico, farmacia, laboratorio radiológico, etc.) la producción industrial (cocina, lavadero, limpieza, esterilización).

Todas ellas conviven en una misma unidad, con distintos regímenes de contratación y de lógicas de funcionamiento.

En otros términos, las características que asume el empleo en salud, tal como fue descripto a lo largo del trabajo, 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, etc.

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- ratándose 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.

Tal como fue señalado a lo largo del trabajo, son muchos los aspectos 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. Una vez más, el ajuste estructural privilegió la estabilidad de precios en desmedro de la estabilidad en el empleo. La reforma sectorial privilegió los intereses corporativos y la rentabilidad del sistema en desmedro de ampliar la cobertura de la población. Todo ello con impactos diferenciados para hombres y mujeres.

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 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. Este trabajo constituye un primer diagnóstico, que busca alertar sobre la necesidad de profundizar en esta dirección.

A. Conclusiones

En términos de las particularidades del recurso humano sectorial, además de lo ya señalado, ciertas conclusiones merecen destacarse:

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, etc).

Donde adquiere rasgos alarmantes es en tareas de servicios generales que se han terciarizado (limpieza, cocina y seguridad), ya que 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, etc. 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.

Las entrevistas cualitativas muestran que 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, etc.

La mentada 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 redundo 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.

B. Recomendaciones

El escenario en el cual debemos pensar de ahora en más estrategias para la institucionalización de la equidad de género en el ámbito de las políticas públicas, es precisamente un escenario de retracción de las instituciones sociales y de precarización del empleo. Para el caso específico del sector salud, además de las observaciones realizadas a lo largo del trabajo, las principales recomendaciones son las siguientes:

1. Intervención sobre el sector

i) Problematicar y politizar la cuestión del empleo en el sector salud. Esto es, convertirlo en cuestión socialmente relevante, para todos los subsectores y la comunidad, para que se analice la situación del recurso humano sectorial.

ii) Paralelamente continuar el proceso de sensibilización del concepto de género para el sector salud, en tanto la percepción en la mayoría de los casos, es que género se asocia con incorporación de mujeres. Esto significa instalar el diálogo intersectorial, con los tres subsectores involucrados en la producción de servicios de salud. Aquí le cabe un rol protagónico al Ministerio de Salud en la convocatoria, pero también al Ministerio de Trabajo y de Economía, incorporando en la misma a las Obras Sociales y a la Medicina Privada. Obviamente se debe convocar también a las esferas de representación gremial de todos los niveles de calificación (Colegios Médicos, gremios de la sanidad, etc). El objetivo es precisamente construir consensos entre los actores involucrados sobre las necesidades del recurso humano en salud en el marco del escenario posreforma, para desde allí generar una estrategia de cooperación intersectorial para iniciar un proceso de institucionalización desde la perspectiva de género. Allí es clave el rol que desempeña el Consejo Nacional de la Mujer.

iii) Informar sobre los cambios en el sector desde una perspectiva de género: señalar las situaciones de vulnerabilidad en el empleo, la discriminación existente, el impacto diferenciado sobre la situación de mujeres y hombres. En tanto los actores involucrados conozcan los mecanismos de discriminación por género, será más fácil iniciar acciones para revertir esta situación. Por ejemplo difundir el costo laboral de la contratación de mujeres y hombres, buscando desmistificar la convicción que resulta más costoso contratar mujeres que varones.

iv) En esta dirección, difundir entre los actores sectoriales que a partir de la reforma constitucional, con la inclusión del amplio listado de Derechos Sociales, como con la incorporación de Tratados Internacionales, se abre un nuevo campo de estudio: las formas concretas de exigir al Estado que cumpla sus obligaciones asumidas en dichos instrumentos legales. Esto significa que de estos derechos son exigibles y que son pasibles de acciones individuales, y que no solo son oponibles al Estado, sino que también pueden comenzar a exigirse a los empleadores/as, empresarios y a los sindicatos. Aquí existe un campo fértil para actuar desde una perspectiva de género.

v) 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, etc). 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.

vi) Exigir efectivamente la implementación de normas de higiene y seguridad en el empleo, como también garantizar a los trabajadores/as protección adecuada y efectiva contra los riesgos en la actividad que desarrollan. En la misma dirección exigir la regularización del personal precarizado, garantizándoles protección y cobertura de la seguridad social.

viii) Nuevamente, en la búsqueda de consensos, se trata de desarrollar una estrategia consensuada mixta entre los diversos subsectores y actores para la implementación de la equidad de género. Por último: no presuponer que este escenario es inmodificable, sino presentar que ha sucedido efectivamente con los trabajadores/as de la salud.

2. Calidad de empleo

Este es el punto central por el cual comenzar la intervención sobre el sector, como también a indagar en futuros análisis, buscando :

i) Avanzar en estudios y líneas de investigación que tomen el proceso de trabajo en el sector salud, desde la perspectiva de la calidad. Esta es una actividad que se puede realizar en el corto plazo, convocando a los centros académicos y universidades que llevan adelante esta línea de trabajo, a fin de comprometerlos en el análisis específico del sector salud desde una perspectiva de género. En la misma dirección estos análisis deben avanzar en la identificación de las relaciones entre mala calidad de empleo/mala calidad de atención y su inversa. Esta tarea no queda reservada solo a los ámbitos académicos, sino también las representaciones gremiales, las organizaciones no gubernamentales, el voluntariado, los Colegios profesionales etc, deben sumar esfuerzos para poder lograr un verdadero conocimiento de la situación de cada trabajador/a en salud.

De este modo se pueden reconceptualizar las categorías ocupacionales desde una perspectiva de género. Por caso, capitalizar el fenómeno de mayor incorporación de varones que se ha producido en el sector para cambiar las pautas de organización del sector y permitir revertir su característica de netamente "femenino". Aquí la organización de grupos de tareas mixtos puede desempeñar un rol importante en el desarrollo futuro del sector. Precisamente se trata de capitalizar fenómenos para mejorar los indicadores de equidad de género actualmente inexistentes y de este modo aumentar la productividad del sector.

ii) Exigir controles de la regulación de las jornadas de trabajo y guardias hospitalarias, buscando impedir que como consecuencia de situaciones de pluriempleo se prolonguen las mismas por 48 o 72 hs. Si no se concientiza que un médico no puede operar sin haber dormido en 48 horas no se logrará revertir las situaciones de mala calidad de la atención. El salario no puede ser la variable de ajuste de este sector estratégico. En consecuencia, un campo a desarrollar es el análisis de las enfermedades laborales en el sector, el stress de la actividad y la salud mental de los trabajadores y las trabajadoras. Una vez más resulta imprescindible un abordaje desde la perspectiva de género, en tanto permite mostrar las diferencias patológicas que caracterizan a un sexo y a otro.

iii) En esta dirección, como propuesta concreta, se pueden fortalecer mecanismos de contralor en los concursos para cargos escalafonarios, para residencias médicas, para becas, etc, en el cual existan una suerte de "referentes o veedores de equidad de género". Se trata de revitalizarlos donde existan (por caso concursos en el sector público) o crearlos donde no existan (por caso residencias médicas). Esto último no sería costoso y podría estar a cargo de profesoras universitarias, representantes gremiales, etc.. El éxito estaría dado, en tanto se logre comprometer y sensibilizar en la importancia de tener mecanismos institucionales para resguardar la equidad de género en el acceso al puesto de trabajo, a la especialización y/o ascensos, buscando evitar muchas de las situaciones de discriminación aquí descriptas (por caso para la elección de especialidades médicas). En caso de consensuar mecanismos

como el propuesto, el Consejo Nacional de la Mujer participaría activamente asesorando y diseñando el sistema, como también la capacitación de las representantes.

3. Producción de información en todos los niveles y subsectores:

i) Iniciar acciones de cooperación entre la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo, de Economía, Desarrollo Social, el INDEC y el Consejo Nacional de la Mujer para la incorporación de indicadores para medir la calidad del empleo desde el género. Paralelamente apoyar el proceso tendiente a completar la recolección y procesamiento de los datos de las provincias no relevadas en el Catastro Nacional de Recursos Humanos en Salud (CANARESSA) del Ministerio de Salud de la Nación.

ii) Diseño de metodologías que permitan captar con mayor precisión fenómenos como el subempleo, desempleo y pluriempleo en el sector y el impacto diferenciado para hombres y mujeres. En esta dirección el Consejo de la Mujer ha suscrito un convenio de cooperación con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), al igual que ya se han desarrollado acciones de cooperación con el Ministerio de Desarrollo Social y con el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO). La idea es fortalecer y ampliar aún más esta línea de trabajo.

iii) Promover la elaboración y utilización de datos desagregados por sexo, a fin de poder evaluar e incorporar en el diseño de los instrumentos de recolección de información indicadores de género y de ocupación en salud. Cabe aclarar que son numerosos los indicadores por género que existen, resultando necesario difundirlos para su efectiva incorporación en los instrumentos de recolección como de análisis del comportamiento del empleo en general y sectorial.

El Consejo Nacional de la Mujer puede proveer insumos técnicos para la implementación de políticas públicas con equidad de género. Además de documentos sustantivos sobre género y políticas públicas el Consejo Nacional de la Mujer puede liderar el proceso y realizar el seguimiento del mismo.

4. Fortalecer la cooperación intersectorial y en los niveles provinciales:

La primera estrategia que debería utilizarse es precisamente aprovechar el consenso que han manifestado los actores consultados, en el marco del presente proyecto, para englobarlos en un nuevo compromiso: DISEÑAR POLÍTICAS DE EMPLEO CON EQUIDAD DE GÉNERO. La misma constituye una premisa fundamental para el diseño de toda política económica y laboral. El efecto inmediato en el sector salud, es reinstalar la discusión del recurso humano, desde hace tiempo dejada de lado en el sector.

El desafío es precisamente implementar políticas con equidad de género buscando precisamente mejorar los rendimientos del sector salud.

El Consejo Nacional de la Mujer ya ha iniciado acciones tendientes a la institucionalización de la perspectiva de género en las políticas públicas, con diversas esferas públicas y de la sociedad civil, y se espera que a partir de esta iniciativa se logre construir una agenda futura que incorporen la equidad de género en la política laboral y económica.

En las provincias

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. Allí debe destacarse la presencia de las áreas Mujer en las provincias (21 áreas Mujer) pudiendo realizarse acciones transversales en los mercados regionales de salud. Otro de los mecanismos que puede utilizarse es el Plan Federal de la Mujer.

Anexo Metodológico

Anexo Metodológico

A. Diseño de la investigación

El diseño de investigación más pertinente para alcanzar los objetivos del proyecto, constituyó el primer problema metodológico que fue necesario resolver. Esto se debió a que la modalidad de trabajo que se escogiese, debía cumplir al menos los siguientes requisitos: i) Analizar la situación de la economía en Argentina, en el marco del proceso de ajuste y reforma estructural, del sistema de políticas sociales, profundizando el análisis en las reformas en el sector salud; ii) Realizar un diagnóstico de la situación del mercado de trabajo en Argentina desde una perspectiva de género y en la misma dirección analizar el comportamiento del recurso humano en salud.; iii) Verificar el proceso de institucionalización de la perspectiva de género en el ámbito de la política económica y laboral; y en el sector salud; iv) Presentar el proyecto a actores relevantes claves, en el ámbito público, privado y de la seguridad social, a los fines de establecer mecanismos institucionales de carácter intersectorial para diseñar e implementar políticas laborales y económicas con perspectiva de género en los países; v) Conocer la opinión de los mismos en torno a la estrategia establecida, convocándolos a unir esfuerzos para iniciar acciones conjuntas de diseño, implementación y análisis de políticas públicas promoviendo la igualdad de oportunidades entre mujeres y varones; vi) Proveer información e insumos técnicos sobre la equidad de género en las políticas laboral y económica y presentar una agenda futura de prioridades, tanto para la investigación como para la formulación de políticas en las áreas laboral y económica, especialmente en el sector salud.

En la práctica, el problema metodológico en cuestión fue ¿cómo utilizar la escasa información disponible para captar un proceso de tamaño complejidad, y al mismo tiempo lograr una mejor aproximación a la perspectiva de género?.

En consecuencia, el abordaje del proyecto se realizó a partir de una combinación de metodologías cuanti-cualitativas de análisis. En este sentido, se utilizaron diversas fuentes de información, al tiempo que se realizaron entrevistas en profundidad.

En el primer capítulo se procesó información proveniente del Ministerio de Economía, del Ministerio de Trabajo, de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Indicadores de CEPAL y estudios secundarios. Las mismas fuentes se utilizaron en el capítulo 2, además de informes del Ministerio de Salud y estudios secundarios. Específicamente en el apartado dedicado al análisis del recurso humano en salud, se trabajó sobre la base de fuentes de información que se detallan en el punto 2 de este Anexo, y datos provistos por el Consejo Nacional de la Mujer de Argentina. Todo ello triangulado con información cualitativa.

B. Fuentes de información sobre recursos humanos en salud

La coordinación de la información básica del sector de salud en Argentina está en manos del Sistema de Estadísticas de Salud (SES). Los datos requeridos se encuadran en dos grandes grupos :a) Los que se recogen y/o elaboran dentro del sector, particularmente en los servicios de salud, siendo competencia del SES la planificación y operación de los respectivos subsistemas; b) Los que se producen extrasectorialmente. En tal caso, compete al SES la coordinación con los organismos productores en cuanto a su adecuación a las necesidades del sector y al establecimiento de un flujo regular entre productores y usuarios.

En el primer grupo se identifica al subsistema de Estadísticas Vitales, al subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalarias y al subsistema de Estadísticas de Recursos de responsabilidad directa del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) del Ministerio de Salud de la Nación. En el segundo las estadísticas de otros sectores sociales (educación, vivienda, trabajo, etc.) y principalmente los censos y las encuestas a población de responsabilidad directa del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

En lo que respecta específicamente a los recursos humanos del sector salud, se ha mencionado en numerosos trabajos que resulta imposible una cuantificación cierta de los mismos. Ello se debe principalmente a la existencia de una serie diversa y desintegrada de fuentes de información, con potencialidades y dificultades particulares, con distinto alcance temporal y cobertura temática y geográfica, e incluso con metodologías y definiciones dispares.

En lo que sigue se intenta una sintética descripción de estas fuentes de información disponibles en lo que respecta específicamente a los recursos humanos del sector, señalando en cada caso sus alcances y algunas de sus principales características.

1. Catastro nacional de recursos y servicios de salud (CANARESSA) 1998-2000. Programa nacional de estadísticas de salud. Ministerio de Salud y Acción Social.

La información disponible corresponde al relevamiento de 1998 realizado en 13 jurisdicciones (Catamarca, Corrientes, Chaco, Chubut, Formosa, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego) y en 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.

Salvo en los casos especificados (Mendoza y Ciudad de Buenos Aires), la información abarca todos los establecimientos asistenciales de los tres subsectores de Atención de la Salud, cuya actividad consiste, exclusivamente en el cuidado y la atención de la salud en cualquiera de sus modalidades: atención ambulatoria, internación, hospital de día, atención domiciliaria programada, diagnóstico, tratamiento, medicina preventiva, emergencias y traslados.

Se excluyen del relevamiento (entre otros rubros menores):- Establecimientos cuya actividad esté destinada a la investigación, a la fiscalización, a la producción y/o venta de productos relacionados con la atención de la salud; -Oficinas administrativas de obras sociales, seguros de salud y medicina prepaga;- Establecimientos cuya actividad consista exclusivamente en proveer recursos humanos a domicilio; - Consultorios unipersonales de atención médica y de odontología del subsector privado, a excepción de los policlínicos que tienen una conducción administrativa única.

El CANARESSA utiliza las siguientes definiciones metodológicas: i) Establecimiento de salud: organización destinada al cuidado y a la atención de la salud a través de la prevención y/o el diagnóstico y/o el tratamiento, en una sola ubicación física; ii) Camas disponibles: número de camas realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas; iii) Cargos: se refiere a las personas y hace referencia al cargo ocupado, independientemente de la forma de remuneración, por lo que se incluyen efectivos, contratados, becarios, residentes y concurrentes. Los recursos humanos se categorizan según niveles de capacitación (profesionales, técnicos, auxiliares, otros); vi) Jurisdicción: la dependencia pública nacional, provincial o municipal se refiere a los establecimientos que dependen de la Secretaría de Salud (o Ministerio) de esos niveles. La dependencia "otras oficiales" se refiere a los establecimientos que dependen, por ejemplo, de las universidades (sean nacionales o provinciales), de las fuerzas armadas, de la policía, etc.

En consecuencia, por el tipo de diseño del este instrumento que releva cargos, no hay información desagregada por sexo.

2. Encuesta permanente de hogares (EPH) - INDEC.

La Encuesta Permanente de Hogares releva información socioeconómica en 28 aglomerados urbanos que representan aproximadamente 65% de la población total (67% de la población activa, 67% de los ocupados y 69% de los desocupados)

La E.P.H. es una encuesta por muestreo, desarrollada en aglomerados urbanos; esto significa que para conocer las diversas características del total de los hogares de un aglomerado urbano se encuesta una pequeña fracción representativa de los mismos. La aplicación rigurosa de técnicas estadísticas permite garantizar la precisión de los datos así obtenidos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las conclusiones que surjan del análisis de datos de un aglomerado urbano no deben dar lugar a supuestos de validez para otras áreas geográficas no cubiertas por la Encuesta (país, provincia, etc.). Por provenir de una muestra es necesario al analizar o procesar los datos utilizar la ponderación que tiene cada persona u hogar de la base. Esta ponderación indica el número de personas u hogares del universo en estudio representada por cada persona u hogar de la muestra (corregidas por no respuesta).

En una investigación por muestreo los errores que se presentan pueden clasificarse en: errores ajenos al muestreo y errores debidos al muestreo. Los errores ajenos al muestreo pueden atribuirse a diversas causas: imposibilidad de obtener información para todas las unidades de la muestra, problemas de las definiciones o conceptos utilizados, diferentes interpretaciones de las preguntas, errores de recordación o codificación de los datos obtenidos y otros errores en la recolección, procesamiento, cobertura y estimación de datos faltantes. Estos errores no pueden ser medidos directamente a partir de los datos de una encuesta específica. Una parte de ellos se describe a partir de estudios como el de las causas de no respuesta, supervisiones aleatorias del ingreso de información, codificación, listado de viviendas y del trabajo de campo, etc. Los errores debidos al muestreo, en cambio, pueden ser estimados.

Estos errores se expresan a través de medidas específicas y es importante conocer aproximadamente su magnitud. Una medida de esos errores está dada por el desvío standard (DS).

Los valores presentados en la tabla de errores de muestreo, que se asocian a la información de cada aglomerado, brindan una idea del desvío standard de cualquiera de los datos presentados por la encuesta. Con el error de muestreo ó el desvío standard el usuario puede construir el intervalo numérico que tiene una cierta confianza, medida en términos de probabilidad de contener el valor verdadero que se desea estimar. La teoría del muestreo indica que con una confianza del 95%, el intervalo comprendido entre la estimación menos 2 veces el desvío standard y la estimación más 2 veces el desvío standard contiene el valor verdadero que se desea estimar. Es por eso que a este intervalo se lo denomina "Intervalo de Confianza del 95%".

Además con el desvío standard se puede calcular el coeficiente de variación, efectuando el cociente entre el desvío standard de una estimación y esa estimación. El coeficiente de variación nos brinda una idea de la precisión de la estimación. Cuanto más pequeño es el coeficiente de variación, más precisa es la estimación. Si bien corresponde al usuario determinar si un dato con un cierto coeficiente de variación le es útil o no para su objetivo, de acuerdo con el grado de precisión requerido, se advierte que cifras con coeficiente de variación superiores al 10% deben ser tratadas con cautela.

En relación específica a las variables utilizadas en este informe, se considera que los datos codificados por rama pueden ser usados sin riesgo técnico por parte de los usuarios. En este caso se tomó en cuenta la rama codificada como "18" que corresponde a " Servicios Médicos y Otros Servicios de Sanidad y Veterinaria", y que agrupa, según el Clasificador Industrial Uniforme (CIU REV. 3) a los códigos 851 a 859.

Por su parte, el ingreso horario presentado corresponde al ingreso horario de la ocupación principal. En caso de no haber trabajado el receptor algún día de la semana por licencia, suspensión, falta de trabajo, otras causas, huelga, no se calcula el ingreso horario y ese individuo se anula para este cálculo. Para el caso de feriados el ingreso horario se calcula considerando las horas declaradas como habituales a la semana de referencia completa, tomando como horas del día el promedio de las horas trabajadas en el resto de la semana.

Un punto importante a señalar es la dificultad de calcular la tasa de desempleo en el sector. En primer lugar, si se utiliza la información de la EPH, la única manera de poder determinar la rama de actividad de un desocupado/a es hacerlo a partir de la información sobre su ocupación anterior. Esta metodología presenta dos restricciones fundamentales: i) deja afuera a los desocupados/as sin ocupación anterior; y ii) supone una relación lineal entre el sector de la ocupación anterior y la búsqueda de empleo, por caso, todos los trabajadores/as que trabajaron en el sector salud buscarían trabajo en ese sector y ningún trabajador que trabajó en otro sector estaría buscando trabajo en el sector salud. De todas formas es la única información que se puede obtener y se utiliza -con suma cautela- en el presente trabajo asumiendo que la misma supera el 15% de coeficiente de variación.

Además de la información específica sobre ocupados en el sector y sus características que pueden observarse en base a la información de cada onda y cada aglomerado, la EPH aplicó en la onda de mayo de 1989 un módulo especial sobre "utilización y gasto en servicios de salud" que fue diseñado conjuntamente con la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Si bien dicha información no se utiliza en el presente informe dada su relativa obsolescencia, cabe mencionar las principales características de dicho modulo y las variables investigadas: i) Se relevó en ocho centros urbanos: Gran Buenos Aires (Capital + Conurbano), La Plata, Bahía Blanca, Córdoba, Resistencia, Mendoza, Neuquén y Tucumán ii) Se estudiaron las siguientes variables: -Afiliación: se indagó sobre la integración (obligatoria o voluntaria) de una parte de la población a alguna institución que brinda y/o financia servicios para la atención de su salud; -Percepción de problemas de salud: se indagó acerca de lo que la población manifiesta que ha sentido como problemas de salud y lo que hizo ante esa situación; -Consultas con profesionales de la salud; -Medicamentos: se observó la utilización y no la compra de medicamentos; -Estudios y tratamientos; -Internación.

3. Ministerio de Economía, Dirección de Ocupación e Ingresos

Con el objetivo de estimar la cantidad de ocupados/as en tareas administrativas en las Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga, se solicitó a la Dirección Nacional de Ocupación e Ingresos el procesamiento sobre la base e tabulaciones especiales de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC. A tal efecto, dicha repartición trabajó caso por caso sobre la onda Octubre de 1999 para el total de aglomerados urbanos. En relación específica a las variables utilizadas se tomaron en cuenta la rama codificada como 753 que corresponde a Actividades de Planes de Seguridad Social de Afiliación Obligatoria y la rama 660 de Actividades de Financiación de Planes de Seguros y Pensiones, excepto los planes de seguridad social de afiliación obligatoria. El coeficiente de variación supera el 15%.

4. Encuesta de condiciones de vida y acceso a programas y servicios sociales (SIEMPRO)

Ministerio de Desarrollo Social: esta encuesta, (Encuesta de Desarrollo Social) se aplicó por primera vez en 1997 y tiene cobertura nacional. Releva datos e indicadores sociodemográficos, de cobertura de programas sociales, de acceso a infraestructura, sociolaborales, etc. Por problemas de diseño del instrumento de recolección, no pudo utilizarse para cuantificar la cantidad de ocupados/as en el sector salud, en tanto agrupa en una misma variable a los ocupados en salud, educación y servicios sociales. Se pudieron utilizar en este trabajo algunos datos sobre indicadores de cobertura de Obras Sociales, accesibilidad a servicios, etc. con la salvedad de aquellos casos en los cuales el coeficiente de variación supera el 20%. El Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) está trabajando en el rediseño de la misma para ser aplicada en el 2001. Específicamente desde la problemática de género, se está trabajando con el Consejo Nacional de la Mujer para la compatibilización de dichas bases y la incorporación de indicadores de género.

5. Informes sectoriales

La *Organización Panamericana de la Salud (OPS)* ha promovido la realización de numerosos estudios sectoriales sobre la situación del recurso humano en salud. Entre los más representativos se encuentran: Abramzón (1993); Borell (2000), Brito (2000); Brito, P. Novick, M y Mercer, H (1993) Galin (2000) Novick y Galin (1996), Novick (2000); Rovere (1994). Llama la atención que este organismo no contempla, en la mayoría de los casos, la perspectiva de género dentro de las líneas estratégicas de análisis y recomendaciones en términos de recursos humanos en salud.

En el ámbito de la *Universidad de Buenos Aires, Secretaría de Planificación* se ha difundido recientemente el trabajo de Mónica Abramzón (2000), cuya versión actualizada preliminar presenta información de recursos humanos en salud para el año 1998. Para el cálculo de las estimaciones globales de recursos humanos en el sector, se tomaron las estimaciones realizadas para el año 1992, en base a tabulados inéditos del Censo Nacional de Población de 1991 y del CANARESSA de 1980. En base a lo anterior, se sumaron los egresados por disciplina para el período 1993-1998, aplicándole al resultado la tasa de mortalidad estimada para la franja etárea modal de la categoría ponderada por sexo y se le descontó una tasa de retiro por migración y baja de los graduados en cada año. La información de recursos humanos se estima para distintas especialidades, aunque sólo se considera con un grado mayor de confiabilidad la que se refiere a médicos, odontólogos, psicólogos y personal de enfermería (profesional y auxiliar). Asimismo se presenta información abundante sobre la formación de recursos humanos en salud, con un inventario pormenorizado de las instituciones de formación existentes en el país. No presenta el trabajo información desagregada por sexo.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI): Por Ley 19.032/70 se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), denominado corrientemente como PAMI, financiado por aportes de la masa salarial de los

trabajadores/as activos, por un porcentaje sobre las jubilaciones y pensiones y por aportes del Estado Nacional. El PAMI constituye la mayor obra social existente en el país y fue creada para atender las necesidades médico-asistenciales de las personas en edad pasiva y se financia con los aportes patronales, de asalariados en actividad y de los propios jubilados. En la actualidad tiene alrededor de 4 millones de afiliados/as y un presupuesto anual de \$ 2.400 millones. Su magnitud la convierte en una de las áreas relevantes en el sector prestador de servicios de salud en Argentina. Para el presente informe se cuenta con información disponible del total de agentes por surcursal (por sexo), por tipo de cargo. Esta información fue provista por la Subgerencia de Recursos Humanos de la Institución.

Programa de reconversión de obras sociales (PROS), Ministerio de Salud de la Nación: El PROS es una iniciativa que cuenta con el apoyo del banco mundial y que busca asistir a los obras sociales para adaptarse y reconvertirse a las necesidades del proceso de reforma iniciado. su objetivo específico es introducir la libertad de elección entre obras sociales como paso previo a la desregulación total del sector, y con la competencia de entidades privadas. para el presente informe se cuenta con información disponible proveniente de esta fuente sobre el total de ingresos y egresos monetarios por obra social (para 27 obras sociales) y de cantidad de recursos humanos en 19 obras sociales seleccionadas. esta última información se encuentra discriminada por sexo y presenta las relaciones entre los ingresos medios de varones y mujeres. adicionalmente se obtuvo información de la superintendencia de servicios de salud (1999) que publica datos generales sobre el sistema de obras sociales y permite establecer algunas relaciones técnicas entre beneficiarios, recursos financieros, recursos humanos y rendimientos.

Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad (FATSA): La Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad agrupa a los trabajadores/as no profesionales del sector privado. FATSA posee una base de datos sobre el total de trabajadores/as afiliados a dicha entidad, según categoría laboral. Para el presente informe se contó con datos disponibles del total de afiliados en junio de 2000, discriminada por sexo y según categoría ocupacional. Esta información se reagrupó, a su vez, por categorías de afiliados (técnicos, auxiliares, administrativos). La información de la que se dispone fue proporcionada por el Area Mujer de la Federación.

Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP): ADEMP agrupa a la mayoría de las instituciones privadas de medicina prepaga. Para el presente informe se contó con los resultados de una encuesta realizada entre las entidades del sector indagando sobre beneficiarios, composición de las carteras, personal empleado, prestaciones y costos. La encuesta fue respondida por 26 empresas privadas que representan el 24% de la actividad de la Cámara de Medicina Prepaga (según cantidad de asociados).

C. Entrevistas en profundidad

Dos tipos de entrevistas se realizaron en el marco de esta investigación: i) entrevistas en profundidad, semiestructuradas, cuyo objetivo fue la presentación del proyecto y la recolección de datos cualitativos; y ii) las entrevistas de fortalecimiento institucional, con el objetivo de articular acciones consensuadas para lograr la cooperación y coordinación interinstitucional alrededor de políticas y programas laborales dirigidos al sector de la salud.

La selección de los entrevistados/as, respondió a criterios posicionales y reputacionales. Cabe aclarar que bajo ningún concepto la muestra resulta representativa, dado que la estrategia de la investigación fue la confección de una muestra intencional, teórica o estratégica. Esto es, la selección de casos que varían en las características consideradas relevantes para dar respuesta a la pregunta efectuada. La limitación es que son decisiones de selección conducidas teóricamente y se dejan de tomar casos cuando hay una comprensión conceptual del fenómeno al momento, que se denomina saturación. En este caso, la variación está dada tanto por el área o sector (público o privado) al que pertenece cada uno de los entrevistados/as seleccionados, como por su experiencia en el mismo.

Bibliografía

- Abramzon, M. (2000) *Argentina: Recursos Humanos en Salud*. Informe de Avance, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Secretaria de Planificación, Septiembre de 2000. Mimeo.
- Abramzon, M. (1993) *Argentina: Recursos Humanos en Salud*. Documento preparado para "Las condiciones de salud en las Américas" OPS-Washington, 1994. Buenos Aires, marzo de 1993. Mimeo.
- Ali, S. (1999) *Economic Liberalisation and Macro-Economic Reform in India*. Ottawa: IAFEE Conference.
- Arriagada, I. (1997) *Realidades y mitos del trabajo femenino urbano en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Serie Mujer y Desarrollo Nro. 21.
- Avedaño, C., Grau, C y Yus; P (1998) Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público en Chile. Santiago, *Revista del Colegio de Enfermeras*, N° 15.
- Banco Mundial (1995) *Argentina, Health Sector Development Project*. Staff Appraisal Report, 1995. Washington. Mimeo.
- 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 Szretter, H. (2000) *Costos laborales por sexo en Argentina*. Buenos Aires, Agosto de 2000, preparado para próxima publicación de OIT, Santiago de Chile. Mimeo.
- Borrell, R. (2000) *Apreciaciones sobre las residencias médicas en la Argentina*. Buenos Aires, OPS. Mimeo.

- Brito Quintana; P. (2000) *Situación y tendencias de los Recursos Humanos de Salud en las reformas sectoriales en nueve países de América Latina y el Caribe*. En OPS (2000) Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT. Quito, marzo de 2000.
- Brito, P. Novick, M y Mercer, H (1993) *El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones*. En: Educación Médica y Salud. Buenos Aires N° 27 (1): 4-31.
- Brito Quintana, P.; Clacsén Roscke, M.y Otero Ribeiro, E. (1994) *Educación Permanente, Proceso de trabajo y calidad de servicio en salud*. En: Brito et all (1994) Educación Permanente del Personal de Salud. Washington, OPS.
- Burijovich; J (2000) *La salud de las mujeres: malestar psicológico. Factores Psicosociales y servicios de salud*. Córdoba, mimeo.
- Castel, R. (1995): *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Fayard. Paris, Francia.
- CEPAL (1994): *El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo*, Cuadernos de CEPAL 73. Santiago de Chile: CEPAL; diciembre.
- 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.
- Cetrangolo, O. y Devoto, F. (1998) *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años 90, con especial referencia a la equidad*. Buenos Aires, Serie Estudios CECE. Agosto-setiembre 98.
- Elson, D. (1991): *Male bias in Macro-Economics: The Case of Structural Adjustment*, en: ELSON, D. (comp.) *Male Bias in the Development Process*. Manchester: Manchester University Press, 164-190.
- Elson, D. (1992): *From Survival Strategies to Transformation Strategies: Women's Needs & Structural Adjustment*, en Benería y Feldman (comp.) *Unequal Burden. Economic Crisis, Persistent Poverty and Women's Work*. Oxford: Westview Press.
- Galin, P. (2000) *Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector salud*. En: Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Fuentes de Información y Métodos de Análisis. OPS-CEPAL-OIT. Quito, Agosto 2000.
- 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.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000) *Informe Estadístico*. Dirección de Enfermería. Secretaría de Salud, GCBA, Buenos Aires, julio de 2000.
- Gogna, M.; Llovet, J.; Ramos, S.; Romero, M (1998) *Los retos de la salud reproductiva. Derechos humanos y equidad social*. En: Filmus e Isuani (comp.) *La Argentina que viene*. Buenos Aires: Editorial Tesis.
- Gomez Gomez, E (1997) *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe. Viejos Problemas y nuevos enfoques*. Serie Mujer y Desarrollo N° 17, Santiago de Chile; CEPAL; Naciones Unidas.
- INDEC (1998) *Situación y Evolución Social*. Síntesis N° 4. Buenos Aires, Tomo 2.
- 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.
- Lo Vuolo, R, Barbeito, A., Pautassi, L. y Rodriguez Enriquez , C (1999) *La pobreza... de la política contra la pobreza*. Buenos Aires, Ciopp-Miño y Dávila.
- Lo Vuolo, R (1998): *Crisis de integración social y retracción del Estado de Bienestar en Argentina*. En Lo Vuolo R y Barbeito, A. *La nueva oscuridad en la política social. Del estado populista al neoconservador*. Buenos Aires: Ciopp/Miño y Dávila. Págs: 187-267.
- Meade, A (1993) *Liberty, Equality and Efficiency*. Agathotopia Mea. Londres, McMillan.
- Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos (1999) *Sistema de Cuentas Nacionales Argentina. Año Base 1993. Estimaciones Trimestrales y anuales: Años 1993-1997*. Buenos Aires, Secretaría de Programación Económica y Regional.
- Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos (1999) *El Gasto Público Social, 1980-1997*. Buenos Aires, Dirección Nacional de Programación del Gasto Público Social.
- Ministerio de Trabajo (2000) *Observatorio del Mercado de Trabajo del Mercosur. Estadísticas Laborales de Argentina*. Buenos Aires.

- Ministerio de Relaciones y Culto. Subsecretaría de la Mujer (1999) *Mujeres en el mercado laboral en Argentina*. Buenos Aires, MREyC.
- Ministerio de Salud, Superintendencia de Servicios de Salud (1999) *Obras Sociales. Información General del Sistema*. Buenos Aires, 1999, vol I y II
- Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas (1999) *Catastro Nacional de Recursos en Salud -CANARESSA*. Buenos Aires Boletín Nro 85, Noviembre 1999.
- Ministerio de Salud, Dirección de Estadística de Salud (1995) *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina: 1995*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Morano, C. (2000) *Algunos indicadores sobre la situación de las mujeres en Argentina*. Documento Inicial, Coordinación CICSA - FLACSO CHILE. Mayo 2000. Mimeo.
- Naciones Unidas (1997) *Incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas del sistema de Naciones Unidas*, Informe del Secretario general (E/1997/66), período de sesiones sustantivo de 1997, Ginebra, Consejo Económico y Social, 20 de junio a 25 de julio.
- Novick, M. (2000) *Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud*. En: Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Fuentes de Información y Métodos de Análisis. OPS-CEPAL-OIT. Quito, Agosto de 2000.
- 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 Panamericana de la Salud, OPS (2000a) *Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Propuesta interagencial* OPS-CEPAL-OIT. Quito, marzo de 2000.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2000b) *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, L. (2000) *El impacto de las reformas estructurales y la nueva legislación laboral sobre la Mujer en Argentina*. En BIRGIN, H (comp.) *Ley, Mercado y Discriminación. El género del Trabajo*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Pautassi, L. (1998) *Derechos Sociales y Democracia. La reforma del Sistema de Políticas Sociales en Argentina*. Buenos Aires, Tesis doctoral. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mimeo
- Pearson, R. y Jackson, C. (1998) *Introduction: Interrogating development: feminism, gender and policy*, en *Feminist Visions of Development. Gender, analysis and policy*. Londres: Routledge.
- Pierson, P (1995) *Dimantiling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the politics of Retrenchment*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Pineda Ofreneo, R. y Lim, J. (2000) *Subcontracted Women Workers in the Context of the Global Economy*. Estambul: IAFEE Conference.
- Rico, N. (2000) *El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL*. Santiago de Chile, CEPAL (DDR/1).
- Rodriguez Enriquez, C. (2000) *Empleo femenino remunerado y trabajo domestico*. Trabajo presentado en el III Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo: El trabajo en los umbrales del Siglo XXI. Buenos Aires, 2000
- Rovere, M. (1993) *Gestión estratégica de la educación permanente en salud*. En: Brito et all (1994) *Educación Permanente del Personal de Salud*. Washington, OPS.
- Siltanen, J. (1994) *Locating Gender: Occupational segregation, wages and domestic responsibilities*. Londres: UCL Press.
- SIEMPRO (2000) *Encuesta de Desarrollo Social. Condiciones de Vida y acceso a Programas y Servicios Sociales*. Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.
- Sojo, A (2000) *Reformas de Gestión en Salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Santiago, CEPAL N° 39.
- Tafani, R. (1997) *Privatización, sobrecobertura y reforma competitiva en salud*. Río Cuarto, Córdoba: Universidad Nacional de Río Cuarto.
- 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.



Serie

mujer y desarrollo

Números publicados

- 1 Mujeres rurales de América Latina y el Caribe: resultados de programas y proyectos (LC/L.513), septiembre de 1989
- 2 América Latina: el desafío de socializar el ámbito doméstico (LC/L.514), octubre de 1989
- 3 Mujer y política: América Latina y el Caribe (LC/L.515), septiembre de 1989
- 4 Mujeres refugiadas y desplazadas en América Latina y el Caribe (LC/L.591), noviembre de 1990
- 5 Mujeres, Culturas, Desarrollo (Perspectivas desde América Latina) (LC/L.596), marzo de 1991
- 6 Mujeres y nuevas tecnologías (LC/L.597/Rev.1), abril de 1991
- 7 Nuevas tecnologías de participación en el trabajo con mujeres (LC/L.592), octubre de 1990
- 8 La vulnerabilidad de los hogares con jefatura femenina: preguntas y opciones de política para América Latina y el Caribe (LC/L.611), abril de 1991
- 9 Integración de lo femenino en la cultura latinoamericana: en busca de un nuevo modelo de sociedad (LC/L.674), marzo de 1992
- 10 Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: propuesta para la discusión (LC/L.690), mayo de 1992
- 11 Feminización del sector informal en América Latina y el Caribe (LC/L.731), abril de 1993
- 12 Las mujeres en América Latina y el Caribe. Un protagonismo posible en el tema de población (LC/L.738), mayo de 1993
- 13 Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente (LC/L.767), diciembre de 1993
- 14 Poder y autonomía roles. Roles cambiantes de las mujeres del Caribe (LC/L.881), abril de 1996
- 15 Formación de los recursos humanos femeninos: prioridad del crecimiento y de la equidad (LC/L.947), junio de 1996
- 16 Violencia de género: un problema de derechos humanos (LC/L.957), julio de 1996 **www**
- 17 La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques (LC/L.990), mayo de 1997
- 18 Las mujeres en América Latina y el Caribe en los años noventa: elementos de diagnóstico y propuestas (LC/L.836/Rev.1), abril de 1997
- 19 Reflexiones sobre los indicadores del mercado de trabajo para el diseño de políticas con un enfoque basado en el género (LC/L.1016), mayo de 1997 **www**
- 20 El sector informal urbano desde la perspectiva de género. El caso de México (LC/L.1017), julio de 1997
- 21 Mitos y eficiencias del trabajo femenino urbano en América Latina (LC/L.1034), agosto de 1997 **www**
- 22 La educación de las mujeres: de la marginalidad a la coeducación. Propuestas para una metodología de cambio educativo (LC/L.1120), julio de 1997 **www**
- 23 Violencia en la pareja. Tratamiento legal. Evolución y balance (LC/L.1123), agosto de 1998 **www**

- 24 Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (LC/L.1126), agosto de 1998 **www**
- 25 Género, medio ambiente y sustentabilidad del desarrollo (LC/L.1144), octubre de 1998 **www**
- 26 El trabajo a tiempo parcial en Chile (LC/L.1301-P), N° de venta: S.00.II.G.9 (US\$ 10.00), enero de 2000
- 27 El desafío de la equidad de género y de los derechos humanos en los albores del siglo XXI (LC/L.1295/Rev.1-P), N° de venta: S.00.II.G.48 (US\$ 10.00), mayo de 2000 **www**
- 28 Mujer y trabajo en las reformas estructurales latinoamericanas durante las décadas de 1980 y 1990 (LC/L.1378), N° de venta: S.00.II.G.94 (US\$ 10.00), mayo de 2000 **www**
- 29 Enfoque de género en la política económica-laboral. El estado del arte en América Latina y el Caribe (LC/L. 1500), N° de venta: S.01.II.G.44 (US\$ 10.00), marzo de 2001 **www**
- 30 Equidad de Género y Calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina (LC/L 1506-P) N° de venta: S.01.II.G.45 (US\$ 10.00), marzo de 2001 **www**

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.

- **www**: Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre:
Actividad:
Dirección:
Código postal, ciudad, país:.....
Tel.: Fax: E.mail: