

**Sociología
y
política**

MUJER Y EMPLEO

**La reforma de la salud
y la salud de la reforma
en la Argentina**

Coordinado por

**María Nieves Rico
y Flavia Marco**





Siglo veintiuno editores Argentina s.a.

TUCUMÁN 1621 7° N (C1050AAG), BUENOS AIRES, REPÚBLICA ARGENTINA

Siglo veintiuno editores, s.a. de c.v.

CERRO DEL AGUA 248, DELEGACIÓN COYOACÁN, 04310, MÉXICO, D. F.

Siglo veintiuno de España editores, s.a.

C/MENÉNDEZ PIDAL, 3 BIS (28036) MADRID

Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina / coordinado por Nieves Rico, María y Marco, Flavia.
1ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2006
384 p.; 21x14 cm (Economía)

ISBN 987-1220-69-3

1. Mujer-Empleo. I. María Nieves Rico, coord. II Marco, Flavia, coord.

CDD 331.4

Portada de Peter Tjebbes

© 2006, Naciones Unidas

© 2006, Siglo XXI Editores Argentina S.A.

ISBN-10: 987-1220-69-3

ISBN-13: 978-987-1220-69-4

Impreso en Artes Gráficas Delsur.
Alte. Solier 2450, Avellaneda,
en el mes de diciembre de 2006

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina – Made in Argentina

Índice

Presentación

por José Luis Machinea

15

PRIMERA PARTE

El trabajo y las mujeres en América Latina

Capítulo I

Políticas laborales con equidad de género

por María Nieves Rico y Flavia Marco

21

A. Mujer y empleo: situando el debate

21

B. El proyecto

28

1. Lecciones aprendidas

33

C. El libro

37

Referencias bibliográficas

47

Capítulo II

Las mujeres en el empleo sectorial en América Latina

por María Nieves Rico y Flavia Marco

51

A. ¿Por qué abordar el empleo sectorial desde una perspectiva de género?

51

1. Argumentos que sustentan el enfoque

55

B. Principales rasgos de la participación laboral femenina

59

C. Aporte sectorial al empleo femenino

65

1. Cantidad del empleo

67

2. Calidad del empleo

73

D. Desafíos y respuestas frente a la heterogeneidad del mercado laboral

83

1. Qué se está haciendo por las trabajadoras

86

Referencias bibliográficas

95

SEGUNDA PARTE**Reforma y empleo en salud en la Argentina****Capítulo III****La reforma del sector salud en la Argentina**

por Susana Belmartino 101

- A. La experiencia internacional 101
 - 1. La idea de reforma 102
 - 2. El abanico de agendas de reforma 108
- B. La política de reforma en la Argentina 119
 - 1. Escenario y diagnósticos 119
 - 2. Los procesos de reforma 124
 - 3. Los resultados de la reforma 135
 - 4. Posibles lecturas sobre el fracaso de la reforma 138

Referencias bibliográficas 147

Capítulo IV**Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud**

por Mario Rovere 151

- A. El porqué de un año y una década para los recursos humanos en salud 151
 - B. Incorporando un enfoque de género 153
 - C. Nivel macro: el campo de recursos humanos en salud 156
 - 1. Una breve genealogía de los términos 160
 - 2. Recursos humanos ya estuvo en la agenda internacional 162
 - 3. Precarización del empleo y políticas de reforma 166
 - D. Nivel meso: las organizaciones de salud y el trabajo institucionalizado 168
 - 1. Recursos humanos y estilos de gestión 169
 - E. Nivel micro: la atención y las relaciones interpersonales 171
 - F. Feminización de la medicina y ¿masculinización de la enfermería? 176
 - 1. Más hombres enfermeros 180
 - G. Migraciones de personal de salud 182
 - H. La nueva agenda internacional: la perspectiva de género con dificultades para emerger 185
 - I. A modo de conclusión 188
- Referencias bibliográficas 190

Capítulo V**El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención**

por Laura C. Pautassi 193

- A. Introducción 193
 - B. Los profesionales de la salud. ¿Se está alcanzando la paridad? 196
 - C. El empleo en el sector salud 205
 - 1. Advertencia metodológica sobre su medición 205
 - 2. ¿Calidad del empleo? La situación de las ocupadas y los ocupados en salud 209
 - D. ¿Sinergias posibles? Calidad de atención en salud y calidad de género 226
- Referencias bibliográficas 233

Capítulo VI**Reforma sectorial, descentralización y empleo en salud en Córdoba**

por Jacinta Burijovich y Laura C. Pautassi 235

- A. Introducción 235
 - B. Las condiciones de trabajo en el sector salud 239
 - C. Institucionalidad sectorial y recursos humanos en la provincia de Córdoba 241
 - D. El empleo en la salud pública provincial 250
 - 1. Perfiles ocupacionales 251
 - 2. El equipo de salud: los grupos ocupacionales 253
 - E. El recurso humano en la salud pública municipal 257
 - 1. La salud de los trabajadores y las trabajadoras de la salud municipal 262
 - F. El empleo en los otros sectores de la salud 264
 - 1. El subsector privado en Córdoba 264
 - 2. El sector público no estatal: el “cuarto sector” 267
 - G. Mujeres atendiendo mujeres. La dinámica del empleo en salud a nivel local 269
 - H. Desafíos y líneas de acción 271
 - 1. Aportes para el sector público de la salud 271
 - 2. Aportes para el sector privado y de las obras sociales 277
 - 3. Aportes para el “cuarto sector” de la salud 278
- Referencias bibliográficas 279

TERCERA PARTE**Bases para políticas con equidad****Capítulo VII****Hacia la reconstrucción del sector salud en la Argentina.****Una mirada desde el gobierno***por Graciela Rosso* 283

- A. Introducción 283
- B. La Unidad de Género y Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación 285
- C. Equidad de género y empleo sectorial 287
- D. El fortalecimiento de la ciudadanía de trabajadores y usuarios del sistema de salud 293
- Referencias bibliográficas 298

Capítulo VIII**Capacidades institucionales para una mayor equidad en el empleo***por Jacinta Burijovich y Laura C. Pautassi* 301

- A. La urgencia de desarrollar capacidades institucionales 301
- B. Capacidades institucionales y equidad de género: aproximaciones conceptuales 304
- C. Políticas laborales en el sector salud con equidad. Aprendizajes de una experiencia 309
 - 1. Brechas para un buen desempeño 314
 - 2. Senderos abiertos 317
- D. Déficits en las capacidades institucionales y acciones de superación 322
 - 1. Relacionados con leyes, reglas, normas y “reglas de juego” 322
 - 2. Relacionados con coordinaciones interinstitucionales 325
 - 3. Vinculados a la estructura organizacional interna y distribución de funciones 326
 - 4. Relacionados con la capacidad financiera y física de las instancias ejecutoras 328
 - 5. Relacionados con políticas de personal y sistema de recompensas 329
- E. Hacia una agenda propositiva de políticas laborales con equidad de género 330
- F. Implicaciones para la acción 334
- Referencias bibliográficas 336

Capítulo IX**Investigación social y políticas públicas: un binomio polémico***por Cristina Bloj* 339

- A. Un primer acercamiento a la cuestión 339
- B. Discursos en pugna, afluentes críticos y nexos potenciales 342
 - 1. Dinámica histórica, dinámica de las ideas 343
 - 2. La investigación como “práctica sociointelectual” y sustento de la acción 347
 - 3. Representaciones colectivas, “sentido común” e imputaciones cruzadas 351
 - 4. Problemas de investigación, problemas de gestión 354
- C. Los estudios de género: impulsando hechos y derechos 357
 - 1. Conectando espacios y lógicas: hacia políticas laborales con equidad de género 360
- D. Un balance provisorio 365
- E. Comentarios finales 370
- Referencias bibliográficas 373

Los autores 379**Agradecimientos** 383

Índice de cuadros, gráficos y figuras

Cuadros

- II.1 Distribución de los ocupados por grupos de ocupación según sexo, América Latina (12 países).
- II.2 América Latina y el Caribe, contribuciones a la generación neta de empleo - 2004.
- II.3 Mujeres ocupadas en cada rama de actividad económica, América Latina - 1994, 1999, 2002 y 2004 (en porcentajes).
- II.4 Crecimiento económico y de generación de empleo por ramas de actividad seleccionadas en función de crecimiento económico - 2004.
- II.5 Aporte al PBI, al empleo total y al empleo femenino por ramas de actividad seleccionadas, América Latina.
- II.6 América Latina, promedio simple (12 países), ocupados urbanos, alrededor de 2004.
- II.7 Brecha de remuneraciones entre varones y mujeres según rama de actividad económica, promedio regional, áreas urbanas.
- IV.1 Participación de mujeres sobre el total de médicos ocupados, países seleccionados, 1970-2000.
- V.1 Mujeres en la población de 20 años y más que completó el nivel universitario por grupos de edad según disciplina y área de estudio, total del país - 2001 (en porcentajes).
- V.2 Mujeres en la población de 20 años y más que completó el nivel universitario por grupos de edad según región, disciplinas seleccionadas, total del país - 2001 (en porcentajes).
- V.3 Peso de las ocupaciones vinculadas a la salud en la rama salud - 2003-2005.
- V.4 Composición de los ocupados en servicios sociales, comunitarios y personales según categoría, intensidad y cantidad, según sexo, total aglomerados urbanos - 2003-2005.
- V.5 Jefes de hogar en el total de ocupados en el sector salud por categoría ocupacional y sexo - 2003-2004 (en porcentajes).
- V.6 Ocupados en el sector salud según categorías ocupacionales y sexo - 2003-2005.
- V.7 Ocupados en el sector salud con título terciario según categorías ocupacionales y sexo - 2003-2005.
- V.8 Ocupados en el sector salud por nivel educativo según grupos de edad y sexo - 2004.
- V.9 Cuenta propia y asalariados en el sector salud por nivel de calificación y sexo - 2003-2004.
- V.10 Ocupados en el sector salud en tareas no profesionales según categorías ocupacionales y sexo - 2003-2005.

- V.11 Ocupados en el sector salud por nivel de calificación y sexo - 2003-2005.
- V.12 Asalariados en el sector salud del sector público por sexo - 2003-2005 (en porcentajes).
- V.13 Nivel educativo de asalariados según sector público o privado y sexo - 2004.
- V.14 Nivel de calificación de la tarea de asalariados según sector público o privado y por sexo - 2003-2005.
- V.15 Asalariados según descuento jubilatorio por sector de gestión y según sexo - 2004.
- V.16 Ocupados en el sector salud por nivel de calificación y descuento jubilatorio - 2003-2005.
- V.17 Ingresos en el sector salud por sexo - 2003-2005.
- VI.1 Total de personas ocupadas por condiciones de contratación y por sexo - 2004.
- VI.2 Distribución del gasto en personal hospitalario - 1999-2004.
- VI.3 Total de personas ocupadas en el Equipo de Salud desagregados por grupo ocupacional - 2004.
- VI.4 Ocupados en los Equipos de Salud por grupo ocupacional y por sexo - 2004.
- VI.5 Distribución de los cargos por sexo, 2004.
- VI.6 Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por sexo - 2004.
- VI.7 Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por agrupamiento - 2004.
- VI.8 Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por lugar de trabajo y por sexo - 2004.
- VI.9 Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por condiciones de contratación - 2004.
- VIII.1 Brechas y senderos estratégicos en el diseño de una política laboral en salud, el caso de Córdoba.

Gráficos

- II.1 América Latina (18 países), ingreso laboral medio de las mujeres, comparado con el de los hombres, zonas urbanas - alrededor de 2002.
- II.2 Mujeres ocupadas en cada grupo de ocupación, América Latina (12 países), zona urbana - alrededor de 1994, 1999, 2002 y 2004 (en porcentajes).
- II.3 Mujeres ocupadas en cada categoría ocupacional según ramas de la actividad económica, promedio regional, áreas urbanas - alrededor de 2004.
- V.1 Ocupados en el sector salud en el total de la ocupación por sexo, total aglomerados urbanos - 2003-2005 (en porcentajes).

Figuras

- I.1 Estrategia para impulsar procesos de institucionalización de una perspectiva de género.
- VI.1 Modelo de análisis del campo de los recursos humanos en el sector salud.

Presentación

El acceso a servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. En la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad.

Ésta es una de las ideas centrales expuestas por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en el libro *La protección social de cara al futuro*, presentado en marzo de este año en ocasión del trigésimo primer período de sesiones de la Comisión.

En dicha publicación, la CEPAL hace hincapié en la importancia de prestar especial atención a las carencias históricas que presenta la región en materia de acceso real a servicios de salud oportunos y de calidad, a la escasez de recursos humanos y financieros y a los problemas de articulación de los sistemas. El libro *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*, coordinado por María Nieves Rico y Flavia Marco, de la Unidad Mujer y Desarrollo de esta Comisión, se inscribe en el esfuerzo institucional por abordar el análisis de los sistemas de salud y formular propuestas de política que contribuyan a la exigibilidad de los derechos.

Este documento tiene varios aspectos que vale la pena destacar. En primer lugar, se trata de la primera publicación de la CEPAL (y posiblemente en el ámbito de los estudios del trabajo en los úl-

timos años) sobre recursos humanos en salud desde la perspectiva de género. En este marco, se presenta un diagnóstico, un análisis y un balance de la experiencia local y nacional de la Argentina en la formulación de políticas públicas para el sector salud. En segundo lugar, la amplitud y profundidad con que los autores aplican este enfoque permite que el análisis trascienda los aún insuficientes estudios sobre el acceso diferenciado de hombres y mujeres al empleo, y hace visibles los vínculos entre las políticas públicas y los cambios culturales. Las sinergias entre política económica y política social, que habitualmente tienen un punto de encuentro en el mercado de trabajo, se observan en toda su complejidad al analizarse desde la perspectiva de la desigualdad de género.

Una vez más, el diagnóstico sobre el papel de las mujeres en el empleo sectorial en América Latina, presentado en la primera parte del libro, pone en evidencia la gran heterogeneidad que caracteriza al mercado de trabajo, la segmentación horizontal y vertical que afecta a las mujeres, las brechas salariales que las perjudican a pesar de su mayor nivel de educación, la débil presencia de las trabajadoras en los ámbitos directivos, y las representaciones culturales que impiden su adecuada visualización. Esta situación se repite en el caso del sistema de salud de la Argentina y en la provincia y la ciudad de Córdoba, abordado en la segunda parte del libro. Este conjunto de trabajos reseña, en el marco de la reforma sectorial, nuevas y más complejas explicaciones sobre la desigualdad, a la vez que deja en claro la importancia de promover cambios en las políticas laborales y de recursos humanos. Como señalan las coordinadoras, estos cambios redundarán en beneficios para todos, ya que una mejor calidad del empleo en el sector se traducirá en mejores condiciones de salud.

El abordaje integral del empleo femenino en el sector público de la salud, además de hacer visibles las brechas y los obstáculos enfrentados por las trabajadoras, pone claramente en evidencia las insuficiencias de la reforma institucional y plantea nuevos interrogantes a la labor de investigación y formulación de políticas en salud. Esto se manifiesta en la tercera parte del libro, en la que desde la perspectiva del gobierno argentino y de la investiga-

ción/acción en ciencias sociales se presenta y reflexiona en torno de los procesos desencadenados en ese país. No basta con cambiar las recetas, como nos enseñan los estudios de género, también hay que modificar los ingredientes. La igualdad, la ampliación de la ciudadanía, el fortalecimiento de la autonomía de las personas, el diálogo interinstitucional y la participación de los distintos actores sociales involucrados, deben formar parte constitutiva del debate y la agenda pública de las reformas sectoriales, junto con la preocupación por el gasto público, el crecimiento, la regulación y el financiamiento, que ha predominado hasta el momento.

Asimismo, los autores ofrecen propuestas novedosas, en el marco de la gestión de los recursos humanos, sobre la reforma de la salud, tanto a nivel nacional como descentralizado, y sus vínculos con la equidad de género. El libro examina el aporte que ésta hace a la comprensión de las reformas institucionales, demostrando que la perspectiva de género no se limita a identificar las injustas brechas cuantitativas que caracterizan el mundo del trabajo remunerado. También revela el oscuro mundo del trabajo no remunerado de las mujeres en el sector salud, su distorsionada prolongación en el mundo público, la devaluación a la que va asociada la actividad de cuidado y la aún débil consideración del tema en las agendas políticas y gubernamentales.

En síntesis, el círculo virtuoso entre la participación de los actores sociales e institucionales involucrados, el riguroso análisis de datos, el marco analítico integral y su contraste con la experiencia, hacen de este libro un aporte de indudable valor. El trabajo permite tomar en cuenta las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres y, por ello, propicia desde las políticas públicas acciones positivas que estimulen la igualdad de resultados, eliminando las barreras identificadas por los autores. Asimismo, el proceso realizado en el marco del proyecto de la CEPAL "Políticas laborales con enfoque de género" ofrece una valiosa fuente de inspiración para emprender similares trabajos sectoriales en otros países.

Esperamos que este libro incentive el debate y la investigación, y ayude a plantear preguntas relevantes en la formulación de políticas públicas que permitan una mayor visibilidad de las mujeres, contribuyan a su empoderamiento y redistribuyan beneficios y res-

ponsabilidades entre todos los trabajadores del sector. Sin duda, todo esto será un valioso aporte al mejoramiento integral de las condiciones de salud.

Por último, quisiera agradecer la valiosa contribución que brindan a la CEPAL de forma permanente la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) y el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ), gracias a la cual ha sido posible esta publicación.

JOSÉ LUIS MACHINEA
Secretario Ejecutivo, CEPAL

PRIMERA PARTE
EL TRABAJO Y LAS MUJERES
EN AMÉRICA LATINA

I

Políticas laborales con equidad de género

María Nieves Rico y Flavia Marco

A. Mujer y empleo: situando el debate

En América Latina, el trabajo constituye uno de los espacios donde se libra la disputa por la superación de la pobreza y la ampliación de la ciudadanía. Para las mujeres latinoamericanas, los derechos económicos y sociales representan, en este momento, la dimensión más subvaluada de su ciudadanía. La debilidad de su autonomía económica¹ se acompaña de falta de habilitación en otras dimensiones de su autonomía: física, política y sociocultural.²

La inquietud por la incorporación de las mujeres al mercado laboral está presente desde hace ya años en instrumentos internacionales,³ compromisos gubernamentales, y en la acción del movimien-

¹ La falta de autonomía económica, medida como la proporción de la población que no dispone de ingresos propios, se expresa en que en América Latina cerca del 50% de las mujeres mayores de 15 años se encuentra en dicha situación, mientras que sólo el 20% de los varones lo está (CEPAL, 2006). Es decir, más mujeres que hombres son dependientes económicamente, con todas las implicancias que esto conlleva. Esta falta de autonomía radica principalmente en la responsabilidad femenina de realizar trabajo doméstico no remunerado.

² Como decía Norbert Lechner (2002), la autonomía de los individuos depende del rango de las opciones y de los recursos que ponga a su disposición la sociedad en la que se insertan.

³ Constituyen hitos en este sentido el artículo 11 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), acerca de las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en la esfera del

to de mujeres organizado. Pero, tal como señala Castel (1997), el discurso de la incorporación de las mujeres al mundo laboral se instala cuando el trabajo —como elemento privilegiado para el establecimiento del vínculo social— se ha devaluado, a la vez que el comportamiento del mercado es afectado por la presencia cada vez más notable y demandante de las mujeres, quienes ejercen presión sobre él e interpelan la eficiencia y los objetivos de las políticas.

Entre los desafíos que enfrenta actualmente la región en el ámbito laboral se destacan: i) un mercado de trabajo inestable y generador de grandes incertidumbres para la población; ii) crecientes niveles de desempleo y subempleo; iii) desregulación con impactos negativos sobre la calidad del empleo; iv) políticas laborales ausentes o muy limitadas, en un contexto donde el pleno empleo ya no es considerado una condición de una macroeconomía sana. A pesar de estos serios problemas y desequilibrios, el trabajo es la principal fuente de ingreso de los hogares y sigue ocupando un lugar central en el conjunto de las actividades y experiencias de las personas. Trabajar remuneradamente tiene consecuencias económicas, como la posibilidad de superar la condición de pobreza y llevar una vida digna de acuerdo con los cánones actuales. Pero también tiene otro tipo de consecuencias, asociadas a la construcción de la identidad y de las redes sociales de las que se forma parte, afectando incluso las actitudes políticas y la imagen de sociedad y de país. De este modo, el trabajo continúa siendo un factor de integración social connotado de prestigio y, en ocasiones, se constituye para muchas personas en la medida de su autovaloración en una sociedad fuertemente desigual y discriminadora como la nuestra.

empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos; la Plataforma de Acción de Beijing (1995), específicamente las áreas de preocupación 1 (la mujer y la pobreza) y 6 (la mujer y la economía); los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): 3 (1919), 103 (1952) y 183 (2000), sobre protección de la maternidad, el 100, relativo a la igualdad de remuneración, el 111 (1958), a la discriminación en el empleo y la ocupación, y el 156 (1981), a la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadores con responsabilidades familiares.

Lo anterior, que hasta hace unos años se afirmaba desde una perspectiva neutral —tanto en el ámbito académico como político—, en realidad afectaba preferentemente a los hombres, puesto que la experiencia de las mujeres respecto del trabajo remunerado era y es distinta. La diferencia está dada no sólo por las dificultades y falta de incentivos para acceder a éste, sino porque culturalmente se invisibiliza su inserción y se niegan sus problemas y necesidades, o se sanciona socialmente el “abandono” de las responsabilidades domésticas que se le asignan. En este sentido, se produce lo que Isabella Bakker (1999) denomina un “silencio conceptual”, es decir, los análisis y las políticas se negaban —y en general aún se resisten— a reconocer explícita o implícitamente que el mercado laboral se produce y expresa en un espacio social marcado por las asimetrías del sistema de género.

Es así que, sin políticas que favorezcan su participación laboral, pero impulsadas por variables externas —determinadas por las necesidades de los hogares— y factores propios vinculados principalmente al aumento de sus niveles educacionales, pero también por requerimientos de las propias economías nacional e internacional, las mujeres han ingresado en las últimas décadas sostenidamente al mercado de trabajo y lo han hecho para quedarse. A esto hay que agregar que, desde un punto de vista subjetivo, el trabajo se valora cada vez más como un proyecto personal⁴ y constituye una fuente de seguridad económica y simbólica crucial. Según estudios empíricos, trabajar remuneradamente es uno de los pocos factores protectores de la violencia que se ejerce en su contra en el ámbito doméstico, y uno de los condicionantes clave del aumento de su autonomía en los procesos de adopción de decisiones en el interior de las familias y de la sociedad (Rico, 2001). Asimismo, es una fuente de tensión vinculada al trabajo reproductivo no remunerado que se les asigna en el interior de los hogares

⁴ Una encuesta realizada en Santiago de Chile entre 4.992 mujeres, sobre cuáles eran sus sueños, señala como prioritario el aumento de las oportunidades de trabajo, y cuando se las consultó sobre sus preocupaciones, el trabajo o la dificultad para encontrar uno fue su primera opción (Comunidad Mujer, 2005).

y que el mercado laboral no contempla como un condicionante ni como un sostén de su propio funcionamiento.

Las mujeres en la actualidad se educan y capacitan para trabajar, mostrando la necesidad y voluntad de hacerlo para obtener ingresos propios. Pero, en general, no pueden ejercer plenamente su derecho al trabajo con todas las consecuencias que ello conlleva. Cuando lo obtienen —considerando los datos regionales y la heterogeneidad de América Latina—, se concentran en sectores de baja productividad, determinados tipos de ocupaciones y ramas de actividad, tienen inferior representación en los puestos de decisión y menos opciones de “hacer carrera”, ganan menos que sus pares varones y están más desprotegidas que ellos por la seguridad social.⁵ La desigual distribución del tiempo entre hombres y mujeres —sobre todo frente a las demandas del trabajo doméstico y de cuidado—,⁶ los recursos productivos (capital, crédito, capacitación, nuevas tecnologías) y el poder (político, económico y social), determinan la posición desventajosa de las mujeres en el mercado laboral (CEPAL, 2004). Así, su ingreso al trabajo remunerado se enmarca en un contexto en que hay que superar los mecanismos de exclusión que limitan su acceso, las discriminaciones⁷ que las afectan en las relaciones laborales y la desigualdad en los

⁵ En el sitio web estadísticas e indicadores de género de la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL <www.eclac.cl/mujer>, se encuentra información para cada uno de los países latinoamericanos e información comparativa regional, que permite sostener empíricamente estas afirmaciones.

⁶ A lo largo de todo el libro, siguiendo los aportes de la teoría feminista a la sociología del trabajo, se considera trabajo tanto el productivo para el mercado como el trabajo reproductivo no remunerado para el consumo directo de las familias y su bienestar, sacando este último del limbo de lo “no económico” al que tradicionalmente se lo relega.

⁷ La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), instrumento ratificado por todos los países de América Latina, define discriminación como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el goce, reconocimiento o ejercicio por parte de la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil o en cualquier otra esfera”.

resultados y beneficios. Pero las necesidades que enfrentan las mujeres en el desarrollo de los países no son sólo de redistribución, sino que son también, tal como lo plantea Nancy Fraser (1998 y 2000), de reconocimiento vinculado al fortalecimiento de las identidades. Reconocimiento de capacidades ocultas, de actores invisibles, de procesos en marcha, de articulaciones viables que están en la penumbra y el olvido.

El análisis y la acción sobre el ámbito laboral, desde una perspectiva de género, permiten la articulación entre los aspectos económicos y sociales del desarrollo de los países, incluso con las asintonías y diferentes velocidades desde las que interactúan. A su vez, facilitan la vinculación de los niveles macro, meso y microeconómico, poniendo en evidencia la articulación entre los ámbitos privado y público. Asimismo, plantearse un empleo de calidad forma parte de los encadenamientos favorables entre recursos humanos y una mejor distribución de los recursos productivos, lo que genera nexos positivos entre crecimiento y equidad.

Una conclusión común para todos los países latinoamericanos de los diagnósticos realizados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Daeren, 2001; Rico y Marco, 2004) es que la institucionalidad de género es incipiente en las políticas laborales y económicas. Los programas para mejorar las condiciones de trabajo de las mujeres son escasos —dentro del universo de iniciativas existentes— y limitados —tanto en los recursos destinados como en términos de la población a la que afectan—, y se concentran en proyectos asistenciales centrados en el rol de madres/esposas y no de agentes económicos.

Al Estado le corresponde, acompañando los cambios sociales, producir las condiciones necesarias para que hombres y mujeres tengan igualdad en el mercado laboral y puedan asumir sus responsabilidades domésticas y familiares en forma compartida y equilibrada. En este esfuerzo, la empresa privada también tiene un importante papel que cumplir. Es un requisito de las políticas públicas ser capaces de identificar, nombrar e interpretar los procesos sociales en curso e incluso dirigirlos. En esta línea es posible valorar una política según su potencial de transformación, por su capacidad de generar experiencias e imaginarios que amplíen las

posibilidades de acción y de opción de las personas, a la vez que mejorar sus vidas. De este modo, las políticas públicas, y específicamente las de género, son un trabajo cultural, vinculado —siguiendo la definición de la UNESCO— a “las maneras de vivir juntos” y las representaciones colectivas que se hacen las personas a propósito y acerca de esa convivencia social (Lechner, 2002). Las políticas laborales con equidad de género se inscriben en un desafío mayor.

Si se entiende por políticas laborales a aquellas que actúan en torno de la relación entre trabajador y empleador, con disposiciones relativas a la garantía de derechos —no discriminación, salario mínimo, seguridad social, derecho a sindicalización y a huelga, seguridad en el empleo y todas las normas que rigen en esta materia— (Samaniego, 2002), es posible afirmar que éstas, junto con las de mercado de trabajo activas —que pretenden conservar y crear puestos de trabajo— son el grueso de las acciones llevadas a cabo en la región. Esto en un marco donde, desde la década de 1990, se advirtió que los cambios económicos estructurales, en el ámbito global y nacional, obstaculizan la aplicación de ciertas políticas de empleo o reducen su eficacia (Weller, 2004). En efecto, como sostiene Montaña (2001), hablar de políticas de empleo hoy remite a un pasado que ya no existe, o a un futuro deseado donde el Estado tenga un papel regulador determinante para hacer lo que el mercado, según demuestra su propio funcionamiento, es incapaz de hacer: equilibrar la situación de hombres y mujeres (Tokman, 2004) y —en el caso de estas últimas— asegurar su derecho al trabajo y a la autonomía económica.⁸ Las principales propuestas para subsanar esta situación se insertan en el principio de igualdad de oportunidades, como consta en la mayoría de los planes y programas gubernamentales vigentes en la región, aun cuando se puede afirmar que no es suficiente. Se requieren medidas

⁸ En esta misma línea, Ricardo Ffrench-Davis (2005) señala que las reformas económicas en América Latina han tendido a causar un deterioro en los *equilibrios macrosociales*, que este autor ha definido como el conjunto de condiciones sociales globales tales como niveles de pobreza, empleo, programas sociales y la distribución del ingreso, las voces y las oportunidades.

que, además de establecer que el Estado está obligado a no discriminar,⁹ modifiquen procesos y estructuras que actualmente dificultan el acceso, permanencia y ascenso de las mujeres en el mercado de trabajo de manera igualitaria a los hombres. Asimismo, éstas deben ser de acción positiva para revertir la desigualdad en su origen, cada vez que se adoptan decisiones y se abren oportunidades en el proceso de trabajo. Es una gran injusticia dar igual trato a quienes están en desiguales condiciones (Marco, 2005). Resulta también crucial establecer el derecho al trabajo y a la autonomía económica de las mujeres, no sólo en el accionar estatal, sino también inscribir los derechos en la intersubjetividad de los actores sociales y la población en general como parte de su patrimonio y sentido común.

Frente a lo expuesto, surgen algunos de los interrogantes que guían la reflexión de las autoras: ¿cómo integrar una preocupación por la equidad entre mujeres y hombres —y, por ende, la equidad social— en las políticas laborales en un contexto en que ellas se han vuelto cada vez más precarias?; ¿bajo qué condiciones se compatibilizan los objetivos de más y mejores empleos, equidad de género y desarrollo económico?; ¿qué desafíos de política, en particular en el ámbito de la coordinación entre instituciones públicas, organismos no gubernamentales y asociaciones empresariales y de trabajadores, entraña esta ecuación de tres metas simultáneas?; ¿qué sesgos de género se presentan en las nuevas oportunidades laborales que se abren y en los procesos de reforma sectorial y descentralización?; ¿qué se necesita saber para participar en los procesos de adopción de decisiones y de formulación de políticas de manera eficiente, incorporando el objetivo de una mayor igualdad *de facto* entre hombres y mujeres?

⁹ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha establecido que el Estado tiene la obligación de aprobar normas que protejan de la discriminación a las mujeres y otros grupos considerados “vulnerables”, y adoptar medidas especiales que incluyan políticas activas de protección (Abramovich, 2006).

B. El proyecto

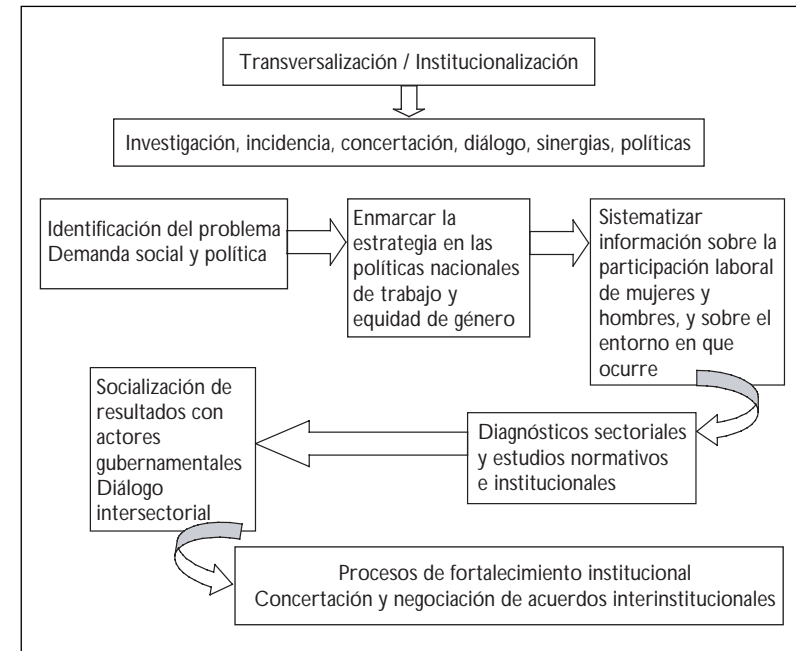
En América Latina hay un consenso cada vez más amplio respecto de la importancia de incluir transversalmente un enfoque de género en las políticas públicas e instituciones de desarrollo, como condición necesaria para alcanzar un desarrollo integral, eficaz y equitativo para los países. No obstante, existen todavía limitadas experiencias exitosas sobre cómo llevar a cabo en la práctica este proceso. En respuesta a esta necesidad, el proyecto ejecutado por la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL, “Políticas laborales con enfoque de género”,¹⁰ se propuso fortalecer el proceso de institucionalización del enfoque de género en la formulación de políticas en el ámbito laboral. Esto se llevó a cabo en seis países de América Latina mediante la aplicación de una estrategia metodológica participativa, flexible y sensible a las situaciones y ritmos nacionales, así como a las peculiaridades de los sectores económicos involucrados,¹¹ caracterizándolo como un proyecto dinámico y complejo, donde el liderazgo y las decisiones están en manos de las instituciones de cada país, haciendo del proceso una fuerza principalmente endógena. Tal como se sintetiza en la figura I.1 y se expone a continuación, la estrategia se desarrolla a partir de múltiples entradas.

Con la convicción de que la transversalización es el correlato político de la transdisciplina en el ámbito de la investigación científica, la decisión de impulsar un proceso de transversalización e institucionalización del enfoque de género ha sido estimulada por:

¹⁰ Proyecto que contó con el aporte financiero de la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ). Una fase anterior del proyecto se denominó “Institucionalización del enfoque de género en la CEPAL y Ministerios sectoriales”.

¹¹ Los países y sectores que participaron fueron: Argentina (sector salud), Ecuador (sector turismo), El Salvador (industria manufacturera de exportación, maquila) y Costa Rica, Chile y Uruguay (sector financiero). Véase más información en <www.cepal.org/mujer/proyectos/gtz/Default.htm>.

Figura I.1: Estrategia para impulsar procesos de institucionalización de una perspectiva de género



FUENTE: Elaboración propia.

- i) el avance en la conceptualización del papel de las mujeres en los procesos de desarrollo en tanto colaboradoras activas y beneficiarias de éstos;
- ii) el mayor reconocimiento de su papel productivo y reproductivo, así como de su crucial importancia en áreas del desarrollo en las que anteriormente estaban invisibilizadas o no se identificaban desigualdades de género;
- iii) la relevancia de un enfoque de igualdad de género para alcanzar la equidad social, el ejercicio de la ciudadanía y los derechos humanos;
- iv) la necesidad de vincular las políticas económicas y sociales, esto es, abordar la problemática de la equidad con un enfoque del desarrollo integrado.

Un desarrollo económico y social con equidad precisa de un diseño de marcos integrales de política y de la consolidación de una institucionalidad fuerte. La institucionalidad de género ha tenido un gran desarrollo en la región en las últimas décadas desde el punto de vista legal y del aparato gubernamental. Sin embargo, hay desafíos importantes, por lo menos en tres niveles, sin cuyo mejoramiento el cambio institucional será sólo parcial, y en los que se pretendió influir (Bravo y Rico, 2001; Rico, 2005).

El primero de ellos se relaciona con la consolidación técnica y la necesaria articulación entre la producción de conocimiento y la formulación de políticas públicas. El segundo se vincula al poder efectivo y la capacidad de concertación en el interior del aparato del Estado. El tercero se asocia a la débil penetración que todavía tiene la preocupación por la equidad de género entre el empresario y los sindicatos, y la no siempre fluida relación entre las organizaciones no gubernamentales de mujeres y la acción estatal.

Respecto del fortalecimiento técnico, se planteó la necesidad de apoyar las capacidades instaladas en los países, en especial de los Mecanismos Nacionales para el Adelanto de la Mujer (MAM), como parte de un proceso más amplio del cual son expresión, el de la legitimación e institucionalización de la equidad de género como nueva problemática en la sociedad y en el Estado. El propósito fue contribuir a reposicionar el sentido de su trabajo en problemáticas insuficientemente abordadas, como el empleo en sectores estructurados de la economía. Al mismo tiempo, se consideró importante producir cambios en las agendas institucionales de los ministerios sectoriales, a partir de asumir la desigualdad de género como “problema” que les compete, lo que implica incorporar nueva información y argumentos de sustentación de las políticas —que respondan a los referentes cognitivos prevalecientes— y reorganizar sus campos y modos de intervención. Para esto, se realizaron diagnósticos del empleo sectorial con perspectiva de género, lo que permitió sistematizar y difundir información estadística antes dispersa y no suficientemente analizada, facilitando el diálogo intersectorial y el diseño de estrategias y acuerdos interinstitucionales.

Un elemento decisivo en el proceso impulsado fue contribuir al sustento político de la institucionalización mediante el fortale-

cimiento de la cooperación entre sectores. Con este fin se facilitó la participación activa y directa de distintos actores gubernamentales —desde sus áreas específicas de competencia—, quienes, a través de un clima favorable, alcanzaron compromisos políticos significativos, en algunos casos al más alto nivel, lo que tuvo un fuerte impacto en la consolidación de la trama institucional ya existente.

De manera coherente, el tercer nivel de intervención se basó en la convicción de que el ámbito de las políticas públicas resulta el punto de encuentro de intereses colectivos más que un sinónimo de las actividades del Estado (Ocampo, 2001). En este sentido, otro propósito fue sensibilizar e involucrar a instituciones privadas para construir sinergias e instancias de participación de un amplio rango de actores sociales, académicos, políticos y económicos. Las actividades pretendían generar un clima propicio, caracterizado por la confianza, y crear sistemas eficaces de coordinación a partir de la identificación de objetivos comunes, produciendo alianzas y compromisos mutuos. El sustento fue la convicción de que, en cierta medida, sólo acciones de este tipo aseguran la sostenibilidad de los esfuerzos impulsados en el tiempo.

La institucionalización del enfoque de género es un proceso y un medio, no un fin en sí mismo. Esta perspectiva propone nuevos criterios en la definición de las políticas públicas interpelando la distribución del poder en nuestras sociedades, incorporando las necesidades de las mujeres y potenciando su autonomía. Se persigue así un objetivo político: la equidad. La estrategia instrumentada fue de transversalización;¹² las principales herramientas, los mecanis-

¹² El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) determinó que la incorporación de la perspectiva de género en la corriente principal del desarrollo se refiere al “proceso de examinar las implicaciones para mujeres y hombres de cualquier tipo de acción pública planificada, incluyendo legislación, políticas o programas, en cualquier área. Asimismo, es una herramienta para hacer de los intereses y necesidades de hombres y mujeres una dimensión integrada en el diseño, instrumentación, monitoreo, y evaluación de políticas y programas en todos los ámbitos políticos, sociales y económicos. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros” (Naciones Unidas, 1997).

mos de institucionalización de carácter técnico-político y la ampliación del debate y la agenda pública. En este marco, la consideración de la situación laboral de las mujeres no significó una preocupación más, integrada a la lista de las preocupaciones tradicionales de los sectores, sino que implicó ver los problemas y las potencialidades de una manera más compleja y ajustada a la realidad.

Nos situamos así en una nueva forma de hacer políticas, en el paso de un paradigma que acentuaba las ideas de planificación “desde arriba” —como concepto ordenador de la actividad estatal— a un modelo de políticas públicas intersectoriales y su gestión estratégica, donde se expresan las demandas sociales y territoriales, así como la concertación de intereses, en el marco de la modernización del Estado y sus reformas.

De este modo hay una apuesta, en el mediano plazo, por un proceso que para ser sostenible requiere del afianzamiento del trabajo coordinado, de la apropiación de los actores institucionales del principio de equidad de género, de compromisos con el sentido político y las propuestas que emanan de los estudios, y de nuevas agendas de investigación y de políticas priorizadas no sólo según principios pragmáticos sino también éticos.¹³

La selección del sector de la economía en que se analizó el empleo y sus condicionantes se realizó de manera participativa entre actores gubernamentales, organizaciones de mujeres y especialistas de centros académicos. De esta forma, se acordó trabajar sobre el empleo en el sector salud en la Argentina. Los principales criterios de selección fueron:

- i) importancia estratégica del sector en el desarrollo del país según indicadores económicos tradicionales (participación en el PBI, nivel de inversión pública y privada);
- ii) presencia significativa de mujeres empleadas según indicadores sociolaborales;

¹³ Amartya Sen (1989) destaca el empobrecimiento que el distanciamiento de la ética ha significado particularmente para la economía moderna, así como para la política.

- iii) sector en expansión o en situación de reforma;
- iv) sector generador de empleo;
- v) importancia para el desarrollo social y ejercicio de la ciudadanía.

La opción realizada también obedeció al convencimiento de que un tema se incorpora a la agenda pública en la medida en que se vincula al proceso político del momento, y a temas que ya están incluidos en dicha agenda.

1. Lecciones aprendidas

Entre las lecciones aprendidas de los procesos impulsados, que incluyen logros, obstáculos y desafíos, se destacan las siguientes:

A) LAS VENTAJAS DE UNA METODOLOGÍA QUE COMBINA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL, PARTICIPACIÓN Y DIÁLOGO

La transversalidad del enfoque de género en el análisis y la formulación de las políticas públicas, y su sostenibilidad, dependen en gran medida de los consensos alcanzados y no de su imposición u orientación “desde arriba o desde afuera”. En este sentido, se demuestra que el trabajo interinstitucional ofrece muchas oportunidades al potenciar los recursos humanos y económicos, y que las propuestas y las acciones adquieren una visión integral contrarrestando la tendencia a la fragmentación que caracteriza el trabajo estatal. Además, la participación de distintas instituciones en la formulación de propuestas consensuadas otorga legitimidad al proceso y garantiza una mayor gobernabilidad.

Se han fortalecido los vínculos existentes, han surgido nuevos nexos institucionales y se han sumado nuevas instancias al proceso, reconociendo la necesidad de trabajar sobre políticas laborales con equidad de género, en instituciones que antes no lo hacían, y la potencialidad de trabajar intersectorialmente y coordinar acciones.

El intercambio entre distintos actores es una actividad de sensibilización en sí misma, que despierta el interés de capacitación

de los involucrados para introducir la perspectiva de género en su trabajo. La metodología participativa permitió aumentar el número de quienes se sienten afectados por la desigualdad de género y la apropiación del principio de equidad en su accionar, y propició un incremento de la responsabilidad social.

B) EL CARÁCTER TÉCNICO-POLÍTICO DEL PROCESO

El trabajo de coordinación intersectorial posibilita la combinación de instancias técnicas y políticas, de manera que el establecimiento de agendas y objetivos comunes, así como de estrategias compartidas y compromisos mutuos, fortalece la trama institucional existente, generando nuevos enlaces. La voluntad política de alto nivel debe estar acompañada del desarrollo de instrumentos y estudios técnicos de calidad que la sostengan; al mismo tiempo, es necesario que se lleven a la práctica los acuerdos asumidos.

C) LA IMPORTANCIA DE CONTAR CON ESTUDIOS SECTORIALES DE CALIDAD

Debido al carácter técnico-político del proceso de institucionalización, se otorgó un papel central a la interacción entre el conocimiento y la decisión política. Por ello, se realizaron diagnósticos sobre el sector económico seleccionado, basados tanto en fuentes secundarias como en entrevistas y talleres de trabajo, para cuya elaboración se convocó, en diferentes ocasiones, a variados actores institucionales que entregaron información, validaron los análisis y consensuaron las propuestas de políticas.

Los estudios contribuyen al conocimiento, exploran nuevos tópicos asociados al empleo sectorial, reflejan la situación de las mujeres y son un aporte para develar debilidades estructurales de los mercados de trabajo y de las políticas de reforma y crecimiento económico. Es así como proporcionan hallazgos y conclusiones de interés para debates más amplios que los tradicionalmente vinculados a la situación de las mujeres en el ámbito laboral.

Resulta vital destacar el papel impulsor que juegan los estudios en un contexto caracterizado por la falta de relación entre cono-

cimiento y formulación de políticas públicas. Este rol de agente movilizador se verificó en los organismos gubernamentales y en las organizaciones de la sociedad civil, demostrando que los insumos técnicos de calidad aumentan la capacidad de convocatoria para proponer, de manera participativa e informada, las estrategias y programas que los sectores requieren para contribuir al empleo de manera más justa y eficiente para hombres y mujeres. En este sentido, los estudios son un insumo importante en la definición de una agenda de investigación y en la formulación de políticas equitativas, mediante un proceso cuyo objetivo es que, tanto los decisores como los técnicos, identifiquen y adopten la desigualdad de género en el empleo como un problema imprescindible de afrontar a través de la adopción de políticas dirigidas a este fin. Es decir, convencer sobre la legitimidad del problema, contribuyendo a los objetivos de cada institución.

D) LA FALTA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DIFICULTA LA LABOR DE NEGOCIACIÓN Y ADOPCIÓN DE DECISIONES

Los estudios aportan datos, pero también identifican los vacíos. En los países hay déficits importantes en la información desagregada por sexo y problemas para caracterizar los procesos del empleo sectorial. En esta dirección se destaca la generación de demandas de información estadística que ha tenido un impacto en los productores, llamando la atención sobre la importancia de los indicadores y las estadísticas de género como instrumentos de política.

Fortalecer las instituciones productoras y los canales de difusión e intercambio de información es un desafío insoslayable para la adopción de decisiones y para garantizar la institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas.

E) LA CONSIDERACIÓN DE LA AGENDA PÚBLICA NACIONAL E INTERNACIONAL AUMENTA EL IMPACTO DE LOS ESTUDIOS Y FACILITA LOS ACUERDOS POLÍTICOS

El proceso evidenció —para avanzar hacia acuerdos intersectoriales para la equidad de género— la importancia de considerar

las obligaciones de los gobiernos emanadas de los compromisos internacionales y nacionales, los procesos de reforma y descentralización de los países, y los vínculos con los planes nacionales y locales de desarrollo. El cruce entre estos instrumentos de política y la agenda de género potencia las capacidades de ésta para influir en el modelo de desarrollo e impulsar cambios hacia una mayor equidad.

F) ACOMPAÑAR LOS ACUERDOS CON EL DISEÑO DE PLANES Y PROGRAMAS CON ACTORES, OBJETIVOS Y RECURSOS IDENTIFICADOS Y COMPROMETIDOS

Los convenios entre ministerios y otros organismos, así como los acuerdos oficiales alcanzados, son mecanismos eficientes para la continuidad de los procesos. Sin embargo, su sostenibilidad requiere de procedimientos eficaces para concretar acciones de impacto múltiple aseguradas con financiamiento y sistemas transparentes de gestión. Para avanzar, es necesario que los acuerdos determinen responsabilidades institucionales y establezcan medidas de política, especificando programas y proyectos. No es suficiente la voluntad política, los temas en la agenda pública no se mantienen solos, ya que se encuentra sometida a permanentes presiones ejercidas por distintos actores para incluir nuevos temas y otorgar nuevas prioridades. Sólo la presencia y actuación permanente de actores sociales e institucionales lograrán dar legitimidad y estabilidad a los consensos alcanzados. El desafío es, precisamente, poner en acción medidas concretas y traducir los compromisos políticos en recursos humanos y financieros.

G) LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS LABORALES CONTRIBUYE AL DEBATE SOBRE EL ROL DEL ESTADO

La capacidad del Estado se observa en el grado en que las organizaciones gubernamentales consiguen resolver las cuestiones socialmente problematizadas que componen su agenda. La armonización entre los roles y recursos del Estado constituye un desa-

fío pendiente. Muchas veces la institucionalización del principio de equidad de género en la formulación de políticas públicas se limita por la contradicción suscitada por la redefinición del papel del Estado —que restringe su tamaño y competencias— y la ampliación de su rol de garante de pleno ejercicio de los derechos de la ciudadanía. Se requiere así profundizar el debate con respecto a las reformas institucionales en marcha, sobre todo en un momento en que los ministerios de trabajo tienen un reducido campo de acción para generar empleo y promover igualdad en el acceso y la calidad.

C. El libro

Las trabajadoras y trabajadores de la salud son el recurso más importante de este sector, por ello, sus condiciones de trabajo apelan tanto al ejercicio de sus derechos laborales como al cumplimiento de las funciones en esta área. Esta premisa, en apariencia tan lógica, no ha sido considerada por lo general en las reformas que ha experimentado el sector, ni en las políticas de salud o trabajo. En el marco del proceso llevado a cabo en la Argentina a través del proyecto “Políticas laborales con enfoque de género”, y del presente libro, que recoge la reflexión y la experiencia de éste, se pretende contribuir a instalar la cuestión de la igualdad entre hombres y mujeres en el empleo del sector salud, como campo de investigación y acción política.

El sector salud se caracteriza por su importancia estratégica para el desarrollo social y económico, y por ser un área de mano de obra intensiva que absorbe una importante proporción de mujeres trabajadoras. Las transformaciones operadas durante los últimos años en las políticas de salud en la Argentina no se limitaron a modificaciones en el financiamiento, sino que generaron profundos cambios en la relación de las instituciones financiadoras del sistema y las prestadoras de servicios. Los trabajos aquí contenidos alertan sobre la escasa articulación entre las políticas sanitarias y las de empleo, y sobre su nula vinculación a las políticas de equidad de género llevadas a cabo por el Estado. Al mismo tiem-

po, se basan en la tesis que ha guiado el proceso realizado en el marco del proyecto: la calidad del empleo de las trabajadoras y los trabajadores tiene incidencia directa en la producción y otorgamiento del servicio de salud, es decir, en la calidad de la atención, preocupación principal que guía los esfuerzos en este ámbito. El objetivo de cubrir de manera universal y eficiente las necesidades de salud de la población implica que aquellos que cumplen esta misión cotidianamente tengan condiciones laborales dignas y equitativas. Aun más, los artículos del libro van construyendo conjuntamente el argumento que subyace a todo el volumen: la ausencia de políticas de empleo obstaculiza el derecho a la salud y la ausencia de políticas de género obstaculiza el ejercicio del derecho al trabajo.

La insuficiente atención prestada a los recursos humanos y al fenómeno mismo del trabajo en el área de la salud no es una característica privativa de la Argentina ni del sector, pero dados la relevancia y los objetivos de este último, se torna más dramática. Las políticas de trabajo en América Latina tradicionalmente se han formulado e instrumentado sin tomar en cuenta el sector al que se aplican y, por ello, sin coordinación con el ministerio del rubro correspondiente, en este caso el de salud. Es así que las políticas de trabajo pensadas en términos generales se ajustan cada vez menos a las necesidades de los países y de la población, y muchas veces son directamente inadecuadas para los desafíos que enfrentan las distintas ramas de actividad y tipos de ocupación. Lo mismo ocurre con los análisis agregados sobre las mujeres en el mercado laboral que esconden la heterogeneidad de situaciones que enfrentan las trabajadoras.

El análisis de la información disponible sobre empleo sectorial en América Latina muestra que la diversidad de situaciones en el interior del mercado de trabajo es tal, que las viejas categorías clasificatorias ya no dan cabal cuenta de la realidad actual. Aproximaciones como la de sector formal e informal —en tanto sinónimos de buena y deficiente calidad del empleo respectivamente— se tornan insuficientes cuando en una misma categoría pueden convivir el comercio ambulante, el servicio doméstico y el trabajo familiar no remunerado, ocupaciones que encierran im-

portantes diferencias en cuanto a ingresos, regulación legal y seguridad social, y cuando la heterogeneidad interna del sector informal encierra actividades de subsistencia y también algunos emprendimientos que proporcionan ingresos decentes y tratan de ser competitivos (Portes, 2000; Tokman, 2000). Además, el tamaño de las empresas como indicador privilegiado de buenas condiciones de trabajo y productividad también es inexacto, pues ambos aspectos dependen de otros factores, tales como los encadenamientos, el uso de nuevas tecnologías, o el tipo de actividad. Así, una microempresa de diseño de software a medida difícilmente se podrá considerar deficitaria en los aspectos señalados y, sin embargo, figurará registrada en la misma categoría que otras empresas que sí lo son.

Asimismo, las ramas de actividad económica han perdido vigencia para aproximarse al desempeño de los diversos rubros y sus características de empleo. La rama de “servicios sociales, personales y comunales” —donde se ubica el sector salud— es paradigmática al respecto.¹⁴ Sin embargo, dadas las restricciones estadísticas y las preguntas de investigación, las ramas constituyen la mejor forma de acercarse al empleo sectorial, por lo que son utilizadas con este fin en el capítulo de Rico y Marco, al mostrar el aporte de los distintos sectores al empleo femenino en términos de calidad y de cantidad, y al señalar que la contribución de las mujeres se concentra en las ramas más importantes para el PBI.

Como sostienen las autoras, la calidad de empleo se relaciona con indicadores como cobertura previsional (salud y pensiones de vejez), nivel de remuneraciones y estabilidad del puesto de trabajo. Esta visión tradicional omite un gran componente de la calidad del empleo que es la equidad entre trabajadores y trabajadoras o, dicho de otra manera, no identifica la discriminación

¹⁴ La Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) de todas las actividades económicas en su tercera revisión de 1990 tiene una mayor desagregación de ramas que la correspondiente a 1968, sobre todo para el sector terciario, incluyendo la categoría “servicios sociales y de salud”. Desafortunadamente, son pocos los países de América Latina que así la aplican, mejorando la medición, y prevalece en la mayoría la clasificación CIIU de 1968 (Weller, 2001).

salarial, la desigualdad en las condiciones laborales (jornada, salud ocupacional, acoso sexual) y las exclusiones en la capacitación y puestos directivos.

Se presentan en este capítulo algunas de las iniciativas gubernamentales a favor de las trabajadoras, vislumbrando la paradoja de que cuando mayor atención concita la equidad de género en el trabajo remunerado y mayores son los compromisos adoptados por los gobiernos, menor es el poder del Estado para influir en la generación de empleo y para promover la igualdad de hombres y mujeres en el acceso y en los resultados. Este dilema también está presente en todos los derechos sociales: cuando las mujeres empiezan a acceder a ellos en calidad de titulares, éstos se van restringiendo (Marco, 2005).

El sector salud es estratégico tanto para la población en general como para el funcionamiento social, por lo que el proceso de transversalización de una perspectiva de género no debiera limitarse al empleo y la mejora en las condiciones de trabajo sectoriales, sino que debe impactar sobre órdenes culturales y simbólicos. En este contexto, en la segunda parte del libro se opta por utilizar el concepto de recurso humano en salud, que comprende a aquellas personas involucradas en la producción de servicios sanitarios, a partir del desarrollo de un proceso de trabajo con cierta complejidad de la organización institucional. Esto entendiendo que es una actividad de mano de obra intensiva, con participación mayoritaria de profesionales y técnicos, a quienes se les asigna el doble rol de ser un factor productivo y un agente social.

La calidad del empleo del sector salud no fue considerada en el sentido ya expuesto ni en el tradicional, a pesar de que el recurso humano ha sido ostensiblemente afectado por las reformas sectoriales instrumentadas en los últimos quince años. Como se observa en el capítulo III, las reformas de salud en la Argentina no consideraron explícitamente la situación del recurso humano, lo que es corroborado por una encuesta aplicada por la CEPAL a los ministerios de salud de la región, donde se reafirma que, según informan estas instituciones, en la mayoría de los casos las reformas no incluyeron las condiciones de trabajo del personal del sector.¹⁵ Asimismo, y de manera complementaria, desde una mi-

rada crítica a las reformas, el informe *La salud en las Américas* (OPS, 2002) indica que las reformas —con gran protagonismo de los organismos financieros internacionales y de los ministerios de economía o hacienda de los países— se centraron principalmente en promover cambios financieros, estructurales, institucionales y de gestión, prestando menos atención a mejorar el desempeño de los sistemas y servicios de salud con la meta de reducir inequidades en las condiciones sanitarias y en el acceso a la salud y en promover la calidad de la atención.

Tal como muestra Belmartino, en la Argentina las distintas etapas de la reforma sectorial implicaron un nuevo paradigma de intervención, en el que los cuatro grandes temas abordados fueron: los roles de Estado y mercado, la descentralización, el reconocimiento de los derechos del paciente, y las nuevas funciones en manos de la salud pública. Las estrategias de intervención fueron también cuatro: las destinadas a enfrentar la escasez de recursos, la búsqueda de equidad en el financiamiento de los servicios, la asignación efectiva de recursos, y la provisión eficiente de atención médica. En los años noventa predominaron los objetivos fiscales en perjuicio de los requerimientos del sector en materia de mejoras en la eficiencia y la equidad. La ausencia de un diseño institucional y financiero que acompañara el proceso de descentralización y la falta de los imprescindibles consensos sociales y políticos, acentuaron las disparidades preexistentes y originaron una gran heterogeneidad de respuestas a nivel microeconómico y provincial.

La autora, desde una perspectiva institucional, alerta sobre la presencia de agentes con objetivos y estrategias propios en el interior de las entidades públicas. Considera a las instituciones como construcciones históricas conformadas a partir de relaciones entre los principales actores sociales y estatales con intereses en el sistema de servicios. Aplicando un *enfoque relacional*, el capítulo III

¹⁵ Véase Irma Arriagada, Verónica Aranda y Francisca Miranda, "Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas", *Serie Políticas Sociales*, n° 114, Santiago de Chile, CEPAL.

da cuenta de cómo las capacidades de las partes intervinientes cambian a través del conflicto y la negociación, en procesos que van alterando la distribución inicial de recursos de poder.

Si en la reforma de la década de 1990 el tema de los recursos humanos estuvo ausente de las políticas y el debate académico, e incluso en ocasiones el personal de salud ha sido visto como un escollo a sortear para lograr el éxito de tales procesos de cambio, en la actualidad empieza a emerger lentamente, tal como lo señala Rovere en el capítulo IV. Consciente de su importancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha seleccionado como su lema del año 2006 la frase: “Trabajando por la salud”, con el objetivo de llamar la atención sobre la problemática de aquellos que laboran en el sector con la intención de posicionarla en la agenda pública de todos los países del mundo durante una década.

En esta incipiente renovación de la preocupación por los recursos humanos en salud, la migración profesional, sobre todo de las enfermeras, y el vaciamiento de personal en algunos países, asumen un papel preponderante, agregando complejidad a un debate que requiere ser abordado de manera integral y desde diversas perspectivas. En este contexto, el enfoque de género contribuye a una comprensión más profunda de los fenómenos, que va más allá de la visibilización de las desigualdades entre hombres y mujeres, para aportar con poder explicativo y desmitificar interpretaciones que se asumen como realidades.

Como muestra Pautassi en el diagnóstico sobre el empleo en el sector salud en la Argentina, la ocupación sectorial es mayoritariamente femenina, lo que transforma la gestión de recursos humanos en una política importante para avanzar hacia la equidad en el mercado laboral y asegurar el derecho a la autonomía económica de las mujeres. El mercado de servicios de salud de la Argentina ha ido constituyendo, en palabras de Katz (2001), un “proletariado femenino” particularmente explotado en las relaciones de dependencia, hecho que resulta agravado por el fenómeno de “sobreadabastecimiento” de recursos médicos, camas sanatorias y consumo de medicamentos por cada 100 habitantes, que reina en éste. En otros términos, lo que de por sí constituye un rasgo gené-

rico de los mercados de salud —inequidad de género en las condiciones de funcionamiento— se agrava en el contexto.

El capítulo V da cuenta de las deficiencias de información en el empleo sectorial, y aun así entrega un panorama de su estado de situación. Además, con las restricciones de comparabilidad derivadas de cambios en la encuesta permanente de hogares (EPH), actualiza un diagnóstico previo sobre la materia realizado en el año 2001 por la misma autora con datos de la encuesta de 1999 (Pautassi, 2001).

El capítulo muestra la estructura del empleo y su influencia en las características y condiciones laborales. La masiva participación de mujeres en el sector se expresa en condiciones de segregación ocupacional vertical y horizontal, al tiempo que se evidencian otros fenómenos que hablan sobre la deficiente calidad del empleo del recurso humano sectorial. En este sentido, se destaca la alta presencia de pluriempleo como una de las consecuencias de la estrategia de reducción de costos laborales, que tuvo notorios impactos en términos de género, lo que se verifica claramente en el subsector privado. Asimismo, llama la atención sobre la ausencia de incentivos y estímulos en el desarrollo profesional y personal en el ámbito público y privado. La información que se proporciona permite el análisis de la situación y las tendencias del empleo en el interior del sector salud, al tiempo que posibilita vislumbrar la manera en que la reforma las ha afectado.

El diagnóstico a nivel nacional se repite y refleja en gran medida en la provincia y la ciudad de Córdoba. Burijovich y Pautassi constatan tres rasgos coincidentes de los diversos procesos de reforma y descentralización de los sistemas de salud efectuados en la Argentina en la década de 1990:

- i) la escasa consideración de la importancia estratégica del recurso humano afectado;
- ii) la aplicación de criterios fiscalistas en el sector, con la consiguiente política de reducción de costos en desmedro de las condiciones de trabajo y de atención, y
- iii) la neutralidad en términos de género con que se aplicaron las reformas, a nivel de los trabajadores sectoriales y de los usuarios.

Las autoras elaboran un diagnóstico que integra técnicas cuantitativas y cualitativas y el aporte de gran parte de los actores involucrados en el empleo sectorial en dichos ámbitos territoriales, tanto de niveles de conducción como de base. En este capítulo se analizan las condiciones de trabajo y sus particularidades en los distintos subsectores del sistema. Se recoge la percepción de los y las protagonistas, que evidencia la desventaja en la que están las trabajadoras, afectando incluso su propia salud en términos físicos y emocionales. Uno de los destinos menos prestigiados, donde se otorga la crucial atención primaria a la población de menores ingresos, es ocupado en su mayoría por mujeres, quienes desempeñan sus labores con problemas de infraestructura e inseguridad, con escasas posibilidades de ascenso, e insuficiencia de insumos. Son también mujeres las que acuden a solicitar los servicios de atención. Las autoras sintetizan la situación en la frase “pobres mujeres (médicas, enfermeras, agentes sanitarias) atendiendo a mujeres pobres”. Se destaca, también, la consideración del olvidado trabajo gratuito y voluntario que hacen principalmente mujeres que actúan como agentes sanitarias y que cumplen un papel significativo en la provisión de servicios, así como la referencia al cuarto subsector del sistema, referido a las organizaciones no gubernamentales.

En un escenario donde se suma una nueva paradoja —las demandas de salud de la población crecen aceleradamente, al mismo tiempo que se deterioran las condiciones de empleo de los encargados de la provisión en salud—, Burijovich y Pautassi plantean interesantes y desafiantes propuestas, que tienen además el valor de haber sido debatidas y validadas con los principales protagonistas provinciales y municipales del sector en Córdoba. Una vez identificadas las brechas existentes, el objetivo de las propuestas, enmarcadas en “senderos” que hay que recorrer, es eliminar las situaciones de discriminación entre trabajadores y trabajadoras para mejorar las condiciones de empleo y, con ello, la calidad de la atención. Se plantea que las políticas se propongan explícitamente: i) integrar la equidad de género en la producción de servicios de salud; ii) garantizar la calidad de empleo en el sector, a partir de la supresión de las brechas de género; iii) producir estadísticas de

sagregadas por sexo; iv) utilizar las iniciativas públicas y privadas para producir cambios a nivel legislativo, normativo e institucional que conduzcan a revertir las discriminaciones existentes, y v) lograr que los compromisos políticos se traduzcan en recursos humanos, técnicos y financieros que apoyen el proceso de institucionalización del enfoque de género.

En la tercera parte del libro, las mismas autoras muestran expresamente que la incorporación de la equidad de género en el empleo en el sector salud implica nuevas regulaciones en el mercado de trabajo. Esta transformación requiere de voluntad política para construir las coaliciones necesarias y establecer incentivos para sumar actores. Parte de las resistencias a este proceso se explica por cuestiones culturales y por las inercias institucionales, pero otro factor queda en evidencia cuando se analizan los actores que se oponen, es decir, aquellos que deberían cubrir los costos, medidos tanto en recursos económicos como de poder y prestigio, que implica sostener una política de recursos humanos con equidad de género. Tal como lo plantean Burijovich y Pautassi, las transformaciones precisan de capacidades institucionales, entendiéndose por ellas la aptitud de las instancias gubernamentales para formular e instrumentar políticas públicas que logren el máximo bienestar social, dadas las restricciones presupuestarias y en función de los problemas públicos fundamentales. En esta dirección, la capacidad estatal no se puede analizar fuera del contexto institucional, entendiéndose que las instituciones son las reglas formales e informales que estructuran el juego y que constriñen o posibilitan las distintas opciones de acción.

Un ejemplo del crucial papel que juega la voluntad política, y de la importancia que cobra desarrollar y fortalecer capacidades institucionales, está presente en el capítulo VII de Rosso, quien relata la experiencia de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la creación de la Unidad de Género y Salud en su interior. Los esfuerzos desplegados para incorporar el principio de equidad de género en las políticas de rubro y el compromiso con el tratamiento de las condiciones de trabajo del recurso humano sectorial se vieron fortalecidos por la capacidad de asumir y recoger acuerdos e

impulsos de la administración anterior y su activo involucramiento en el proceso realizado en la provincia y la ciudad de Córdoba, que permitió presentar la experiencia en reuniones del Consejo Federal de Salud (COFESA) como una “buena práctica” a ser ejecutada por otras provincias del país. Asimismo, Rosso enfatiza la importancia de los estudios realizados a nivel nacional, provincial y municipal como punto de partida y base argumentativa para alcanzar consensos y una estrategia común entre diferentes actores, con intereses corporativos particulares y en ocasiones contrapuestos. En definitiva, lo que se muestra es que “se puede”.

Por último, y atendiendo a que una de las características principales del proyecto llevado a cabo en la Argentina es su carácter técnico-político, Bloj aborda el debate de los nexos entre investigación en las ciencias sociales y políticas públicas. La incorporación de científicos sociales a las políticas públicas ha experimentado reparos por considerarse, desde el ámbito académico, que esta finalidad del conocimiento resta neutralidad y autonomía al investigador. A estas reservas se suman diversas divergencias entre las políticas y la investigación social, que parten de la conceptualización misma del problema a investigar, desde un espacio, y a resolver, desde el otro. En efecto, mientras que en la investigación social los problemas se construyen, en las políticas aparecen dados. En este marco, en el capítulo IX se analizan los conflictos, las potencialidades y los alcances de la aplicabilidad del conocimiento social en las políticas públicas, y se aportan lineamientos para estrechar esta relación.

Referencias bibliográficas

- Abramovich, Víctor (2006), “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, *Revista de la CEPAL*, n° 88 (LC/G.2289-P), Santiago de Chile, abril.
- Alfz, Marisa y Laura C. Pautassi (2001), “La transversalidad en las políticas públicas, como estrategia para la institucionalización del enfoque de género en la Argentina”, Documento de trabajo interno, Unidad Mujer y Desarrollo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arriagada, Irma, Verónica Aranda y Francisca Miranda (2005), “Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas”, *Serie Políticas Sociales*, n° 114 (LC/L.2450-P), Santiago de Chile, CEPAL, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.196.
- Bakker, Isabella (1999), “Dotar de género a la reforma de la política macroeconómica en la era de la reestructuración y el ajuste global”, *Mujeres y economía*, Cristina Carrasco (ed.), Barcelona, Icaria.
- Bravo, Loreto y María Nieves Rico (comps.) (2001), “Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina”, *Serie Seminarios y Conferencias*, n° 20 (LC/L.1667-P), Santiago de Chile, CEPAL, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.201.
- Castel, Robert (1997), *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), “Estadísticas e indicadores de género”, <www.eclac.cl/mujer>.
- (2004), *Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe* (LC/L.2114(CRM.9/3)), Santiago de Chile, junio.
- Comunidad Mujer (2005), *Voz de mujer. Mujer, familia y trabajo: hacia una nueva realidad. Propuestas para un debate público*, Santiago de Chile.
- Daeren, Lieve (2001), “Enfoque de género en la política económica-laboral. El estado del arte en América Latina y el Caribe”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 29 (LC/L.1500-P), Santiago de Chile, CEPAL, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.44.

- Esping-Andersen, Gøsta (2002), "A new gender contract", *Why we Need a New Welfare State?*, Gøsta Esping-Andersen y otros, Oxford, Oxford University Press.
- Fraser, Nancy (2000), "¿De la redistribución al reconocimiento?", *New Left Review*, edición en español, nº 0.
- (1998), "La justicia social en la época de la política de la identidad. Redistribución, reconocimiento y participación", *Contexto*, nº 4, año 2, Lima, Pontificia Universidad del Perú, Programa Estudios de Género, octubre.
- French-Davis, Ricardo (2005), *Reformas para América Latina después del fundamentalismo neoliberal*, Buenos Aires, CEPAL/Siglo XXI Editores.
- Katz, Jorge (2001), Comentarios al estudio "Equidad de género y calidad en el empleo en la Argentina", Seminario Regional hacia la institucionalización de la perspectiva de género en las políticas económico-laborales en América Latina, CEPAL, <www.eclac.cl/mujer>.
- Lechner, Norbert (2002), *Las sombras del mañana. La dimensión subjetiva de la política*, Santiago de Chile, Lom Ediciones.
- Marco, Flavia (2005), "Políticas y programas de trabajo para las mujeres de América Latina y el Caribe", ponencia presentada al XXV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), Puerto Alegre, 22 al 26 de agosto, <www.eclac.cl/mujer/proyectos/gtz/default.htm>.
- (2001), "Economía y género. Bibliografía seleccionada", *Serie Mujer y Desarrollo*, nº 37 (LC/L.1610-P), Santiago de Chile, CEPAL, octubre. Publicación de las Naciones Unidas, nº de venta: S.01.II.G.152.
- Montaño, Sonia (2001), Informe del Seminario Regional "Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina", Bravo y Rico (comps.), *Serie Seminarios y Conferencias*, nº 20 (LC/L.1667-P), Santiago de Chile, CEPAL, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, nº de venta: S.01.II.G.201.
- Naciones Unidas (1999), "Conclusiones convenidas 1997/2", *Informe del Consejo Económico y Social correspondiente a 1997 (A/52/3/Rev.1)*, Nueva York.

- (1995), Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, del 4 al 15 de septiembre.
- Ocampo, José Antonio (2001), *Retomar la Agenda del Desarrollo (LC/L.1503)*, Santiago de Chile, CEPAL, marzo.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2002), *La salud en las Américas*, Washington D.C.
- Ordóñez, Martha (2001), "Promoviendo la institucionalización del enfoque de género en las políticas económicas y laborales de turismo en Ecuador. La estrategia desarrollada en el marco del proyecto CEPAL/GTZ", Documento de trabajo.
- Pautassi, Laura C. (2001), "Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina", *Serie Mujer y Desarrollo*, nº 30 (LC/L.1506-P), Santiago de Chile, CEPAL, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, nº de venta: S.01.II.G.45.
- Portes, Alejandro (2000), "La economía informal y sus paradojas", *Informalidad y exclusión social*, Jorge Carpio, Emilia Klein e Irene Novacovsky (comps.), Buenos Aires, Organización Internacional del Trabajo (OIT)/Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO)/Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Rico, María Nieves (2005), "Proyecto CEPAL/GTZ 'Políticas laborales con enfoque de género. Estrategia metodológica'", Presentación a la xxxviii Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Mar del Plata, <www.eclac.cl/mujer>.
- (2001), "El Proyecto 'Institucionalización del enfoque de género en la CEPAL y Ministerios Sectoriales'", "Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina", Bravo y Rico (comps.), *Serie Seminarios y Conferencias*, nº 20 (LC/L.1667-P), Santiago de Chile, CEPAL, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, nº de venta: S.01.II.G.201.
- (2000), "El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL" (DDR/1), Santiago de Chile, CEPAL, enero.
- Rico, María Nieves y Flavia Marco (2004), "Políticas ausentes y programas residuales. Iniciativas para las trabajadoras", Documento

interno proyecto CEPAL-GTZ, “Políticas laborales con enfoque de género”, noviembre.

- Samaniego, Norma (2002), “Las políticas de mercado de trabajo y su evaluación en América Latina”, *Serie Macroeconomía del Desarrollo*, n° 19 (LC/L.1836-P), Santiago de Chile, CEPAL, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.02.II.G.142.
- Sen, Amartya (1989), *Sobre ética y economía*, Madrid, Alianza Editorial.
- Tokman, Víctor (2004), *Una voz en el camino. Empleo y equidad en América Latina: 40 años de búsqueda*, Santiago de Chile, FCE.
- (2000) “El sector informal posreforma económica”, *Informalidad y exclusión social*, Jorge Carpio, Emilia Klein e Irene Novacovsky (comps.), Buenos Aires, OIT/Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO)/FCE.
- Weller, Jürgen (comp.) (2004), *En búsqueda de efectividad, eficiencia y equidad. Las políticas del mercado de trabajo y los instrumentos de su evaluación*, Santiago de Chile, CEPAL/Lom Ediciones.
- (2001), “Procesos de exclusión e inclusión laboral: la expansión del empleo en el sector terciario”, *Serie Macroeconomía del Desarrollo*, n° 6 (LC/L.1649-P), Santiago de Chile, CEPAL, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.187.

II Las mujeres en el empleo sectorial en América Latina

María Nieves Rico y Flavia Marco

A. ¿Por qué abordar el empleo sectorial desde una perspectiva de género?¹

En la actualidad, los mercados de trabajo latinoamericanos se desenvuelven dentro de una creciente heterogeneidad de las estructuras productivas y ocupacionales, en circunstancias en las cuales la recuperación económica —que en los últimos años ha influido positivamente sobre algunos indicadores—² no ha sido suficiente para solucionar los problemas derivados de la crisis sostenida, ampliamente documentada, que los ha afectado, principalmente el desempleo —que llega a casi 18 millones de personas— y los déficits vinculados a la precariedad laboral asociada a las bajas remuneraciones, los contratos temporales, la falta de seguridad y estabilidad en el empleo y la falta de acceso al sistema previsional (CEPAL, 2005a y b). El comportamiento del mercado también se ha visto afectado por la presencia cada vez más notable y demandante de las mujeres, quienes ejercen presión sobre él y desafían

¹ El procesamiento de la información estadística estuvo a cargo de María de la Luz Ramírez, consultora de la Unidad Mujer y Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

² Según el Estudio económico de América Latina y el Caribe de la CEPAL, en el año 2005 el empleo creció en un 3%, la tasa de desempleo cayó a un 9,1%, su nivel más bajo desde mediados de los años noventa, aunque sigue cercano a los dos dígitos, y la tasa de ocupación subió en 0,5 puntos porcentuales alcanzando al 53,6% de la población en edad de trabajar (CEPAL, 2005c).

la eficiencia y los objetivos de los proyectos, programas y políticas que se instrumentan para mejorar la situación.

Si bien el mercado laboral ha constituido el mecanismo de ajuste para las reformas económicas y las crisis externas, hoy los mercados de trabajo de los países enfrentan una coyuntura paradójica. Por un lado, las economías están en mejor pie que en otros períodos para aportar a la calidad de vida de la población y, por otro, los desafíos laborales y sociales que enfrenta la región son de mayor envergadura (OIT, 2005). Gran parte de estos desafíos se relacionan precisamente con la heterogeneidad existente, acentuada con los procesos de reestructuración del mercado laboral, presentándose una tendencia a la polarización en las condiciones de trabajo. Esto se observa, por ejemplo, tanto en la brecha salarial entre los trabajadores que tienen educación superior y el resto de la población económicamente activa (BID, 2004), así como en la diferencia entre los ingresos laborales del sector formal y el sector informal de la economía.

Junto con el crecimiento económico hay otros factores que determinan la evolución y composición del empleo, como la gran variedad de relaciones laborales y de formas de ocupación vinculada al peso relativo de cada factor dependiendo del contexto, del tamaño de las empresas u otros condicionantes. Entre estos factores se destacan el cambio tecnológico, que redujo el peso de las economías de escala en los puestos de trabajo, la integración de los mercados, los procesos de modernización del Estado y las reformas y descentralización en los sistemas de salud, educación y justicia —con efectos sobre el empleo público—, las reformas en la legislación laboral y los cambios organizacionales en las empresas.

Los estudios de nivel agregado identificaron algunas dinámicas que dan pautas sobre estas tendencias, pero no siempre dan cuenta del carácter, el alcance y profundidad de la reestructuración, lo que obedece a que los procesos subyacentes muestran características diversas en las diferentes ramas de actividad (Raitelhuber y Weller, 2005). Es así como se presentan particularidades importantes de considerar en los distintos sectores y ámbitos de la economía, sobre todo si se quiere —a partir de los

análisis— influir en la formulación de políticas públicas. Hasta el momento pareciera que la estrategia de empleo de los países ha sido no tener una política definida que considere la heterogeneidad estructural de las economías, sin embargo, se ha ido tomando conciencia de la necesidad de fortalecer una institucionalidad que garantice el buen funcionamiento del mercado laboral y el respeto y ejercicio de los derechos de los trabajadores y las trabajadoras.

En la región, los estudios sobre empleo sectorial son escasos y la mayoría de ellos se refieren al período cubierto desde la segunda mitad de los años ochenta y la década de 1990, en especial el primer quinquenio. Esto obedeció al interés que generaron las dinámicas sectoriales luego de los programas de ajuste estructural y de los procesos de reestructuración productiva, consecuencia del reemplazo del modelo de sustitución de importaciones por economías más o menos abiertas, según los países. Esta hipótesis también se refuerza por el hecho de que parte importante de dichos estudios se centra en la industria, sector especialmente afectado por el cambio de orientación en la política económica (Hirata, 1997; Pereira de Melo, 2002; Pérez, 2001). Sólo hace poco tiempo, y principalmente frente a los cambios generados por la globalización financiera, surgen, por ejemplo, investigaciones sobre subsectores en el área de los servicios. En este contexto, aún son escasos los análisis con enfoque de género que permitan conocer en profundidad las condiciones de trabajo de las mujeres en relación con la de los hombres en los distintos ámbitos de la actividad económica.

La necesidad de abordar el empleo sectorial responde, entonces, a la heterogeneidad de los mercados laborales, tanto a nivel de la demanda como de las condiciones de empleo, que hace insuficientes las soluciones uniformes y aparentemente neutrales desde las políticas públicas, e incompletos los diagnósticos que se realizan desde las ciencias sociales y económicas. En efecto, en muchos casos hay más similitudes en el empleo de un mismo sector entre distintos países que entre los sectores en el interior de un mismo país y una misma economía. Un buen ejemplo de ello son los servicios financieros y la industria manufacturera

de exportación, maquila, casos que tienen importantes semejanzas entre países, pero que si se comparan entre sí en el interior de las fronteras nacionales se encuentran en los extremos de la escala de las condiciones de trabajo. Además, las políticas sectoriales locales y aquellas dirigidas al sector informal representan en la actualidad dimensiones esenciales para la creación de empleos.

Esta diversidad de situaciones impacta sobre los distintos tipos de trabajadores, lo que es más evidente a medida que se incrementa la participación económica de las mujeres —principal elemento del crecimiento total de la oferta laboral—, quienes se insertan en el mercado de trabajo de diferentes y desiguales maneras, no sólo en relación con los varones sino también entre ellas, dependiendo fundamentalmente, entre otros factores, del nicho laboral en el que se encuentran y su nivel educacional.

El prototipo de trabajador, al que también se aspiraba —con contrato indefinido, estable, de jornada completa y con previsión social—, que además era varón y tenía una mujer a cargo exclusivamente de su cuidado, del de los hijos y del hogar, que le permitía insertarse de mejor manera en el mercado laboral, ha dejado de estar vigente. No obstante, este supuesto sigue estando detrás de la mayoría de las políticas y programas de empleo que se llevan a cabo en la región. Por otra parte, hasta los años setenta el perfil típico de la trabajadora era el de una mujer joven, soltera, sin hijos y con poca educación que se retiraba cuando contraía matrimonio o tenía hijos, mientras que desde la década de 1990 es una mujer adulta, casada, con hijos y mayor educación, con trayectoria laboral continua, con más horas por día dedicadas al trabajo remunerado y desafíos cotidianos para cumplir con sus roles doméstico y laboral (Arriagada, 1997; CEPAL, 2006a y 2004a). Sin embargo, los proyectos y programas de trabajo suelen erigirse en estereotipos vinculados al prototipo ya caduco de la mujer trabajadora.

1. Argumentos que sustentan el enfoque

Del mismo modo en que la información estadística y los estudios agregados ocultan la diversidad de situaciones presentes en el interior de los países y sus economías, también invisibilizan las diferencias que existen entre varones y mujeres, donde las variaciones pueden ser aún más profundas. La importancia de realizar estudios de empleo sectorial desde una perspectiva de género, que den cuenta de los aportes que hacen las y los trabajadores, así como los beneficios que reciben, las necesidades que presentan y las situaciones de desigualdad y discriminación que los afectan según su sexo y los patrones socioculturales dominantes, se vincula por lo menos a tres fuentes argumentativas:

A) LAS INTERPRETACIONES SESGADAS DE LOS FENÓMENOS EN CURSO

Por ejemplo, la difundida interpretación sobre la reducción en la incorporación de jóvenes (varones y mujeres) al trabajo remunerado, indica que se trataría de un fenómeno positivo pues equivaldría a su reinserción en el sistema educativo. Pero, al examinar por qué las mujeres de 20 a 24 años no buscan empleo, se observa que para más de la mitad de ellas el motivo principal es la realización de trabajo no remunerado en el interior de sus hogares, es decir, los quehaceres domésticos, superando ampliamente su participación en éstos (30,1%) a su presencia en el sistema educativo (15,9%), mientras que en los varones su inactividad económica se debe a los estudios u otras razones (CEPAL, 2006a; Milosavljevic, 2006).

Otro ejemplo se puede apreciar en el análisis del desempleo y su descenso en el bienio 2004-2005. Si se compara los años 2003 y 2005, se observa que la brecha entre la cesantía masculina y femenina se mantiene en torno de los 3,6 puntos porcentuales para cada año. En efecto, el promedio simple de desempleo de los ocho países³ para los que se tiene esta información (OIT, 2005)

³ Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, Uruguay y Venezuela.

muestra que en el año 2003 el desempleo era de un 14,86% para las mujeres y de un 11,18% para los varones, descendiendo al 12,78% y al 9,17% respectivamente en el año 2005. Esto indicaría que un progreso de la situación económica no implica necesariamente una redistribución de oportunidades laborales entre los sexos. En el mismo sentido, un estudio sobre el mercado laboral colombiano entre 1997 y 2004 (Pineda, 2005) indica que los períodos de recuperación y auge económico no sólo no significan mejores condiciones para las mujeres, sino que incluso en términos de ingresos laborales la equidad de género ha sido anticíclica. Esta evidencia interpela la premisa —sostenida desde la perspectiva neoclásica de la ciencia económica (Espino, 2006)— de *mejora de condiciones económicas = mejora de oportunidades y condiciones laborales per se*, por lo menos con respecto a las mujeres, quienes constituyen más de la mitad de la población. Dicho cuestionamiento también es válido para las dinámicas sectoriales, como se verá en el siguiente apartado.

B) LA SEGREGACIÓN OCUPACIONAL DE GÉNERO
COMO CARACTERÍSTICA CONSTITUTIVA DE LOS ACTUALES
MERCADOS LABORALES

Múltiples estudios regionales e internacionales señalan que las trabajadoras se concentran en determinados sectores y oficios, considerados socialmente más adecuados a los estereotipos y roles de género dominantes. Desde la demanda, se asocia a las mujeres y sus capacidades con la extensión del rol doméstico de cuidadoras en el ámbito de la enseñanza, la salud, la atención personal y la administración. La oferta responde a la socialización diferencial de género así como a las decisiones, preferencias y orientaciones vocacionales que condicionan su inserción laboral. Esto conduce a que las mujeres se vean adscritas preferentemente a determinados sectores económicos o a un conjunto de actividades profesionales, quedando otros prácticamente fuera de sus opciones laborales. El análisis de dicho fenómeno permite identificar las notorias asimetrías entre las formas de inserción laboral entre hombres y mujeres de acuerdo con la distribución por

actividad, tipos de ocupación, ubicación jerárquica, contratación y salarios, y, asimismo, reconocer las diferencias existentes entre sectores cuando éstos son más o menos feminizados —principalmente en cuanto al monto de los salarios—, y la diversidad de situaciones que se presentan entre las trabajadoras dependiendo de la rama de actividad en la que se encuentren. En este sentido, se podría afirmar que estamos frente a mercados laborales claramente diferenciados.

C) APERTURA DE OPORTUNIDADES LABORALES SEGÚN
EL CRECIMIENTO DE LOS SECTORES, LAS NECESIDADES
DE LA SOCIEDAD Y LA SOSTENIBILIDAD DE LAS ECONOMÍAS

En los últimos años, junto con la reducción de ciertas ocupaciones en el sector público, producto de la reforma del Estado, se ha presentado una mayor demanda por empleo femenino ligada a la recomposición de la distribución sectorial de la producción y al tipo de ocupaciones que se desarrollaron a causa de la profundización de la apertura e integración comercial de las economías, lo cual es evidente en los países del Mercado Común del Sur, Mercosur (Espino, 2006). En la región, en general, se observa el surgimiento de nuevas y crecientes oportunidades laborales para las mujeres en el sector terciario pero con un carácter contradictorio, ya que ofrece oportunidades en los dos extremos de la escala social y educativa. Por una parte, se ofrecen puestos mejor remunerados y que demandan altos niveles de instrucción, en el sector servicios financieros, para un grupo reducido de trabajadoras altamente calificadas. Por otra, se ofrecen oportunidades en el extremo opuesto de la escala de prestigio: el sector del servicio doméstico, que es el peor remunerado y el más precario en términos de cobertura social y beneficios. También se expandió la oferta en trabajos precarizados en sectores de baja productividad como las pequeñas empresas y actividades en el sector informal de la economía, con todos los problemas que ese tipo de inserción laboral conlleva en cuanto a calidad.

Como ilustran los ejemplos mencionados y tal como los estudios de género han demostrado ampliamente, las lógicas predo-

minantes y las interpretaciones de los fenómenos desde las políticas públicas y las disciplinas suelen ser androcéntricas, esto es, planteadas desde una perspectiva masculina del mercado laboral y el desarrollo para ser aplicadas preferentemente entre los varones. Una caracterización de los mercados de trabajo sectoriales que evite este sesgo debería, al menos:

- Evaluar el desempeño de los distintos tipos de actividad económica —tomando en cuenta la relevancia del sector para la economía nacional y su competitividad— para garantizar que las medidas adoptadas desde las políticas públicas para mejorar el acceso al empleo y condiciones de trabajo sean sostenibles.
- Analizar el aporte de las mujeres al crecimiento y desarrollo del sector.
- Describir la magnitud y evolución de la participación económica de las mujeres en el sector y analizar si el empleo femenino se ha beneficiado de las actividades económicas destacadas.
- Presentar un panorama de la segregación horizontal y vertical de género, analizando en qué subsectores, categorías y grupos ocupacionales se ubican las mujeres.
- Describir el alcance de la discriminación de género en las remuneraciones, identificando cómo influye la segmentación horizontal y vertical.
- Analizar cómo se comportan las empresas y los empleadores públicos y privados frente a la responsabilidad social que les compete ante el trabajo doméstico no remunerado, de cuidado y crianza, que continúa siendo un obstáculo para la equidad de género en el mercado laboral.
- Valorar el aporte de las trabajadoras a la superación de la pobreza y el bienestar de los hogares.
- Releva la diversidad de actores involucrados en los sectores y la participación de las mujeres en las organizaciones representativas de éstos.

B. Principales rasgos de la participación laboral femenina

Si bien la preocupación de este capítulo, así como del resto del libro, es la situación y condición de las mujeres en el empleo sectorial, existen fenómenos y tendencias comunes para todas las trabajadoras —observadas en el análisis del comportamiento del mercado laboral de manera agregada—, que es imprescindible considerar para entender el contexto donde se inscribe lo que sucede en las distintas ramas de actividad en el interior de las economías de los países. De este modo, se presentan a continuación los principales rasgos de la participación laboral femenina en América Latina, que se manifiesta como una tendencia de largo plazo y de carácter estructural.

En la región, entre 1990 y 2004, la tasa de participación femenina en zonas urbanas aumentó de un 37,9 a un 51%; de todas maneras todavía se sitúa a una gran distancia de la tasa de participación masculina que en el año 2004 era de un 78% (CEPAL, 2006a). Tanto a nivel regional como en cada uno de los países, estas cifras son producto de una revolución subterránea y silenciosa protagonizada por las mujeres⁴ que, haciendo frente a obstáculos de diversa índole, llegaron al mercado laboral para quedarse. Pero la persistencia del desempleo femenino, es decir, la voluntad y la necesidad de trabajar que no se encauza, sumada al subempleo que caracteriza a aquellas mujeres que trabajan menos horas de las deseadas, dan cuenta de que los obstáculos persisten. De hecho, América Latina es la región del mundo que presenta la mayor brecha entre hombres y mujeres en el desempleo (3,4 puntos porcentuales en el año 2003). Además es un problema que tiene amplia tolerancia, que descansa en pautas sociales implícitas y estereotipos, que hace que el desempleo femenino y juvenil sea menos preocupante para la opinión pública y la acción gubernamental.

⁴ Norberto Bobbio (1993) afirma que la revolución que llevan a cabo las mujeres —que conduce a la lenta pero irreversible atenuación de las inequidades de género— es la única pacífica y silenciosa de la historia.

A diferencia de los hombres, que tienen un comportamiento mucho más homogéneo, la participación económica de las mujeres presenta un amplio abanico de situaciones (Abramo, 2006), ya que está fuertemente condicionada por su zona de residencia, nivel educacional, pertenencia étnica, posición en el hogar y nivel socioeconómico de éste. Así, la incorporación al mercado laboral de las mujeres urbanas es más alta que la de las mujeres rurales, se incrementa con el número de años de estudios formales, y la tasa femenina es mayor entre las mujeres que son parte de hogares no pobres que en aquellas insertas en hogares pobres, y entre las jefas de hogar en relación con las cónyuges no jefas. Mientras que en el año 2002, el 55% de las mujeres de hogares no pobres participaba en el mercado de trabajo, en los hogares pobres dicho porcentaje era de un 43%. Asimismo, en la actualidad las mujeres entran al mercado laboral a temprana edad, no se retiran cuando tienen hijos y se mantienen activas durante su período reproductivo. Al analizar las tasas por grupos etarios, se observa que la curva de participación se asemeja cada vez más a la masculina y que la mayor participación femenina se presenta en el tramo comprendido entre los 20 y 39 años de edad (CEPAL, 2004a y 2006a).

Las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder y permanecer en el trabajo remunerado están muy vinculadas a los trabajos de cuidado, de crianza y doméstico, considerados una responsabilidad casi exclusivamente femenina. De ahí que quienes no pueden delegarlo a otras mujeres, por medio del servicio doméstico, redes familiares o comunales, o no tienen la necesidad imperiosa de una remuneración, se dediquen únicamente a los quehaceres del hogar y permanezcan sin ingresos propios. Por lo mismo, la tasa de actividad doméstica⁵ promedio de las mujeres de América Latina es mucho mayor entre las cónyuges (52,2%) —las jefas de hogar no tienen opción y deben trabajar remuneradamente—, y entre las mujeres del área rural (42,1%), donde la delegación del

⁵ Mujeres de 15 años y más, dedicadas exclusivamente al trabajo doméstico de forma no remunerada.

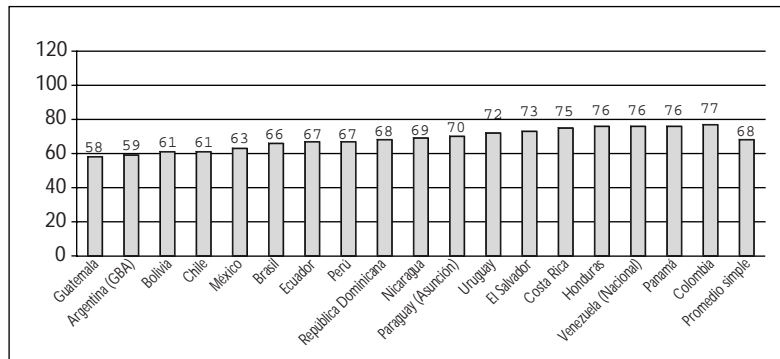
trabajo reproductivo es más difícil y los sistemas de apoyo mucho más escasos.

La segmentación de género de las ocupaciones determina en gran medida la situación de las mujeres en el mercado de trabajo. En América Latina, las ocupaciones masculinas son siete veces más diversificadas que las femeninas, lo que demuestra que los varones tienen mayores oportunidades laborales. Además de ser más restringidas, las ocupaciones femeninas tienen menor prestigio, son peor remuneradas y conllevan menos oportunidades de capacitación y desarrollo profesional (Abramo, 2003). La concentración de mujeres en ciertas ocupaciones tiene implicaciones sobre la persistencia de las desigualdades de ingresos laborales por sexo. De este modo, otra característica de la inserción laboral femenina es la discriminación salarial (véase el gráfico II.1). En promedio, las mujeres de zonas urbanas de la región en el año 2002 ganaban el 68% de lo que recibían los varones. Cuando esta misma relación se calcula por horas trabajadas, reciben el equivalente al 83% de los varones, situación que se acentúa para las más educadas (13 años y más de estudio), quienes en promedio ganan el equivalente al 72% por hora del ingreso laboral masculino⁶ (CEPAL, 2006a). Esta discriminación salarial ocurre cuando trabajadores igualmente productivos reciben salarios diferentes debido a sus atributos no productivos, en este caso el sexo, es decir, cuando no tiene una explicación desde el punto de vista de la oferta, lo que se evidencia al observar que en la región la brecha salarial es mayor a medida que aumentan los años de estudio de

⁶ La relación entre el ingreso promedio del trabajo por hora de las mujeres y de los hombres por años de instrucción para 18 países de la región alrededor de 1994, 1999 y 2002 se encuentra en <http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfiles/comparados/trabajo_inghora.htm>. Específicamente en Chile, un estudio del Ministerio del Trabajo y Previsión Social basado en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2003 muestra que las remuneraciones por hora de hombres y mujeres alcanzaron un promedio de \$ 2.008 y \$ 1.617, respectivamente. Esta brecha inicial de 20% aumenta a 28,6% si se corrige por diferencias en capital humano, pues las mujeres que trabajan tienen más años de educación que el promedio de los hombres ocupados (MINTRAB, 2005).

las mujeres y de los hombres (CEPAL, 2004a). En este sentido, se puede sostener que las mujeres necesitan más años de escolaridad que los hombres para obtener el mismo ingreso. Este comportamiento del mercado laboral ha sido casi ignorado —más allá de la retórica— por los gobiernos y los sindicatos. A pesar de la situación de menores ingresos, el aporte femenino al total de los ingresos de los hogares permite reducir la pobreza de los países de manera significativa, en alrededor de 10 puntos porcentuales (CEPAL, 2004b), lo que implica que si los salarios se distribuyeran equitativamente las mujeres no sólo podrían fortalecer su autonomía económica, sino que las familias y la sociedad en su conjunto se verían beneficiadas ampliamente.

Gráfico II.1: América Latina (18 países), ingreso laboral medio de las mujeres, comparado con el de los hombres, zonas urbanas - Alrededor de 2002 (en porcentajes)

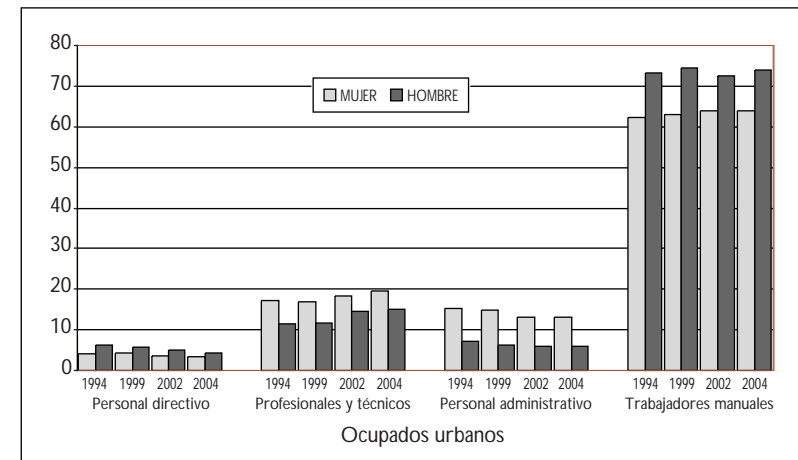


FUENTE: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Las mujeres constituyen menos de un cuarto de los empleados, al mismo tiempo que son la mayoría de las trabajadoras no remuneradas y casi la totalidad del servicio doméstico. Si se examinan los grupos de ocupación, la segregación se mantiene. En efecto, las mujeres constituyen el 60% del personal administrativo, pero sólo cerca de un tercio del personal directivo (véase el gráfico II.2). Además, al analizar las categorías detalladamente en

estudios de empleo sectorial se aprecia, tal como se verá en las secciones siguientes, que la segregación persiste en el interior de los grupos y categorías ocupacionales. Así, las trabajadoras de nivel directivo se concentran en cierto tipo de gerencias, por ejemplo, de recursos humanos (Espino, 2006; Martínez, 2005; Mauro, 2004 a y b) y las empleadoras en micro y pequeñas empresas, mientras que la distribución de los varones es más pareja.

Gráfico II.2: Mujeres ocupadas en cada grupo de actividad, América Latina (12 países*), zona urbana - Alrededor de 1994, 1999, 2002 y 2004 (en porcentajes)



* Países en el promedio regional: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay. La Argentina no identifica servicio doméstico como categoría ocupacional.

FUENTE: CEPAL, "Estadísticas de género", Unidad Mujer y Desarrollo, 2006, sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Desde otra óptica cabe determinar cómo se distribuyen hombres y mujeres entre los diversos grupos ocupacionales. Tomando la evolución de esta distribución, en la última década se aprecia que el peso del personal directivo disminuye entre mujeres y varones, al igual que el del trabajo administrativo, donde la disminución es mayor en los hombres. La tendencia opuesta se obser-

va en el grupo de profesionales y técnicos, que aumenta su importancia para ambos sexos, pero en mayor medida para los hombres. A pesar de ello, este grupo sigue siendo más importante para las trabajadoras urbanas, al absorber casi a un quinto de la fuerza laboral femenina, frente a un 15% de trabajadores varones.

Cuadro II.1: Distribución de los ocupados por grupos de actividad según sexo, América Latina (12 países*) (en porcentajes)

	Ocupados urbanos				Ocupados rurales			
	Personal directivo	Profesional y técnico	Personal administ.	Trabajador manual	Personal directivo	Profesional y técnico	Personal administ.	Trabajador manual
<i>Mujeres</i>								
1994	4,0	17,2	15,4	62,3	1,6	8,3	4,9	84,7
1999	4,3	16,9	14,9	63,0	2,0	8,2	4,5	84,7
2002	3,7	18,4	13,2	63,9	2,7	7,3	4,3	86,7
2004	3,3	19,5	13,1	63,9	1,3	7,3	3,9	87,3
<i>Hombres</i>								
1994	6,1	11,5	7,1	73,2	1,9	2,4	1,1	93,8
1999	5,8	11,6	6,2	74,6	1,7	2,5	1,2	93,5
2002	4,9	14,6	5,9	72,5	2,5	3,1	1,3	93,2
2004	4,4	15,0	6,0	74,0	0,9	3,4	1,3	94,2

* Promedio simple de: Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador (urbano), El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay (urbano).

FUENTE: CEPAL, "Estadísticas de género", Unidad Mujer y Desarrollo, 2006, sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

La concentración de las mujeres en determinados grupos y categorías ocupacionales se revierte lentamente, tal como muestran los datos de diversos años comprendidos en el período 1994 a 2004. La movilidad de las mujeres, ya sea ascendente en la escala ocupacional o según el tipo de inserción laboral (asalariada, cuenta propia, familiar no remunerada), es más difícil que la de los varones, lo que se refleja en los estudios sobre trayectorias laborales. Un estudio de este tipo sobre el sector financiero chileno comprobó que la carrera y la movilidad de las trabajadoras están determinadas por su etapa de vida y por la presencia o ausencia de hijos,

cosa que no sucede en el caso de los varones. En esta inmovilidad operan limitantes "autoimpuestas", en función de los roles tradicionales de género —por ejemplo, son responsables principales del cuidado familiar—, y limitantes establecidas implícita y sutilmente desde la parte empleadora (Mauro, 2004b). En el mismo sentido, un estudio sobre México y Brasil (Bosch y Malonley, 2005) muestra que, a diferencia de los varones, las mujeres sólo tienen alta movilidad entre el autoempleo y la inactividad económica,⁷ con flujos en ambos sentidos y muy escasas posibilidades de transitar desde el autoempleo hacia el sector formal⁸ e incluso hacia el informal.⁹

C. Aporte sectorial al empleo femenino

Para conocer la dinámica y aportes de cada sector, se acude a las ramas de la actividad económica porque las estadísticas —sociales y de cuentas nacionales— registran de este modo las actividades y flujos generados, lo que implica una aproximación panorámica al fenómeno, puesto que una misma rama puede incluir diversos sectores, traduciéndose en una gran diversidad en su interior.

⁷ Cuando se hace referencia a la "actividad económica femenina", se remite exclusivamente a la actividad remunerada. No obstante, el trabajo reproductivo no remunerado constituye una actividad generadora de riqueza, proveedora de bienes y servicios y susceptible de ser medida.

⁸ El estudio diferencia entre autoempleo y sector informal, dados los problemas conceptuales y de medición de esta última categoría. Además, si se opta por un abordaje más convencional que incluye el autoempleo dentro del sector informal, se ocultan hondas diferencias en el interior de éste.

⁹ De todas maneras, un estudio recientemente realizado en la Argentina con datos del Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, mostró que desde mediados del decenio de los noventa el patrón de movilidad laboral predominante de los trabajadores registrados (varones y mujeres) fue hacia la exclusión del mercado de trabajo formal: desocupación, inactividad u ocupación en puestos no registrados (Castillo, Novick, Rojo y Yoguel, 2006).

Las ramas que más han aportado al PBI regional promedio durante la última década (CEPAL, 2005c) son:

- i) industrias manufactureras;
- ii) servicios sociales, personales y comunales;
- iii) servicios financieros, seguros, inmuebles y servicios prestados a empresas.

Como se apreciará en la sección siguiente, son también las que concentran la mayor proporción de mano de obra femenina. Sin embargo, no hay una correlación directa en el orden de importancia de una y otra variable, ya que los servicios y el comercio, que se ubican en tercer y cuarto lugar respectivamente según el aporte al PBI, ocupan por su parte, el primer y segundo lugar en la generación de empleo femenino.

La industria sigue siendo una rama de gran presencia a pesar de que ha perdido peso a favor del sector servicios y ha disminuido su importancia en términos relativos. En el mismo sentido, los servicios financieros y otros servicios asociados, luego de un crecimiento sostenido entre 1994 y 1997, descienden en términos absolutos (millones de dólares) y relativos (proporción de aporte al PBI), no obstante, su relevancia es indiscutible por su contribución al producto regional promedio y porque es crucial para el desarrollo de otros sectores. Algunos países escapan a la tendencia regional de evolución de este sector, tales como Chile, Costa Rica y Uruguay, donde, a pesar de las crisis financieras de la década de 1990, lograron mantenerse o incluso incrementar su aporte al producto total. El buen desempeño de las economías de los países de la región durante los años 2004 y 2005 se ve reflejado en la actividad de los distintos sectores. La producción minera y de hidrocarburos creció como respuesta al aumento de la demanda interna y externa, dinamizando al sector industrial por la mayor rentabilidad de los bienes de exportación derivada de las devaluaciones del bienio anterior. Hay que señalar además que la industria no mostraba un crecimiento significativo desde 1998. La construcción y el comercio —sobre todo el turismo— se incrementaron, mientras que la evolución de la agricultura ha sido bastante heterogénea entre los países (CEPAL, 2005b).

1. Cantidad del empleo

Interesa analizar en qué medida los distintos sectores contribuyen a la generación de empleo e identificar si ello se da en igual medida para varones y mujeres, a la vez que si hay alguna correspondencia entre su comportamiento en el mercado laboral total y el crecimiento sectorial.

Los cuadros II.2 y II.4 dan cuenta del crecimiento del empleo por rama de actividad y de la proporción con que cada una aportó a la creación de nuevos puestos de trabajo. Así se observa que, si bien el empleo del sector de servicios sociales, comunales y personales creció un 2,9%, generó el 34% de las nuevas ocupaciones. Por su parte, el sector financiero creció un 5% mientras contribuye con el 13% de los empleos generados.

Cuadro II.2: América Latina y el Caribe. Contribuciones a la generación neta de empleo - 2004 (en porcentajes)

Empleo no agropecuario	Empleo total por categoría		
Industria manufacturera	24	Asalariados	67
Construcción	6	Trabajadores por cuenta propia	24
Comercio, restaurantes, hoteles	23	Servicio doméstico	10
Servicios básicos	5	Trabajadores no remunerados	0
Servicios financieros, seguros bienes inmuebles y servicios a empresas	13	Otras categorías de ocupación	-1
Servicios sociales, comunales y personales	34		
Otras ramas de actividad	-5		
Total	100	Total	100

FUENTE: CEPAL, *Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2004-2005*, Santiago de Chile, 2005, agosto, sobre la base de cifras oficiales.

La participación femenina en los servicios financieros ha oscilado poco en el último decenio, manteniéndose siempre por debajo del 40% de los ocupados de la región. Sin embargo, en algunos países pioneros en la internacionalización y modernización del sector, como Chile y Uruguay, esta participación es bastante

mayor. Estudios del empleo sectorial con enfoque de género en estos países señalan que en el caso chileno, las mujeres representaban el 51% de los trabajadores del sector en el año 2002, lo que significó un aumento de 25.000 trabajadoras en 1990 a 59.000 en 2002 (Mauro, 2004a), mientras que en Uruguay la proporción de mujeres asciende a un 43,6% (Espino, 2005).

La industria también se destaca, ya que desde el año 2000 no tenía un alza en el empleo y para 2004 representa casi un cuarto de los nuevos puestos de trabajo, reflejando la recuperación de la demanda interna y el incremento y diversificación de las exportaciones. En algunos países, la maquila tiene un papel importante en este proceso al recuperarse del impacto de la desaceleración de la economía estadounidense. En México —país con la mayor industria maquiladora— el crecimiento del empleo en este ámbito fue de un 4,7% (CEPAL, 2005c). Otro caso significativo en este sector es El Salvador, cuya industria manufacturera de exportación es predominantemente urbana y se concentra en la actividad de la confección textil, con una alta tasa de empleo femenino en condiciones precarias de bajos salarios y escasa sindicalización, presentándose fases de trabajo intensivamente manual y repetitivo, a pesar de la incorporación de nuevas tecnologías. La contribución de este sector a la economía radica en su valor agregado y en la generación de empleo, más que en el encadenamiento a otras industrias. Debido a que la materia prima es importada, su aporte es menos sustancial de lo que se estima y su rol dinamizador de otros sectores es reducido (Alvarenga, 2001).

A nivel regional, las trabajadoras representan menos de la mitad de los ocupados en la industria, con importantes diferencias entre áreas urbanas y rurales así como entre países. Mientras las mujeres representan menos de un tercio en las industrias chilena y argentina, son más de la mitad de los ocupados de dicho sector en El Salvador —en buena parte debido a la maquila— y en Perú.

Las ramas de comercio, restaurantes, hoteles y de servicios sociales, personales y comunales también tuvieron un crecimiento en el empleo, pero en menor proporción que la economía en su conjunto. No obstante, captan importantes cifras de los nuevos empleos con un 23 y un 34%, respectivamente. Las mujeres cons-

tituyen más de la mitad de la rama de comercio y afines en el sector rural y casi la mitad en el urbano, proporción que es resultado de un leve aumento de la participación femenina en la última década.

El turismo ha ido adquiriendo gran importancia dentro de esta rama por su aporte en la generación de empleo y divisas. Un estudio realizado en Ecuador señala que si bien las actividades turísticas no se registran bajo una sola categoría, por lo que no se cuenta con datos precisos, es posible sostener que el comercio —y dentro de éste la alimentación— y los hoteles son los rubros que mayores oportunidades de empleo ofrecen a las mujeres. Se evidencia, una vez más, que la óptica del empleo sectorial da cuenta de las formas que asume la segmentación ocupacional de género según el tipo de actividad. En el rubro de alojamiento, esta desigualdad se manifiesta en la representación de mujeres como propietarias de empresas, que es inversamente proporcional al tamaño de éstas, es decir, a medida que aumenta el tamaño de las empresas disminuye la presencia de propietarias (Ordóñez, 2001).

Si se analiza la generación de empleo por categorías de ocupación (véase el cuadro II.2), se aprecia que el 10% de los puestos de trabajo se creó en el servicio doméstico, categoría que tuvo un crecimiento de casi el 5% durante 2004 y que, como ya se sabe, es casi exclusivamente femenina, ocupada por mujeres de los sectores más pobres, afrodescendientes e indígenas, con menor educación, que reciben muy baja remuneración y con escasa cobertura previsional.

El incremento del empleo en el servicio doméstico indicaría una recuperación de los ingresos de las capas medias (CEPAL, 2005c) pero también las escasas oportunidades de inserción laboral que tienen las mujeres, que desempeñan un oficio de poca valoración social y remuneración. Además, en la mayoría de las legislaciones laborales este tipo de trabajo permanece en un régimen de excepción con condiciones deficientes respecto del resto de las ocupaciones dependientes, a pesar de que en toda relación de trabajo regulada por la norma laboral debe existir subordinación y dependencia, y el empleo doméstico es una de las categorías donde estos requisitos se dan de forma más clara. Por ejemplo, en la

Argentina el servicio doméstico se regula mediante el decreto 326 de 1956 y no se aplica la Ley del Contrato de Trabajo. Si se comparan ambas normas se evidencia claramente un trato discriminatorio a las trabajadoras domésticas. Tienen jornadas laborales más extensas (de 12 horas), menor protección ante el preaviso (de 5 a 10 días dependiendo de la antigüedad, en circunstancias que para el resto de los trabajadores es de 15 a 60 días), y la indemnización por despido es la mitad de la correspondiente a la generalidad del trabajo dependiente. Además, la incorporación de la trabajadora al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones está supeditada a la voluntad de la parte empleadora (Pautassi, Faur y Gherardi, 2004).

Debido a la falta de información existente en la región, lamentablemente no se cuenta con datos desagregados por sexo sobre generación de empleo por rama de actividad económica. Sin embargo, los indicadores que se analizan a continuación dan alguna aproximación del beneficio que reciben las mujeres de las dinámicas sectoriales en materia de trabajo remunerado.

Al ver la composición de cada una de las ramas por sexo, es decir, la proporción de mujeres ocupadas en éstas (véase el cuadro II.3), se aprecia que la mano de obra femenina, siguiendo una tendencia establecida hace décadas, constituye más de la mitad de los ocupados en la rama de servicios sociales, comunales y personales, siendo su proporción igual para las áreas rural y urbana. A pesar de que es un sector heterogéneo, se trata de un área feminizada que ha incrementado su aporte a las economías de la región no sólo bajo criterios económicos, como su contribución al PBI, sino también porque reúne sectores de gran utilidad social y con fuerte impacto sobre el desarrollo de los países, tales como salud y educación. En la rama del comercio, hoteles y restaurantes se encuentra también una importante participación femenina superando el 50% en las zonas rurales. En el resto de las ramas generalmente su participación es mínima, aunque hay casos que se destacan como los servicios básicos (electricidad, gas y agua) donde si bien la presencia femenina es cercana a un quinto de los ocupados, ha subido a nivel regional casi siete puntos porcentuales.

Cuadro II.3: Mujeres ocupadas en cada rama de actividad económica, América Latina* - 1994, 1999, 2002 y 2004 (en porcentajes)

Promedio regional	Agricultura y pesca	Minería	Industria	Electricidad, gas y agua	Cons-trucción	Comercio, hotel y rest.	Transp. y comunicac.	Serv. financ., inmob.	Serv. social comunal y personal	Total
<i>Urbano</i>										
1994	17,5	4,7	33,8	12,9	3,1	43,4	11,1	36,4	56,7	38,9
1999	14,2		36,6	16,4	3,4	45,8	12,3	38,3	57,9	40,5
2002	15,3		35,7	16,8	3,6	45,7	11,8	37,5	60,5	41,3
2004	16,0	9,1	36,2	19,8	3,2	46,1	13,0	38,1	62,7	41,6
<i>Rural</i>										
1994	13,1		36,5			49,6	10,2	34,9	58,0	25,6
1999	12,9		40,3		4,2	52,7	8,3	34,4	59,8	27,6
2002	14,6		46,0		1,6	54,8	6,8	29,1	58,0	28,6
2004	16,1	3,9	44,7	12,5	1,3	53,1	7,5	29,2	62,7	29,9

* Países en el promedio regional: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay.

FUENTE: CEPAL, "Estadísticas de Género", Unidad Mujer y Desarrollo, 2006, sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Trasladando la mirada desde el empleo, en el interior de cada rama de actividad económica, hacia los trabajadores y trabajadoras como conglomerados que se reparten entre ellas, la evidencia de segregación de género se refuerza, así como la lenta reversión de este fenómeno.

En los servicios sociales y otros conexos se ubicaba más del 40% de las mujeres ocupadas de la región en 2004. Las dos siguientes ramas en importancia son comercio, hoteles y restaurantes, que albergaba a un tercio de las trabajadoras latinoamericanas, y la industria, que absorbe un 14% de las trabajadoras de la región. En este último sector, se observa incluso un descenso, ya que en 1994 captaba el 17% de la fuerza laboral femenina. Una vez más, la distribución de los varones entre las distintas ramas de actividad económica es mucho más pareja, y éstos no experimentan grados de concentración de ocupaciones tan marcadas como los de las mujeres (CEPAL, 2006a).

Una aproximación a la posible correspondencia entre el crecimiento sectorial y el aporte de los sectores a la generación de

nuevos puestos de trabajo se presenta en el cuadro II.4. La pretensión no es establecer una relación causal entre ambas variables, sino mostrarlas en conjunto, ya que en este vínculo entran en juego factores como el peso del capital en el crecimiento económico de un determinado sector, como en el caso de la minería, donde tiene mayor importancia que en otras ramas de la actividad.

Cuadro II.4: Crecimiento económico y de generación de empleo por ramas de actividad seleccionadas en función del crecimiento económico - 2004 (en porcentajes)

Ramas de la actividad económica	Económico	Generación de empleo
Construcción	8,8	3
Transporte y comunicaciones	8,4	—
Comercio, restaurantes y hoteles	7,1	2,8
Industria manufacturera	6,4	4,5
Minería	5,9	—
Servicios sociales, comunales y personales	—	2,9
Servicios financieros	—	5

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de CEPAL, *Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2004-2005*, Santiago de Chile, 2005, sobre la base de cifras oficiales.

La buena situación de los sectores de la economía sin duda incide en su capacidad de generar empleo, aunque como se vio no hay una correlación directa entre crecimiento económico y crecimiento del empleo a nivel sectorial. Pareciera que las ramas que más aportan al PBI son aquellas que más favorecen al empleo femenino o, visto de otra manera, la contribución de las mujeres se concentra justamente en las ramas más importantes para el PBI.

Por otra parte, hay que señalar que los salarios reales aumentaron en la región durante 2004, debido a la caída de la inflación y al aumento de la productividad. Sin embargo, el hecho de que el incremento en los salarios reales haya sido menor que el aumento en la productividad laboral *de todos los sectores*, indica que éstos no tuvieron una incidencia significativa sobre el empleo (OIT, 2005).

Cuadro II.5: Aporte al PBI, al empleo total y al empleo femenino por ramas de actividad seleccionadas. América Latina* (en porcentajes)

Ramas de la actividad económica	Aporte al PBI 2003	Aporte al empleo, alrededor 2004 (s/ total urbano)	Ocupadas, alrededor 2004, áreas urbanas
Servicios comunales, sociales y personales	22,1	26,5	62,7
Industrias manufactureras	17,9	14,3	36,2
Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios a empresas	14,0	4,9	38,1
Comercio, hoteles y restaurantes	13,2	22,1	46,1

* Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay.

FUENTES: Elaboración propia sobre la base de la CEPAL, "Estadísticas de género", Unidad Mujer y Desarrollo, 2006. CEPAL, *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2004*, Santiago de Chile, 2005.

2. Calidad del empleo

La creación de empleo es un tema crucial para analizar el desempeño del mercado laboral, pero indudablemente la calidad de los empleos creados amerita la misma atención. La calidad del empleo se define como el conjunto de factores vinculados al trabajo que influyen en el bienestar económico, social, psíquico y de salud de las y los trabajadores (Valenzuela y Reinecke, 2000). De este modo, la calidad se relaciona comúnmente con indicadores como cobertura previsional (salud y pensiones de vejez), nivel de remuneraciones y estabilidad del puesto de trabajo. Esta visión tradicional soslaya un gran componente que es la equidad. ¿Por qué calificar una ocupación como de calidad, aun cuando sea estable y tenga cobertura previsional, si en ella la trabajadora gana un tercio menos que un par varón? ¿Y si es víctima de acoso sexual¹⁰ u hostigamiento laboral, o tiene denegada la posibilidad de ascen-

¹⁰ Una encuesta realizada en Chile (Délano y Todaro, 1993) mostró que el acoso sexual es una situación que reporta aproximadamente el 20% de trabajadoras de las distintas ramas de actividad. En los servicios financieros, el 22,2% de

der profesionalmente, porque existe un techo invisible e infranqueable,¹¹ o no tiene el mismo acceso —por limitantes vinculadas al tiempo disponible y las obligaciones familiares— que sus colegas varones a la capacitación que brinda la empresa?

Lamentablemente no se pueden analizar todos los aspectos de la calidad del empleo, menos aún a nivel sectorial. Esta situación obedece a que las principales fuentes de información disponibles son las encuestas de hogares de los países, que no están diseñadas para captar las particularidades del empleo y, por tanto, no relevan, por ejemplo, la duración de la jornada laboral, el tipo de contrato y la cobertura previsional. Además, en aquellos aspectos que son abarcados (pertenencia a los grupos ocupacionales —directivos, profesionales y técnicos, administrativos, trabajos manuales—), la desagregación en el interior de las ramas se enfrenta con la insuficiencia muestral, más aún en el caso de las mujeres debido a su concentración en pocas ramas de actividad y en determinados grupos de ocupación. Un análisis más acotado requiere de más y mejor información sobre las ramas y de una comparación entre sectores en el interior de ellas, a partir de datos sobre los parámetros indicados (cobertura de salud previsional y sistema de pensiones, acceso y tipo de capacitación, clase de contratos, discriminación ocupacional y salarial). Esto permitiría contar con estudios de empleo sectorial que capten las particularidades en el interior de una rama tan heterogénea como la de los servicios sociales, personales y comunales, que incluye entre sus actividades la educación, el servicio doméstico y la salud. De todas maneras y pese a las limitaciones, se abordan a continuación de manera indicativa algunos aspectos de la calidad del empleo en las distintas ramas de actividad económica.

las mujeres declaró sufrir acoso sexual, en el sector comercio lo hizo el 21,8%, en servicios comunitarios, sociales y personales el 20,1%, y en la industria el 14,6% de las encuestadas.

¹¹ También se lo denomina “techo de cristal” que oculta una discriminación indirecta, no presente en las leyes, que se mide por los resultados diferenciales.

Uno de los factores importantes de la calidad del empleo es la segregación ocupacional de género, que no se puede documentar en todas las ramas de actividad, dado que se precisan estudios específicos que analicen sectorialmente el problema.¹² Como una muestra de los posibles hallazgos, una investigación realizada en Costa Rica sobre el empleo en los servicios financieros mostró que hay 20 ocupaciones en que estrictamente no hay ninguna mujer (jefes, directivos, analistas de sistemas, agentes de seguros, programación, representación comercial y ventas, proveeduría, inspectores, inspectores de seguridad, electricidad y mantenimiento, supervisión, contabilidad y finanzas, prestamistas, instaladores y reparadores eléctricos, ebanistas, operadores de máquinas, choferes de motos, conductores de autobuses, conductores de transporte pesado, conserjes), mientras que las ocupaciones exclusivamente femeninas (en las que no hay ningún varón en el sector) son seis (administración de recursos humanos, relaciones públicas, técnicas en recursos humanos, secretarías ejecutivas y bilingües, bibliotecas y archivos, cobradoras) (Martínez, 2005). Tal como se observa en este caso, al adentrarse en los sectores se perciben siempre territorios vedados para las mujeres, que varían según su naturaleza o su rubro, como se verá en los próximos capítulos en el sector salud en la Argentina.

En cuanto a los niveles de educación, prácticamente en todas las ramas las mujeres están más educadas que los varones y el peso de los niveles técnico y profesional es mucho mayor entre ellas. Las excepciones son los servicios sociales, personales y comunales donde el grado profesional es mayor entre los trabajadores (véa-

¹² Por falta de información estadística no fue posible calcular el Índice de Duncan de Segregación, que es un indicador resumido del grado de segregación sexual del trabajo, donde se considera “integración” cuando la representación proporcional de cada sexo es en cada ocupación igual a la que tiene en la fuerza de trabajo ocupada total. Un estudio realizado en Estados Unidos arrojó un valor de este índice por ocupaciones de 31 cuando se utilizan seis categorías y de 59 para una desagregación de 503 ocupaciones, mostrando la segregación intrarramas existente (Jacobsen, 1994, citado por Todaro, Mauro y Yáñez, 2000).

se el cuadro II.6). Esta información, si bien reafirma la conclusión de múltiples estudios sobre el hecho de que la educación es un factor crucial para el ingreso femenino al trabajo remunerado, también sugiere, como la otra cara de la moneda, que a diferencia de las mujeres, los varones no necesitan educación para insertarse en el mercado laboral.

Cuadro II.6: América Latina, promedio regional simple (12 países*), ocupados urbanos según nivel educativo - Alrededor de 2004

Rama de actividad	Sin preparación		Técnica		Profesional	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Agricultura y pesca	88,0	91,6	8,9	4,2	5,5	4,2
Minería	85,0	85,8	11,0	9,9	4,1	4,3
Industria	54,1	91,9	20,3	4,1	27,7	4,0
Electricidad, gas y agua	44,8	68,9	40,3	17,4	22,8	13,6
Construcción	84,8	85,8	10,1	9,2	5,0	5,0
Comercio, hoteles y restaurantes	66,8	82,4	27,8	12,6	26,5	17,7
Transporte y comunicaciones	60,3	86,3	25,6	9,4	14,1	4,3
Servicios financieros, inmobiliarios	49,5	56,4	29,7	23,9	20,8	19,6
Servicios sociales, comunales y personales	65,8	62,7	20,0	17,7	14,2	19,6
Total	73,9	80,5	16,2	11,1	9,9	8,4

* Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Uruguay.

FUENTE: CEPAL, sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países, 2006.

La evidencia sobre la mayor educación femenina en las diversas ramas de actividad económica, releva el aporte de las trabajadoras a éstas en términos de “capital humano”, que lamentablemente no se expresa en el beneficio que reciben del desarrollo del sector en relación con los varones. En efecto, las mujeres tienen remuneraciones inferiores que los trabajadores en todas las ramas. Pero además, para el promedio regional esta brecha ha aumentado en el último sexenio en tres ramas (agricultura y pesca, industria y servicios básicos), ha disminuido de manera insignificante

en dos (comercio, hoteles y restaurantes, y servicios sociales y conexos) y se ha reducido de manera notable tan sólo en la rama de servicios financieros e inmobiliarios, aunque en algunos países como Chile, Costa Rica y Uruguay, según evidencias de estudios de caso, sigue siendo una de las ramas con mayor brecha (Mauro, 2004a; Espino, 2005; Martínez, 2005).

Cuadro II.7: Brecha de remuneraciones entre varones y mujeres según rama de actividad económica, promedio simple regional, áreas urbanas

Año	Agricultura y pesca	Minería	Industria	Electricidad, gas y agua	Cons-trucción	Comercio, hotel y rest.	Transp. y comunicac.	Serv. financ., inmob.	Serv. social comunal y personal	Total
2002	44,3	*	40,4	14,2	*	39,3	*	25,3	40,4	33,5

* Muestra insuficiente.¹³

Países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Uruguay.

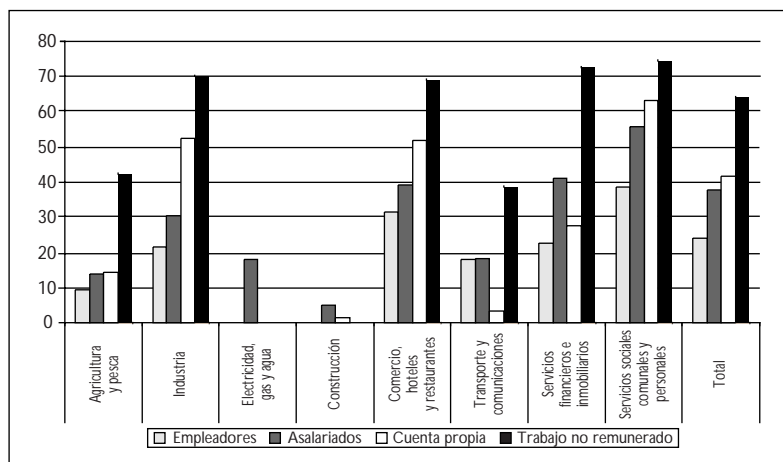
FUENTE: CEPAL, sobre la base de las encuestas de hogares en los respectivos países, 2006.

Es importante destacar que no en todos los casos la brecha de remuneraciones es reflejo fiel de lo que ocurre en cada rama. Por ejemplo, en aquellas tradicionalmente con predominio de hombres, como la minería y la construcción, el grado de heterogeneidad de las ocupaciones masculinas (que puede ir desde el propietario o el gerente al obrero no calificado) afecta el promedio general de las remuneraciones hacia abajo. En cambio, las mujeres que son minoría se insertan en ocupaciones con requerimientos de mayor calificación y con mayor homogeneidad salarial, por ejemplo en el área de apoyo administrativo y secretarial o en áreas técnicas y profesionales, lo que eleva el promedio de remuneraciones.

¹³ Debido a la segmentación por sexo de las ramas de actividad no siempre la muestra de mujeres u hombres fue suficiente para representar adecuadamente la brecha de remuneraciones. Se utilizó como criterio la no consideración de muestras inferiores a 30 casos.

Según las categorías ocupacionales, se observa que en el interior de cada rama las mujeres constituyen una minoría entre los empleadores en América Latina, con proporciones que para 2004 oscilan entre un 9,5%, en la agricultura y pesca, y un 38,6%, en los servicios sociales y relacionados, de manera coincidente con la segregación ocupacional ya analizada.

Gráfico II.3: Mujeres ocupadas según categoría y ramas de la actividad económica, promedio regional, áreas urbanas - Alrededor de 2004



* Países en el promedio regional: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Uruguay.

FUENTE: CEPAL, sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países, 2006.

Agricultura y pesca. Llama la atención que en esta rama, en América Latina durante 2004, el 17,9% de sus trabajadoras son familiares no remuneradas frente a un 5,5% de varones, mientras que el 9,2% de los trabajadores se desempeña como empleador y tan sólo un 6,2% de las mujeres lo son, representando a su vez menos del 10% de los empleadores del sector. Al mismo tiempo, la brecha de remuneraciones es la más grande de todas en América Latina, ya que para 2002 las mujeres percibían un 44,3% menos que los varones (véase el cuadro II.7). La magnitud de esta brecha se

puede explicar porque esta rama de la actividad ha sido predominantemente masculina y cuando las mujeres acceden a ella lo hacen en ocupaciones de escasa remuneración y deficientes condiciones laborales, tales como la agricultura de temporada (Oxfam, 2004).

Industria. La calidad del empleo femenino se relaciona claramente con los subsectores, tales como maquila e industria de alimentos, que implican estacionalidad, escasas posibilidades de capacitación y bajas remuneraciones. Asimismo, es determinante de la calidad del empleo la creciente tendencia a la terciarización y subcontratación de tareas que con frecuencia son realizadas por mujeres, situación que además dificulta la fiscalización de las normas laborales.

En la última década la industria ha pasado en muchos casos por un proceso de modernización y reestructuración que incluye la incorporación de nuevas pautas organizacionales y cambios tecnológicos que requieren de una serie de competencias y actitudes de los trabajadores para sobrevivir en ambientes reestructurados. El ingreso, permanencia y movilidad del personal dependen de las competencias, atributos de carácter adquisitivo, por oposición a las formas adscriptivas que prevalecían antes. De ahí el carácter universalista de las nuevas formas de gestión del trabajo y el supuesto destierro del particularismo que sustenta la discriminación. Sin embargo, un estudio realizado en la industria brasileña, donde esta nueva cultura normativa hizo furor a lo largo de toda la década de 1990 (Araujo, 2003), según datos que son desde 1989 hasta 1999, se aprecia la permanencia de desigualdades: la industria es aún esencialmente masculina y blanca.

En efecto, el crecimiento significativo de la participación femenina en el mercado laboral de Brasil durante las dos últimas décadas, especialmente de las mujeres negras, no se verifica en la industria, donde la composición del empleo por sexo permanece inalterada, y la brecha de género en las remuneraciones se reduce menos que para el promedio del mercado nacional. A la vez que se observa una mayor inclusión de varones negros, la ligera reducción del peso de las mujeres parece esconder el hecho de

que crece la participación de las trabajadoras blancas. Así, se puede concluir que la industria es un ámbito que aún privilegia los atributos de la masculinidad y que, cuando el sector se torna más permeable al ingreso femenino, se combina con otra forma de selectividad, también adscriptiva, que hace más factible el acceso a mujeres blancas (Araujo, 2003).

En la mayoría de los países el salario real industrial se ha recuperado, sin llegar en algunos a los niveles de 1990. Es el caso de la Argentina, donde a pesar de los notables incrementos, el salario real industrial de 2004 todavía fue un 0,5% menor, es decir, prácticamente el mismo que el de catorce años atrás (OIT, 2005). En el año 2002, las mujeres ocupadas en la industria de este país obtenían una remuneración un 53% inferior a la que obtenían los varones, superando ampliamente la brecha promedio regional que constituía un 40,4%. Esto, a pesar de que la proporción de trabajadoras con educación técnica (20,3%) quintuplica a la de varones con este nivel y casi un tercio de las trabajadoras del sector son profesionales, frente al 4% de los varones (véase el cuadro II.6).

En cuanto a la segregación ocupacional, si se examina la distribución de la mano de obra de este sector entre las distintas categorías, para el año 2004 se aprecia que el promedio regional de varones que se desempeñan como empleadores duplica al de las mujeres. Una situación inversa sucede en el caso del trabajo no remunerado, donde la proporción de mujeres triplica a la de los varones.

Comercio. Es una rama de gran diversidad interna, con sectores como el turismo —de gran potencial en términos de especialización competitiva y de generación de empleo— y también áreas como el comercio al por menor y el expendio de comidas y bebidas, que concentran a las mujeres en los países donde la economía informal tiene mayor peso. En el promedio de América Latina, las mujeres constituyen menos de un tercio de los empleadores del comercio, pero cerca del 70% de los trabajadores no remunerados de esta rama de actividad; perciben un salario un 39% menor que los hombres que trabajan en el sector y una vez más están notablemente más educadas que ellos.

Servicios. Por su parte, este sector ha incrementado su importancia en el empleo, debido, entre otras causas, al desplazamiento de actividades manufactureras hacia esta área. Este fenómeno puede estar incidiendo en la diversificación o polarización de la estructura ocupacional, dado que la rama de servicios sociales, personales y comunales es quizá la más heterogénea de todas, pero también produce mayores oportunidades (en términos cuantitativos) de ingreso femenino al trabajo remunerado.

La rama de *servicios sociales, personales y comunales* es la única en que las mujeres son mayoría, sin embargo esta feminización no significa necesariamente igualdad en las condiciones de trabajo. En el año 2002, la disparidad en las remuneraciones era próxima al 40% y la participación de mujeres entre los empleadores también era cercana a este porcentaje, lo que no se condice con una participación de más del 60% entre los ocupados del sector.

En los *servicios financieros e inmobiliarios*, las mujeres constituyen tan sólo cerca de un quinto de los empleadores para el promedio de América Latina, pero tal como se mencionó, la brecha salarial promedio de la región en esta rama ha experimentado una notable baja entre los años 1994 y 2002, descendiendo del 32,8% al 25,3%. En términos comparativos, la calidad del empleo es mejor para las mujeres que en otras ramas. Las investigaciones señalan que los ocupados del rubro se ubican en el quintil de mayores ingresos, tienen una importante proporción de cobertura previsional (salud y pensión), alta estabilidad laboral y acceso a capacitación en el interior de las empresas y fuera de ellas. Sin embargo, subsisten problemas como la brecha salarial y las trabajadoras no se benefician de la capacitación de la misma manera que los varones. Además, a pesar de que los altos niveles de educación han permitido el acceso de las mujeres al sector, incluso a niveles gerenciales, persisten marcadas formas de segmentación ocupacional de género (Mauro, 2004a; Martínez, 2005; Espino, 2005; Quiñones, 2005).

En cuanto al resto de las ramas de actividad económica, no es posible analizar las desigualdades debido a que el trabajo femenino que absorben es muy escaso, tanto en términos relativos como

en números absolutos. Por ejemplo, en minería y construcción, la cantidad de mujeres es tan pequeña que la muestra es insuficiente para obtener datos de brecha salarial. Respecto de los servicios básicos y transporte y comunicaciones se destaca que, a pesar de que generan poco empleo femenino, mantienen brechas relativamente bajas en las remuneraciones.

Por último, pero no por eso de menor importancia, es preciso mencionar que, en todos los sectores de la actividad económica, la calidad y la cantidad del empleo femenino se ven afectadas por la atribución social a las mujeres de las tareas de cuidado, crianza y domésticas. De este modo, su acceso al mercado laboral se ve condicionado por lo que la economista feminista Ingrid Palmer (1992) ha denominado “el impuesto reproductivo”, derivado del trabajo no remunerado que realizan en el interior de los hogares, producto de un pacto no escrito en el que se consagró a los varones como proveedores económicos universales de las familias y a las mujeres como cuidadoras. Para que el cuidado se conciba como problema público y, por tanto, objeto de políticas públicas debe *desfamiliarizarse*, ya que si se mercantiliza, la solución sólo alcanza a quienes pueden pagar los servicios y la sustitución se hace entre mujeres de las distintas clases sociales. Esta politización del cuidado no desconoce la necesidad imperiosa de que los varones se involucren activamente en él, pero sí busca evitar el dilema que enfrentan muchas mujeres en la actualidad entre tener y cuidar hijos, y trabajar remuneradamente.

La falta de políticas públicas que promuevan la repartición equitativa de las responsabilidades de cuidado, crianza y domésticas entre varones y mujeres y en la sociedad en su conjunto, por ejemplo, mediante sistemas de protección social o centros de cuidado infantil, no quiere decir que el cuidado y los roles tradicionales de género en el interior de las familias no estén presentes en las políticas públicas. Para evaluar de qué modo sucede esto, resulta útil la siguiente clasificación de políticas, según el abordaje que éstas hacen de las familias: políticas *de* familia son las que intervienen y tratan de modelar las familias; políticas *referidas a* familias, las que tratan de fortalecer sus funciones sociales o las tienen como referencia o destinatarias; políticas *para* familias, impli-

can el paso a otro paradigma que recoge la diversidad y no atribuye roles a su interior. Como es de suponer, la mayor parte de las políticas públicas de América Latina se encuadran en el segundo grupo (Rico de Alonso, 2005).

D. Desafíos y respuestas frente a la heterogeneidad del mercado laboral

La heterogeneidad del mercado laboral se expresa también en una gran diversidad de actores institucionales gubernamentales y no gubernamentales que intervienen en éste, tanto en el interior de los países como a nivel global. En el caso específico del empleo femenino se suman a los actores tradicionales: gobierno, empleadores, sindicatos, trabajadores, los Mecanismos Nacionales para el Adelanto de la Mujer (MAM). Así se observa que, en la mayoría de los países de América Latina, el trabajo constituye un eje o capítulo importante de los instrumentos que contemplan las políticas nacionales de género, como los Planes de Igualdad de Oportunidades. Aunque las oficinas de la mujer son órganos del Estado y forman parte del gobierno, esto no implica que sus lineamientos y metas se traduzcan en acciones concretas. La mayoría de estos organismos no tiene facultades ejecutoras ni posee presupuesto para esos fines.

A pesar de estas limitaciones, como producto de los cambios experimentados e impulsados por las propias mujeres y los esfuerzos de los MAM, las iniciativas de los gobiernos de la región para institucionalizar un enfoque de género en las políticas de trabajo se concentran, hasta el momento, principalmente en:

- i) la ratificación de convenios internacionales;
- ii) la ejecución de proyectos o programas dirigidos a sectores específicos de mujeres;
- iii) la mantención de una unidad de género en el Ministerio de Trabajo, y
- iv) planes y leyes de igualdad de oportunidades en el empleo.

En general, los análisis que sustentan estas acciones no consideran las particularidades de la inserción laboral de las mujeres en los distintos sectores de la economía, y por lo tanto, se dificultan las acciones dirigidas a superar las discriminaciones existentes, valorar sus aportes, involucrar a los actores sectoriales y afinar las propuestas desde las políticas públicas.

El Programa Global de Empleo, definido por la OIT en 2001, identifica como principales desafíos en materia de discriminación:

- i) garantizar que la igualdad de oportunidades entre todas las categorías de la población esté plasmada en todas las políticas e instituciones del mercado de trabajo;
- ii) adoptar medidas que influyan en la demanda de mano de obra para las categorías que puedan quedar marginadas, con vistas a su integración social.

El primer desafío implica reconocer a las mujeres como sujetos fundamentales de las políticas públicas, superando la visión de éstas como únicas o principales dispensadoras de cuidado que no pueden constituirse en mano de obra permanente (Abramo, 2003). El segundo desafío se puede afrontar con medidas de acción positiva que estimulen la contratación femenina, tales como exenciones o reducciones impositivas por porcentaje de mujeres en una empresa, así como con políticas de empleo sectorial, ya que se trata de promover la inserción laboral femenina en empleos de calidad, combatiendo la segmentación horizontal y vertical de género del mercado de trabajo. Para este cometido, las políticas sectoriales resultan más afinadas y complementarias de las soluciones provenientes de las políticas de trabajo de carácter general.

Los planteamientos mencionados apuntan a remover la discriminación desde la parte empleadora, es decir, desde la demanda. Sin embargo, es sabido que desde el lado de las trabajadoras también se requiere adoptar medidas que permitan su plena e igualitaria inserción laboral. En ese sentido, es necesario instrumentar una “infraestructura social del cuidado” (Camacho, 2006) y promover la repartición de las responsabilidades familiares en el interior de la pareja, ámbitos en que las potencialidades de una articulación entre políticas generales y sectoriales de empleo son claras.

Las políticas sectoriales de empleo, dado el carácter acotado de sus interlocutores, son un espacio más acorde para la negociación de medidas que entiendan la maternidad como responsabilidad social que el abordaje en contextos más amplios y con interlocutores menos definidos. En esta línea, destaca que en general las políticas que buscan favorecer la participación laboral de las mujeres no se hacen cargo de las actividades que ellas realizan en el interior de los hogares, que son depositadas en una especie de “tierra de nadie”, o por el contrario, se plantean políticas que potencian la permanencia de las mujeres en el ámbito doméstico en detrimento de su inserción en el mercado de trabajo y su autonomía económica. La consecución de acuerdos en el marco del empleo sectorial para que mujeres y hombres puedan acoplar o conciliar¹⁴ el trabajo remunerado con las labores domésticas, de cuidado y crianza, no reduce la responsabilidad que compete a los Estados en esta materia.

Las políticas sectoriales de empleo deberían elaborarse y ejecutarse en un proceso:

- **Participativo.** Entendiendo que las políticas públicas involucran al Estado y a la sociedad a la que están dirigidas, implican la convergencia de distintos actores en la elaboración y puesta en marcha de éstas. En una experiencia participativa se recogen e interpretan las necesidades y puntos de vista de las personas destinatarias, para elaborar una agenda de prioridades. Además, la participación y el diálogo garantizan, en cierta medida, la sostenibilidad de la política y el cumplimiento de los compromisos asumidos por los actores públicos y privados. Por otra parte, el carácter participativo y el diálogo entre instancias estatales

¹⁴ Se prefiere este término a la conciliación o compatibilización, más frecuentemente usados, ya que aluden a dos espacios opuestos que deben ser ajustados entre sí por las mujeres. Según la Real Academia Española (2005), acoplar es: *unir entre sí dos piezas o cuerpos de modo que se ajusten exactamente. Ajustar una pieza al sitio donde deba colocarse.* Se trata entonces de que mercado de trabajo y familia dejen de ser opuestos, de que cada uno tenga su lugar y su tiempo en la vida de varones y mujeres.

y organizaciones de la sociedad civil puede propiciar que las mujeres accedan a recursos institucionales, que constituyen una dimensión de las desigualdades de género que repercute en la pobreza de aquéllas.

- **Intersectorial e interinstitucional.** Para hacer frente a las dificultades y desafíos que conlleva la organización sectorial del Estado. Asimismo, la intersectorialidad e interinstitucionalidad integra la política o programa de empleo sectorial a la política nacional en la materia, la de género, las políticas municipales, de reforma, descentralización y desconcentración del Estado, y otras. En este sentido, si bien la integralidad y la intersectorialidad son características que deberían tener las políticas públicas, no implica que éstas se concreten de la misma manera en todos los casos, ya que no se trata de proponer recetas uniformes, sino precisamente de que las respuestas dependerán de los contextos, las coyunturas, los países y los sectores. La necesidad de la intersectorialidad surge particularmente en las situaciones en que se requieren políticas o acciones integrales, como es el caso de formular políticas laborales con equidad de género. La intersectorialidad se puede desarrollar en la fase de definición de las políticas, en la de ejecución o en ambas. En el caso que nos preocupa, es en la primera donde los MAM pueden influir y donde tienen un papel importante de modo de trabajar juntamente con otros actores. Es decir, estaríamos frente a un diseño intersectorial de políticas transversales a ser ejecutadas sectorialmente, por ejemplo, por los ministerios de trabajo, de economía u otras instancias.

1. Qué se está haciendo por las trabajadoras

La heterogeneidad de funcionamiento de las áreas de la actividad económica, la diversidad de actores involucrados, la concentración de mujeres en algunas ramas y la variación en las brechas de género entre un sector y otro, plantean sin duda la necesidad de políticas de empleo sectoriales con una perspectiva de género.

En contraste con este desafío, la oferta gubernamental para las trabajadoras es de programas, centrados mayormente en los grupos considerados más vulnerables y no en los distintos tipos de actividad económica. Una mirada a los programas de trabajo destinados a las mujeres deja notar que, en general, no se dedican a fomentar su inserción laboral en sectores competitivos de la economía y tampoco promueven la redistribución de responsabilidades familiares y un cuestionamiento a la división sexual del trabajo y su expresión más evidente en el mercado laboral: la segregación ocupacional con su correlato de discriminación salarial.

Una de las propuestas uniformes más difundidas en América Latina ha sido la flexibilización legislativa en el ámbito laboral, entendida mayormente como desregulación o reformas que conllevan costos unilaterales para la parte trabajadora. La defensa de medidas de flexibilización se ha hecho sin tener evidencia sobre la eficacia de las regulaciones para promover el empleo, más aún, empieza a existir evidencia en el sentido contrario. Modalidades como el contrato *part time* o de tiempo reducido, trabajo temporal o suministro de trabajadores —presentadas como opciones promotoras del empleo, especialmente de mujeres de todas las edades y jóvenes de ambos sexos— no han cumplido su cometido y el desempleo siguió siendo el esperado, con las consabidas variaciones de invierno, verano y de la recuperación económica. En Chile, por ejemplo, la disminución que experimentó la desocupación puede ser atribuida en parte al retiro de personas de la fuerza de trabajo, en particular de mujeres que aparentemente renunciaron a la búsqueda de empleo (López, 2005).

En este contexto, son controversiales los beneficios positivos de la flexibilidad para las mujeres, sobre todo cuando, tal como lo plantean Todaro y Yáñez (2004), surge el interrogante sobre si los aspectos de la flexibilidad horaria que las trabajadoras necesitan son realmente opciones libres o están determinados por restricciones culturales, económicas y de políticas públicas, que no dejan lugar a la propia elección. Éste sería el caso de la flexibilidad de la jornada laboral diseñada para que las mujeres continúen a cargo de todas las tareas de cuidado y domésticas, sin redistribución de éstas ni apoyo familiar, social y estatal para desarrollarlas.

Además, las reformas laborales que fomentan la flexibilidad se acompañaron —en un contexto de bajo crecimiento— de la proliferación de contratos a plazo definido, temporales, a tiempo parcial, con menor estabilidad y sin obligación total o parcial de cotizaciones previsionales, lo que dejó a las mujeres sin apoyo en sus tradicionales responsabilidades domésticas, y sin protección y con bajos salarios.

Reducir el derecho al trabajo de las mujeres a un derecho a media jornada o a menor salario, no resuelve el problema. Se propone que ellas se ocupen bajo condiciones inferiores que los varones, como una alternativa más barata a la contratación masculina. Por añadidura, estas medidas se fundamentan en la creencia de que las dificultades para aumentar el empleo femenino se resuelven con dar facilidades para que concilien su trabajo doméstico y de cuidado con el remunerado, bajo el supuesto de que son las principales o exclusivas responsables de él (López, 2005).

En América Latina, el grueso de las políticas vigentes son laborales, es decir, regulatorias, y de mercado de trabajo activas (intermediación laboral, capacitación, crédito, apoyo empresarial) (CEPAL, 2004b), por lo que no se puede hablar de manera precisa de reales políticas de empleo. La situación de la región indica que, en la mayoría de los casos, las mujeres no están debidamente consideradas en las políticas nacionales de trabajo que, al pretender una cierta neutralidad, esconden el prototipo de trabajador varón —proveedor, sin responsabilidades de cuidado ni domésticas y que, además, trabaja de manera estable en el sector formal de la economía— que las subyace. De tal modo, la población rural, las personas discapacitadas, adultas mayores, jóvenes y mujeres —que en todos los casos también son parte de los anteriores— aparecen como grupos vulnerables, objeto de atención especial, y no como ciudadanos con derechos económicos que deben ejercer.

En términos generales, se puede sostener que los programas gubernamentales de trabajo dirigidos a las mujeres tienen muy escasa cobertura, son focalizados (trabajadoras rurales, jefas de hogar, microempresarias) y no logran revertir los obstáculos que impiden una integración plena de las mujeres en el mercado laboral. Las iniciativas específicas son programas que, al igual que las ac-

ciones desplegadas para la población en general, se enmarcan en las políticas activas de mercado de trabajo, con la diferencia de que los programas para mujeres son más residuales, debido a su menor cobertura, presupuesto y duración (Rico y Marco, 2004).

La evaluación de lo ocurrido en los últimos años indica que los programas gubernamentales más frecuentes destinados a las trabajadoras son aquellos que otorgan capacitación laboral y apoyo a la microempresa. Otros tipos de programas tienen menos presencia y abordan áreas tales como intermediación en el empleo, tutela de derechos, sindicación y prácticas empresariales para la equidad de género. Los de apoyo a las microempresarias son, sin duda, los más difundidos, por lo general incluyen créditos y asesoría técnica o uno de estos componentes y, en algunos casos, están dirigidos únicamente a jefas de hogar. Las limitaciones de estos programas, además de la escasa cobertura, son la falta de articulación de los emprendimientos femeninos con las cadenas productivas y su corta sustentabilidad, debido a que concluyen con el otorgamiento del crédito y la asistencia, sin tener mecanismos de seguimiento. Asimismo, se presentan problemas derivados del incremento en la carga de trabajo de las mujeres, los conflictos en el interior de las organizaciones por la mayor participación femenina, los prejuicios hacia los programas por el hecho de estar destinados exclusivamente a ellas, así como de comercialización por falencias de calidad, cantidad y continuidad. Por su parte, entre los logros se destacan la visibilización de este grupo de mujeres como potenciales destinatarias de las redes de fomento empresarial, el incentivo de la asociatividad, el fortalecimiento organizacional y, en algunos casos, el establecimiento de relaciones comerciales.

Las mujeres de la región, sobre todo las más jóvenes, tienen en promedio iguales o superiores niveles educativos que los hombres, lo que no quiere decir que no requieran de capacitación, ya que, por un lado, esos niveles varían al interior de las mujeres y, por otro, persiste la segregación ocupacional de género, que en alguna medida se relaciona con el tipo de educación y formación para el trabajo que ellas están recibiendo.

Los programas de capacitación están destinados a madres solteras y jefas de hogar desempleadas, jóvenes, víctimas de violencia

doméstica, mujeres de escasos recursos y, en menor medida, a las trabajadoras agrícolas. Si bien en pocos casos se los evalúa, se destaca la doble y triple jornada que desempeñan las mujeres como un obstáculo para el éxito de éstos. En cuanto a los logros, se resaltan los cambios favorables en la identidad y autopercepción de las mujeres, que se ven a sí mismas como “trabajadoras” o más precisamente “madres/trabajadoras”. Por ende, los buenos resultados de los proyectos no se vinculan a sus objetivos, puesto que no se refieren a una mayor *empleabilidad* de las mujeres.

Los programas deberían considerar las características de la demanda, esto es, qué tipo de capacitación y calificación requiere el mercado laboral, sobre todo en cada uno de los sectores, más aún cuando la capacitación ha sido uno de los aspectos más influidos por la globalización y la aplicación de nuevas tecnologías, que inciden en la polarización de los puestos laborales, aumentando los técnicos en desmedro de los de menor calificación.

Por otra parte, la proporción de personas que tiene probabilidades de recibir capacitación en el puesto de trabajo está disminuyendo, dado que la escasa estabilidad laboral y el acortamiento de las relaciones de trabajo atentan contra la inversión de las empresas en capacitación, que al materializarse no alcanza de igual forma a varones y mujeres.

En cuanto a la intermediación entre oferta y demanda de trabajo, se destaca que prácticamente no hay iniciativas gubernamentales dirigidas especialmente a mujeres, a pesar de que la información sugiere su menor acogida por parte de las oficinas de empleo destinadas a trabajadores de ambos sexos, así como los distintos obstáculos que experimentan varones y mujeres para encontrar empleo, que no suelen ser considerados. Las escasas experiencias son guías de orientación laboral y de apoyos institucionales, así como novedosos esfuerzos por integrar la perspectiva de género en las oficinas municipales de colocación de Chile y en los principales municipios de Ecuador.

Las interacciones de los mercados de trabajo son con frecuencia poco transparentes y una gran cantidad de empresas contrata personal sobre la base de recomendaciones de terceros. Este mecanismo profundiza la discriminación y la exclusión de quienes

no disponen del capital social necesario, aun contando con la educación y experiencia requeridas (CEPAL, 2005c). En el caso de las mujeres, el influjo de un menor capital social es evidente. En el transcurso del proyecto “Políticas laborales con enfoque de género”, ejecutado por la CEPAL, se pudo apreciar que, tal como se analizará en los capítulos siguientes de este libro, en el sector salud en la Argentina, la meritocracia sería una de las mejores formas de combatir la segmentación laboral de género. De igual manera, en el sector financiero de Costa Rica y Uruguay, el hecho de que las mujeres no cuenten con “un socio estratégico” limita sus posibilidades de ascenso y carrera profesional (Quiñones, 2005 y Martínez, 2005). Por tanto, instancias eficientes de intermediación laboral contribuyen a mejorar la información de los mercados para que las empresas contraten al personal idóneo y propician también una mayor equidad.

La reversión de prácticas discriminatorias en el interior de los sindicatos y la ampliación de una conciencia de equidad de género, en este ámbito, son factores estratégicos para la defensa de los derechos laborales de las mujeres, para aumentar el poder de negociación de las trabajadoras y para la inclusión de sus intereses y necesidades en las dinámicas empresariales. En este terreno, las iniciativas gubernamentales para promover la equidad de género y ampliar la afiliación femenina no van más allá de otorgar algunos cursos y talleres de capacitación, más o menos sistemáticos. Si se destaca el establecimiento de comités de género en las centrales sindicales de varios países, y específicamente en la Argentina el establecimiento de una cuota del 30% de mujeres para cargos electivos y de representación. Sin embargo, hay que contemplar que en sectores como el del servicio doméstico, ampliamente conformado por mujeres, la sindicalización es casi nula.

Incluso ante la excepcionalidad de las medidas que fomentan una mayor equidad de género en el sindicalismo latinoamericano, pareciera que esta preocupación gana terreno al tiempo que los sindicatos han ido perdiendo su tradicional poder y roles debido a los cambios en el mercado laboral y las nuevas formas de contratación. En ese sentido, un estudio de la OIT (Abramo y Rangel, 2005) para la Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay y Ve-

nezuela, muestra que un poco más de la mitad (55%) del total de cláusulas registradas en la investigación representa un avance en relación con lo establecido por las legislaciones laborales en materia de equidad. También se evidencia que los Convenios de la OIT relativos a la no discriminación¹⁵ constituyen un referente importante para los sindicatos. No obstante, las cláusulas referidas a la igualdad de oportunidades y no discriminación se presentan en un número pequeño de convenios, con contenidos muy generales. Como avances se relevan las cláusulas relativas a protección de la maternidad/paternidad y las debilidades se presentan en materia de responsabilidades familiares con posterioridad al nacimiento de los hijos de los trabajadores.

Otra área abordada por los programas de trabajo para mujeres es la tutela de derechos. En ellos han participado instituciones administrativas que dependen de los Ministerios de Trabajo —encargadas de inspeccionar y fiscalizar el cumplimiento de las leyes laborales— u otras dependencias de estos ministerios según los países, que han cumplido una notable labor en materia de reestablecimiento e información sobre los derechos de las mujeres trabajadoras, en discriminación, seguridad e higiene en el trabajo, derechos de maternidad y otros. También se destaca que estas instancias lleguen a sectores más desprotegidos por la legislación como el servicio doméstico, las trabajadoras temporarias de la agricultura y las migrantes. Emprendimientos de este tipo se llevan a cabo en Chile, Costa Rica, México, Panamá y Puerto Rico.

De igual forma, sobresale la certificación de la equidad de género como un esfuerzo novedoso por erradicar las prácticas discriminatorias en las empresas. Iniciativas en este sentido se realizan en Chile, Costa Rica y México; en estos países, el reconocimiento se otorga ante medidas voluntarias que incorpora la empresa en beneficio de sus trabajadores y trabajadoras, más allá del cumplimiento de las normativas laborales existentes. En el primer caso, se trata de un premio anual a las empresas que instrumenten ac-

¹⁵ Convenio 100 (1951), igual remuneración por trabajo de igual valor y Convenio 111 (1959), no discriminación en el empleo y la ocupación.

ciones para la equidad de género y se pretende establecer un estándar nacional que incorpore el “sello”. En Costa Rica y México se trata de una certificación propiamente dicha, para lo que se diseñó un Sistema de Gestión de Equidad de Género, con los correspondientes instrumentos de evaluación de prácticas.

Junto con las prácticas ya indicadas, se deben mencionar los planes de empleo de emergencia ejecutados en el marco de los programas de alivio a la pobreza que, si bien no están orientados exclusivamente a las mujeres, en la realidad ellas se han convertido en sus principales destinatarias. Aparte del objetivo de reducción de la pobreza, apuntan a la seguridad alimentaria de las familias, a la mejora del capital humano (sobre todo incrementar las tasas de matrícula escolar y evitar la deserción), a progresos en la salud y nutrición infantil, y a aliviar la pérdida del salario. Éste es el caso de los programas de la Argentina, Bolivia y Uruguay, mientras que en otras experiencias hay algún tipo de articulación con componentes de las políticas de trabajo, como en Chile Solidario, donde sus beneficiarios tienen acceso preferente a programas y servicios gubernamentales. Estos programas que proveen de empleo temporal, si bien aparecen como mecanismos relativamente efectivos para responder a situaciones de crisis, puesto que tienen impacto positivo sobre los ingresos monetarios en el corto plazo, especialmente para las mujeres, implican el costo de una tasa importante de ingresos perdidos, definidos como las ganancias que habrían obtenido los beneficiarios de un trabajo alternativo en caso de existir la demanda laboral correspondiente. Además, no se conoce la efectividad de estos programas en la creación de ocupaciones permanentes, por la escasa calidad de los empleos proporcionados y porque no se han abocado decididamente a la capacitación y a la inserción laboral (CEPAL, 2006b), menos aún de las mujeres.

La mayoría de las iniciativas mencionadas en esta sección no han sido objeto de evaluaciones de impacto que permitan determinar en todos los casos su efectividad en búsqueda de la eficiencia y la equidad, en el marco de un desempeño poco satisfactorio del mercado. Pero sí es importante indicar que, en una evaluación solicitada a través de una encuesta que realizó la CEPAL en el año

2003 a los MAM¹⁶ sobre sus logros, se destaca que, en todos los casos, el éxito está determinado por aspectos de corte actitudinal y emocional subjetivo, como el mejoramiento de la autoestima de las mujeres y el incremento de sus vínculos sociales, y no con aspectos ligados al mejoramiento de su condición de trabajadoras, en particular de sus ingresos, al aumento de la autonomía económica o a la superación sostenible de la pobreza de sus hogares.

Cabe anotar, por último, que así como la realidad sociolaboral de las mujeres es sumamente heterogénea y está condicionada por los sectores donde actúan, las políticas dirigidas a mejorar su inserción en el mercado de trabajo deben estar acompañadas por esfuerzos que las consideren. Es un reto de cada economía y país en particular, una exigencia para superar la desigualdad que caracteriza a la región, una forma de superar las tensiones entre los requerimientos de producción y de reproducción de las sociedades, y una deuda social urgente de saldar con la mitad de la población. Estos factores inducen a establecer un círculo virtuoso entre un contexto favorable, determinado por el crecimiento económico y la demanda laboral, y una institucionalidad fortalecida y nuevas reglas de funcionamiento del mercado que tengan como objetivo la igualdad de condiciones en las oportunidades, las trayectorias, y los resultados para hombres y mujeres. En esta dirección, es importante establecer una estrategia dual donde se combine la transversalización de un enfoque de género en todas las políticas junto con acciones específicas dirigidas a las mujeres. Las fórmulas ya conocidas no son suficientes para dar respuestas a esto. El nuevo escenario global, determinado por la economía, y la cotidianidad de los hogares latinoamericanos, determinada a su vez por las mujeres, demandan el diseño de una nueva generación de políticas de empleo, donde lo sectorial cobre mayor importancia.

¹⁶ En el marco del proyecto "Políticas laborales con enfoque de género" se realizó en el año 2003 una encuesta sobre políticas y programas dirigidos a mejorar la situación laboral de las mujeres y fomentar el empleo femenino, cuyo análisis se encuentra en Rico y Marco (2004).

Referencias bibliográficas

- Abramo, Lais (ed.) (2006), *Trabajo decente y equidad de género en América Latina*, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- (2003), "Notas sobre la incorporación de la dimensión de género a las políticas de empleo y erradicación de la pobreza en América Latina", Documento presentado en la Reunión de Expertos sobre Pobreza y Género, Santiago de Chile, CEPAL/OIT, 12 y 13 de agosto.
- y Marta Rangel (eds.) (2005), *América Latina. Negociación colectiva y equidad de género*, Santiago de Chile, OIT.
- Alvarenga, Ligia (2001), "La situación económico-laboral de la maquila en El Salvador: un análisis de género", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 34 (LC/L.1541-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.83.
- Araujo, Nadya (2003), "Los desafíos de la equidad: reestructuración y desigualdades de género y raza en Brasil", *Revista Mexicana de Sociología*, año LXV, n° 4, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), octubre-diciembre.
- Arriagada, Irma (1997), "Realidades y mitos del trabajo femenino urbano en América Latina", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 21 (LC/L.1034), Santiago de Chile, CEPAL, agosto.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2004), *Se buscan buenos empleos. Los mercados laborales en América Latina. Informe de progreso económico y social 2004*, Washington D.C.
- Bobbio, Norberto (1993), *Igualdad y libertad*, Barcelona, Paidós.
- Bosch, Mariano y William Maloney (2005), *Labor Market Dynamics in Developing Countries: Comparative Analysis using Continuous Time Markov Processes*, World Bank, Policy Research Working Paper Series, n° 3583, abril.
- Camacho, Rosalía (2006), "El trabajo de cuidado: una responsabilidad social", Documento de Trabajo, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL, versión preliminar, febrero.
- Castillo, Victoria, Marta Novick, Sofia Rojo y Gabriel Yoguel (2006), "La movilidad laboral en la Argentina desde mediados del decenio de 1990: el difícil camino de regreso al empleo formal", *Revista de la CEPAL*, n° 89 (LC/G.2312-P), Santiago de Chile, agosto.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2006a), "Estadísticas de género", Unidad Mujer y Desarrollo <www.cepal.org/mujer/proyectos/perfiles/default.htm>.

- (2006b), “La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad”, Trigésimo primer período de sesiones, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo.
 - (2005a), *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2004* (LC/G.2264-P), Santiago de Chile, abril. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: E/S.05.II.G.1.
 - (2005b), *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2005* (LC/G.2292-P), Santiago de Chile, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.188.
 - (2005c), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2004-2005* (LC/G.2279-P), Santiago de Chile, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.2.
 - (2004a), “Caminos hacia la equidad de género”, Documento presentado en la Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (LC/L.2114(CRM.9/3)), México DF, junio.
 - (2004b), *Panorama Social de América Latina 2004* (LC/L.2220-P), Santiago de Chile, noviembre. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.04.II.G.148.
- Déllano, Bárbara y Rosalba Todaro (1993), *Asedio sexual en el trabajo*, Santiago de Chile, Centro de Estudios de la Mujer (CEM).
- Espino, Alma (2006), “Género y oportunidades laborales en el Mercosur: elementos para un diagnóstico”, Articulación Feminista Marcosur (AFM), Oxfam, junio.
- (2005), “Sector financiero y empleo femenino. El caso uruguayo”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 64 (LC/L.2323-P), Santiago de Chile, CEPAL, mayo.
- López, Diego (2005), “Mercado laboral y fuerza de trabajo femenina”, *Mitos y realidades del mercado laboral en Chile*, Jaime Ensignia (ed.), Santiago de Chile, Friedrich Ebert Stiftung.
- Hirata, Helena (1997), “División internacional del trabajo y taylorismo. Brasil, Francia y Japón”, *La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio*, H. Hirata y D. Kergoat, Buenos Aires, Asociación Trabajo y Sociedad (Argentina) / Centro de Estudios de la Mujer, CEM (Chile) / Piette del Conicet (Argentina).
- Martínez, Juliana (2005), “El empleo en los servicios financieros. Costa Rica: buenas y no tan buenas noticias...”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 62 (LC/L.2295-P), Santiago de Chile, CEPAL, marzo.
- Mauro, Amalia (2004a), “El empleo en el sector financiero en Chile. Nuevas oportunidades, conocidas discriminaciones”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 58 (LC/L.2172-P), Santiago de Chile, CEPAL, agosto.

- (2004b), “Trayectorias laborales en el sector financiero. Recorridos de las mujeres”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 59 (LC/L.2177-P), Santiago de Chile, CEPAL, agosto.
- Milosavljevic, Vivian (2006), “Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina”, *Cuaderno de la CEPAL*, n° 93, Santiago de Chile.
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social (MINTRAB) (2005), “Agenda laboral”, noviembre, <www.mintrab.cl>.
- Morales, Josefina (s/f), “Crisis y ajuste laboral: el caso de la maquila en México, Centroamérica y el Caribe”, <www.redem.buap.mx/word/2005josefina.doc>.
- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUUDI) (1998), “Participación de la mujer en la industria chilena. Problemas y lineamientos de política”, inédito.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2005), *Panorama Laboral 2005. América Latina y el Caribe*, Avance primer semestre, Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- (2004), *Tendencias mundiales del empleo para las mujeres 2004*, Ginebra, <<http://kilm.ilo.org/get2004/download/trendsw.pdf>>.
- Ordóñez, Martha (2001), “El turismo en la economía ecuatoriana: la situación laboral desde una perspectiva de género”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 33 (LC/L.1524-P), Santiago de Chile, CEPAL, abril. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.69.
- Oxfam (2004), *Frutas y flores de exportación. Las condiciones laborales de las trabajadoras en Chile y Colombia*, Santiago de Chile, marzo.
- Palmer, Ingrid (1992), “Gender equity and economic efficiency in adjustment of programmes”, *Women and Adjustment Policies in the Third World*, H. Afshar y C. Dennis (eds.), Basingstoke, Macmillan.
- Pautassi, Laura C., Eleonor Faur y Natalia Gherardi (2004), “Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Límites y omisiones para una mayor equidad”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 56 (LC/L.2140-P), Santiago de Chile, CEPAL, mayo. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.04.II.G.68.
- Pereira de Melo, Hiédete (2002), “O trabalho industrial no femenino”, *Emprego femenino no Brasil: mudanças institucionais e novas inserções no mercado de trabalho*, vol. II, L. Lavinhas y F. León (coords.), *Serie Políticas Sociales*, n° 60 (LC/L.1776/Add.1), Santiago de Chile, CEPAL, sept.
- Pérez Rocha, Manuel (2001), “MPYME, trabajo y condiciones de vida frente al ajuste estructural”, Informe Final, Casa de México, <www.saprin.org/mexico/research/capituloIII/III-1.pdf>.

- Pineda, Javier (2005), "Calidad en el empleo y género en Colombia", Bogotá, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, noviembre, versión preliminar.
- Quiñones Montoro, Mariela (2005), "Demandas de capacitación del sector financiero. Sesgos de género y evaluación por competencias", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 61 (LC/L.2267-P), Santiago de Chile, CEPAL, febrero.
- Raithelhuber, Andreas y Jürgen Weller (2005), "Reestructuración sectorial y cambios en las pautas de la demanda laboral", *Serie Macroeconomía del Desarrollo*, n° 38 (LC/L.2372-P), Santiago de Chile, CEPAL, julio. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.112.
- Rico, María Nieves (2000), "El mercado laboral en el Mercosur, Bolivia y Chile desde una perspectiva de género. Tendencias y propuestas", IV Reunión Especializada de la Mujer (REM) del Mercosur, Río de Janeiro, 30 de noviembre al 1 de diciembre, <www.eclac.cl/mujer/proyectos/GTZ>.
- y Flavia Marco (2004), "Políticas ausentes y programas residuales. Iniciativas para las trabajadoras", Documento interno proyecto CEPAL-GTZ, "Políticas laborales con enfoque de género", noviembre.
- Rico de Alonso, Ana (2005), "Políticas sociales y necesidades familiares en Colombia: una revisión crítica", "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales", Irma Arriagada (ed.), *Serie Seminarios y Conferencias*, n° 46 (LC/L.2373-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Todaro, Rosalba, Amalia Mauro y Sonia Yáñez (2000), "Chile: la calidad del empleo. Un análisis de género", *¿Más y mejores empleos para las mujeres? La experiencia de los países del Mercosur y Chile*, María Elena Valenzuela y Gerhard Reinecke (eds.), OIT, diciembre.
- Todaro, Rosalba y Sonia Yáñez (eds.) (2004), *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*, Santiago de Chile, CEM.
- Tokman, Víctor (2004), *Una voz en el camino. Empleo y equidad en América Latina: 40 años de búsqueda*, Santiago de Chile, Fondo de Cultura Económica.
- Valenzuela, María Elena y Gerhard Reinecke (eds.) (2000), *¿Más y mejores empleos para las mujeres? La experiencia de los países del Mercosur y Chile*, OIT, diciembre.

SEGUNDA PARTE REFORMA Y EMPLEO EN SALUD EN LA ARGENTINA

III

La reforma del sector salud en la Argentina

Susana Belmartino

A. La experiencia internacional

La expresión “reforma de la atención médica” o “reforma del sector salud” ha ganado consenso a nivel nacional e internacional cuando se hace referencia a los conflictivos y complejos procesos de cambio verificados en los sistemas de salud a partir de los últimos años del siglo xx. Tales procesos, su impacto sobre el sistema de servicios y sus resultados, son todavía objeto de análisis y debate, que en algunos escenarios —es el caso de la Argentina— siguen orientados en buena medida por una significativa carga de intereses creados, prejuicios e ideología.

En el contexto de ideas generado en torno de la experiencia internacional, los contenidos asignados al término “reforma” carecen de consenso en relación con la profundidad de los cambios que autorizarían su utilización. La diversidad verificada entre los países en los valores vinculados a la política de reforma, las pautas culturales dominantes y los factores socioeconómicos y políticos que delimitan las posibilidades de los reformadores, así como la complejidad inherente al diseño e instrumentación de las nuevas formas organizativas, aconsejan un enfoque amplio. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona una definición que puede entenderse en esos términos, haciendo referencia a un proceso intencional, sostenido y sistemático de cambio estructural en uno o más subsistemas del sector salud (World Health Organization, en adelante WHO, 2000).

1. *La idea de reforma*

En una aproximación a la génesis de la idea de reforma no es posible dejar de señalar las profundas transformaciones producidas como consecuencia de la adaptación de economías y sociedades a los nuevos escenarios posteriores a la crisis de los años setenta. El supuesto o real agotamiento del Estado de Bienestar, la transformación de los regímenes productivos y los respectivos mercados de trabajo, la globalización de las economías, los cambios demográficos, la legitimación de nuevos estilos de vida y modalidades de organización de la familia, los nuevos roles asignados al Estado, son sin duda parte del contexto donde las estrategias reformadoras se diseñan.

Los análisis dedicados a la reformulación de las relaciones entre Estado y sociedad en el marco de tales procesos suelen enfatizar el campo de las ideas, siendo de particular interés al desplazar el eje colocado en las funciones —ya sean las correspondientes al mismo Estado, o bien a las políticas sociales y los sistemas de servicios— para ubicarse en términos de representaciones sociales, identidades e intereses. Algunos analistas abordan la cuestión haciendo referencia a la posibilidad de identificar, en diferentes momentos históricos, la presencia de un *sistema dominante de creencias*. Conforme a esa perspectiva, las representaciones que las sociedades construyen sobre determinadas arenas de políticas cambian lentamente. El equilibrio entre las distintas concepciones que existen en un momento dado estaría sometido a permanentes tensiones y cuestionamientos, que en situaciones de crisis podría conducir a la formación de nuevas coaliciones entre actores, la imposición de otro sistema de creencias y la puesta en marcha de nuevas políticas (Contandriopoulos y de Pouvourville, 1991; Evans y Stoddart, 1990). En la misma corriente de ideas se ubican Burijovich y Pautassi (véase el capítulo VI), cuando afirman que “el orden simbólico incide sobre la orientación de las políticas”.

Las reformas en profundidad de un sistema como el de servicios de salud serían la culminación de un largo proceso en el que un sistema dominante de creencias es reemplazado por otro. En paralelo, y como consecuencia, se definiría un nuevo paradigma de intervención.

En la fase de afirmación de los sistemas de servicios con orientación universalista —generalmente ubicada a partir de los años cuarenta del siglo xx— habría predominado en el mundo occidental una concepción de las funciones del Estado que se legitimaba en su capacidad de proteger la vida. En el campo de la atención médica esa responsabilidad se asumió bajo formas organizativas particulares:

- El acento fue puesto en la solución de problemas de salud y no en la prevención de sus causas.
- Se consideró que los médicos conocían y aplicaban las reglas de la ciencia médica y actuaban conforme a un código de deontología, legitimando su consideración como perfectos agentes de los intereses de sus pacientes, otorgándoles además autoridad en las decisiones relacionadas con la adopción de nuevos medicamentos y tecnologías.
- La autonomía de los médicos no resultó cuestionada por la introducción de programas de seguro de enfermedad; la regulación de éstos se orientó a asegurar los recursos suficientes que permitieran a la población beneficiaria el acceso igualitario, oportuno e integral a los servicios disponibles.
- Los organismos financiadores tuvieron como principal función pagar o reembolsar los servicios y, junto con las agencias a cargo de la regulación, determinar el monto de primas y cotizaciones.
- Los pacientes, que sólo financiaban directamente una pequeña proporción de los costos, no ejercían más que un rol limitado en las decisiones concernientes a la organización y funcionamiento del sistema de atención.
- Los conocimientos, la ética profesional del médico y su competencia eran la principal garantía de que todos los servicios médicos requeridos serían proporcionados al paciente.
- La regulación del sistema quedó, por ende, descentralizada, fundándose en el saber médico, e implícitamente en el postulado de que su vínculo con el paciente no debía someterse a decisiones tomadas por legos.

A la expansión de la actividad social del Estado siguió un período de cuestionamiento de las racionalidades vigentes, que en la esfera particular de la atención médica se expresaría en algunas ideas destinadas a definir nuevas modalidades de intervención:

- La preocupación esencial no era ofrecer la mayor cantidad de servicios posible, sino encontrar un equilibrio entre cantidad, costos y calidad de la atención provista.
- Se consideró que los sistemas de atención estaban sometidos a fuerzas expansivas (evolución de la morbilidad, envejecimiento de la población, desarrollo tecnológico, ampliación de las exigencias éticas); paralelamente, los mecanismos necesarios de control actuaban a través de un racionamiento de los recursos humanos, que también afectaba a los recursos materiales y financieros, mientras se instituía a la ética profesional como reaseguro de su adecuada asignación a los casos particulares.
- La cuestión problematizada en este caso fue determinar si la acción conjunta de tales fuerzas favorecía una asignación de recursos que permitiera mejorar la salud de la población o, por el contrario, exacerbaría las fricciones ocasionadas por la existencia simultánea de fuerzas expansionistas y mecanismos de control.¹
- Se verificó además una situación de crisis de racionalidad del sistema, a partir de las limitaciones de la planificación como instrumento para asegurar el logro de objetivos socialmente sancionados, se reconocieron también límites en la capacidad de la ciencia y la tecnología para promover el bienestar y de la medicina como práctica para hacerse cargo integralmente de la problemática de salud.
- La información estadística comparativa entre países mostró la inexistencia de una relación directa entre inversión en salud y crecimiento económico: las sumas invertidas en

¹ En la Argentina, esta cuestión fue abordada por Katz y Muñoz (1988) a partir de la emergencia de una situación de *pugna distributiva*.

el sector salud sólo contribuirían débilmente a la prosperidad, mientras en ocasiones obstaculizaban inversiones más rentables cuyos efectos indirectos sobre la salud podrían considerarse más importantes que los efectos directos de la atención médica.

- Los estudios comparativos también demostraron la presencia de una espiral de costos no correlacionada con el aumento de la expectativa de vida o la satisfacción de los usuarios.
- En sectores productivos preocupados por aumentar su competitividad en el mercado internacional, las contribuciones al seguro de salud empezaron a ser visualizadas como un ingrediente importante del costo laboral.
- Los analistas comenzaron a diferenciar salud y atención de la enfermedad, y a cuestionar los procesos de medicalización, surgiendo una creciente conciencia de determinantes de las condiciones de salud que se encuentran fuera de la práctica médica: carga genética de los individuos, saneamiento ambiental, calidad de la nutrición, factores de estrés, condiciones de integración y apoyo social, autoestima y control personal, entre otros.
- Al mismo tiempo, se produjo la difusión de grupos de autoayuda y terapias alternativas.
- Se puso en cuestión la interpretación anteriormente dominante del rol de agente desempeñado por el médico; se verificó la hipótesis de la existencia de una *demanda inducida por la oferta* a través de análisis de utilización de servicios en diferentes países y áreas.
- La cuota de oportunismo que podía estar presente en la relación de agencia² entre profesional y paciente, se fun-

² Una relación de agencia se define como un contrato por el cual una o varias personas (el principal) encarga a otra persona (el agente) ejecutar en su nombre una tarea cualquiera que implique una delegación de cierto poder de decisión al agente. La relación de agencia, por consiguiente, recubre toda relación entre dos individuos en la que la situación de uno dependerá de una acción del otro. Se reconocen problemas específicos propios de esta relación cuando existe divergencia entre los intereses de ambas partes, particularmente si existe infor-

damentó señalando que la demanda de atención médica es de naturaleza diferente de la que existe para la mayor parte de los otros bienes y servicios disponibles. Cuando se pone en contacto con un profesional de la salud, el consumidor no tiene certidumbre sobre lo que necesita; si el diagnóstico se determinara sin ambigüedad y le correspondiera una estrategia óptima de tratamiento que condujera a un resultado bien determinado y objetivable (es decir, si el profesional actuara en un universo de certidumbre perfecta) el rol del profesional sería simple, pero en alguna medida resultaría negado.

- La incertidumbre justifica que el médico sea más que un experto que domina un cierto campo de competencia, es la confianza que se puede tener sobre su juicio lo que justifica el rol central que juega en el sistema de atención; alguna perspectiva va más allá y afirma que la incertidumbre no sería una preocupación exclusiva de pacientes y gerentes: los mismos médicos se encontrarían a menudo en situación de incertidumbre sobre las indicaciones y la efectividad de los tratamientos disponibles para determinadas condiciones; en ese caso sería más adecuado hablar de una *simetría de incertidumbre* (Hurst, 1992).

La importancia otorgada a las ideas en la descripción de los procesos sociales asociados a la emergencia de las políticas de reforma no supone simplemente invertir las perspectivas estructuralistas y su énfasis en los condicionantes emanados de la base socioeconómica, sino subrayar la importancia de las representaciones colectivas sobre lo justo, lo adecuado y lo posible en las coyunturas de cambio. En paralelo, Douglas North (1997) se aparta de la eco-

mación imperfecta sobre el objeto de acuerdo, o asimetría de información entre principal y agente. Este último habitualmente conoce mejor las especificidades de la tarea a cumplir (contrato necesariamente incompleto) y el principal carece de medios para controlar de manera integral y sin costos su actividad. Véase Coriat y Weinstein (1995).

nomía neoclásica al recuperar la importancia de los modelos subjetivos en tanto dispositivos para interpretar información a bajo costo. Un factor significativo en la evolución de tales modelos sería la consistencia o inconsistencia entre los resultados percibidos y los esperados de las formas organizativas e institucionales vigentes.

En las descripciones de los sistemas de creencias —que marcan el agotamiento de las formas organizativas cuestionadas— se verifica la presencia de preocupaciones sobre la eficacia de las organizaciones involucradas para satisfacer valores y metas socialmente sancionados, identificar las instancias con autoridad para establecer reglas de juego, y el impacto de ellas sobre la conducta de los agentes involucrados, la presencia de mecanismos de control, el rol jugado por la población en definir sus necesidades de atención y la evaluación de la atención recibida. Como se verá más adelante las distintas agendas de reforma incorporarán las mismas cuestiones bajo modalidades particulares.

Las innovaciones de las estrategias de intervención de las reformas contemporáneas se manifiestan al procurar delimitar los objetivos, métodos y estrategias de los diferentes movimientos de reforma, tal como han sido caracterizados por André Médecin (1998). La primera ola de reformas, propia de los años setenta y principios de los ochenta, se identifica por su orientación universalista, asociada particularmente a los procesos verificados en América Latina. Tuvo como eje la reivindicación del acceso universal e igualitario a los servicios de salud para la totalidad de la población, y como foco la actividad del Estado en tanto responsable de hacer efectivo este derecho. El segundo movimiento de reforma relega esta reivindicación y pone en primer plano la preocupación por la eficiencia y calidad de la atención.

Los promotores de las primeras reformas las calificaron como movimientos de ampliación de los derechos ciudadanos, consecuencia de un desplazamiento de poder político hacia los grupos populares. Se las propuso como cambios institucionales producidos a través de la legislación y orientados a la creación de un sistema de servicios único a cargo del Estado (Fleury, 1995).

En las estrategias propuestas por el segundo movimiento de reforma, los cambios se incrementarían y resultarían del accionar

de múltiples agentes. No habría transformaciones institucionales generadas de una sola vez, sino la puesta en marcha de nuevas modalidades de resolución para ciertas cuestiones significativas. Jeremy Hurst (OECD, 1992) las precisa enfatizando el debate y la evaluación de experiencias y descartando la posibilidad de una agenda definida *ex ante*. Los principales ejes de análisis serían:

- Las relaciones entre los usuarios, los profesionales/productores de servicios, los organismos pagadores y la estructura reglamentaria.
- La búsqueda de un mecanismo de regulación que no signifique confiar la operatoria del sistema al mercado, ni a una estructura centralizada y tecnocrática de decisión.
- La revisión y evaluación de las condiciones de autorregulación profesional y rol de agente, que han sido objeto de múltiples cuestionamientos.

Existen dos diferencias en la concepción de reforma que merecen ser destacadas. La primera, se vincula a las metas asignadas al proceso de cambio: en las reformas iniciales se refieren al goce pleno de los derechos de ciudadanía, y en la reforma contemporánea se trata de mayor eficiencia en la utilización de los recursos sin perjudicar la calidad del servicio. La segunda, se vincula a los niveles donde el cambio debe generarse y a los actores involucrados. Mientras que en las primeras reformas se esperaban cambios a nivel macro que se proyectarían hacia las organizaciones sectoriales, con el Estado como actor relevante, en el proceso actual el principal escenario de cambio es el nivel meso, donde se procesan las relaciones entre financiadores, proveedores y pacientes; los actores, en este caso, son las distintas organizaciones y las instancias de regulación.

2. El abanico de agendas de reforma

Para apreciar el abanico de estrategias de reforma en los países europeos se utiliza como eje ordenador la enumeración de Saltman y Figueras (1998). Esta elección para caracterizar los contenidos de

las políticas de reforma no es arbitraria. Las reformas implantadas en Europa occidental son importantes fundamentalmente por la preocupación por una mayor eficiencia de la provisión de servicios sin perjuicio de la calidad de atención, el respeto de los derechos del paciente, la multiplicidad de enfoques y la disponibilidad de información consistente sobre resultados. Asimismo, los sistemas de servicios de salud en América Latina se organizaron según los sistemas europeos, compartiendo, por lo tanto, rasgos estructurales que actualmente son objeto de cuestionamiento y cambio.

Los autores citados, en coincidencia con lo que se plantea en el artículo de Buriyovich y Pautassi (véase el capítulo VI), identifican cuatro grandes temas de reforma: los respectivos roles de Estado y mercado, la descentralización, el reconocimiento de los derechos del paciente y las nuevas funciones en manos de la salud pública. Las estrategias de intervención son también cuatro: las destinadas a enfrentar la escasez de recursos, la búsqueda de equidad en el financiamiento de los servicios, la asignación efectiva de recursos y la provisión eficiente de atención médica. Dada la importancia de tales cuestiones en el diagnóstico de las falencias del sistema de servicios argentino se presenta una síntesis de las respectivas políticas.

A) LAS POLÍTICAS DE CONTENCIÓN DEL GASTO

Se han mencionado los cuestionamientos sobre el creciente nivel de gasto en atención médica, medido como porcentaje del PBI (Oxley y MacFarlan, 1994). La verificación de ese hecho y los argumentos relacionados con la existencia de políticas gubernamentales o fallas del mercado que explican una sobredimensión de la oferta o la demanda de atención médica, han justificado las limitaciones impuestas a los niveles de gasto en ese campo. Desde diferentes lugares del espectro ideológico se han formulado interrogantes relacionados con la posibilidad de mejorar los resultados en salud, canalizando recursos a actividades por fuera del campo de la atención médica.

De esta manera, las políticas de reforma se orientan a contener el gasto total considerado porcentaje del PBI. Las formas de intervención pueden ordenarse de acuerdo con su influencia en

el comportamiento de la demanda de atención o bien de la oferta de servicios. En el primer caso, se adoptan estrategias orientadas a aplicar coseguros o copagos a los pacientes en el momento de la atención, o bien se definen prioridades en la asignación de los recursos financieros disponibles. Ambas estrategias han sido controvertidas y no registran resultados alentadores: los copagos tienden a ser nominales y con frecuencia están limitados por excepciones que contemplan situaciones particulares, pocos países aplican esta estrategia como fuente significativa de ingreso y en ellos la población tiene acceso a seguros privados complementarios que cubren sus gastos de bolsillo. La única excepción importante reside en la amplia difusión del costo compartido para la compra de fármacos, aunque se definen también exenciones para jubilados, niños y enfermos crónicos.

En relación con el establecimiento de prioridades, algunos países han desarrollado métodos que evalúan la necesidad del servicio así como el costo y efectividad de los procedimientos de cura disponibles. Se reconoce, sin embargo, que el problema no se resuelve con un mero procedimiento técnico y las decisiones deben estar alimentadas por el debate público. La política que limita la cobertura garantizada por los sistemas de seguro definiendo un “paquete básico” de servicios ha enfrentado la escasa disposición de los gobiernos a restringir el acceso a la atención. En consecuencia, entre un 95 y un 100% de las prácticas y procedimientos disponibles son considerados “básicos”.

Las estrategias de contención del gasto —destinadas a operar sobre la oferta— cubren una amplia gama de intervenciones: reducir el número de médicos y de camas hospitalarias, controlar los precios de la fuerza de trabajo y los insumos utilizados, establecer techos al gasto global o presupuestos globales para los proveedores, modificar los métodos de pago a los profesionales, supervisar sus hábitos prescriptivos, optimizar el uso de tecnología e introducir patrones de provisión más costo-efectivos. La experiencia indica que el establecimiento de presupuestos globales para el sistema de servicios o bien para cada subsector importante, sobre la base de metas y límites de personal, ha demostrado ser el medio más efectivo para controlar costos (Saltman y Figueras, 1998).

B) LA BÚSQUEDA DE EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS

Garantizar equidad a través del financiamiento significó estrategias diferentes para los sistemas tipo Beveridge —propios de Suecia, Noruega, Dinamarca, Reino Unido, Irlanda, Grecia, Italia, Portugal y España— que históricamente se financiaron con recursos fiscales y garantizaron acceso universal e igualitario a la totalidad de la población cubierta, y para aquellos financiados a través de sistemas de seguro obligatorio conforme al modelo Bismarck —Austria, Bélgica, Francia, Holanda, Alemania, Luxemburgo y Suiza—. Entre los primeros, el sector público sigue siendo el principal proveedor de recursos financieros, asegurando equidad en la distribución geográfica de los mismos. Los países con sistemas de seguro obligatorio garantizaron también a sus ciudadanos acceso universal a la atención en los prósperos años de vigencia del Estado de Bienestar, cuando sumaron a las contribuciones de empleados y empleadores recursos fiscales destinados a la cobertura de la población no inserta en el mercado formal de trabajo. Sin embargo, la mayor fragmentación de estos sistemas, producto de la presencia de diferentes fondos de seguro, y los mecanismos de contratación con proveedores públicos y privados, significaron diferencias en la capacidad de cobertura y el consiguiente acceso de la población a la atención médica; si bien el acceso fue universal, distó de ser igualitario en la práctica. La organización de estos sistemas de servicios —caracterizados por la articulación de instalaciones públicas y privadas— se encuentra en la actualidad, en la casi totalidad de los casos, sometida a una fuerte regulación estatal, incrementada en los últimos años ya sea por objetivos de contención del gasto (definiendo un techo para primas y contribuciones) o de estímulo a una mayor equidad y solidaridad. La opción de canalizar las contribuciones obligatorias hacia empresas de seguro privado está autorizada en pocos países, Alemania y Holanda constituyen las experiencias mejor conocidas. Sin embargo, esa práctica es permitida en Alemania —y requerida en Holanda— sólo a personas cuyos ingresos superan un determinado nivel.

C) EFECTIVIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

La preocupación por la efectividad y eficiencia en la utilización de recursos se expresa en la puesta en marcha de nuevos mecanismos de asignación y distribución del financiamiento. Los cambios más significativos se vinculan a las modalidades de contratación, al pago de profesionales e instalaciones, a la compra de fármacos y a la asignación de inversiones de capital.

Para introducir mecanismos de contratación se hace necesaria una referencia a los cambios incorporados en la relación entre financiamiento y provisión de atención médica, tanto en los sistemas donde tales funciones estaban integradas como en aquellos donde correspondían a organizaciones diferentes. Las políticas de reforma cuestionaron la eficiencia en la utilización de recursos en ambos modelos organizativos. Los sistemas integrados, cuyo paradigma histórico fue el National Health Service (NHS) inglés, fueron cuestionados por una tendencia a la burocratización y la separación entre los niveles centrales de decisión y las expectativas y necesidades de los pacientes, inducida por las lógicas centralizadas de control propias de las modalidades de gestión predominantes. Las listas de espera fueron el indicador más evidente del deficiente desempeño del sistema. Los sistemas financiados a través de mecanismos de seguro obligatorio, por su parte, fueron criticados en tanto las organizaciones a cargo del financiamiento actuaban en forma pasiva, limitándose a reembolsar gastos a los proveedores sin preocuparse por la adecuación, oportunidad, eficiencia, costo-efectividad y resultados de la atención provista. En países con seguro social de salud (Alemania y Holanda), los fondos de enfermedad tenían tradicionalmente la obligación legal de establecer contratos uniformes y colectivos con cada médico en su área de trabajo, concretados en general a través de la respectiva asociación de profesionales. Esta misma obligación regía para las obras sociales en la Argentina.

En ambas formas organizativas, la introducción de cambios en las relaciones entre financiamiento y provisión potenció la importancia de una función —antes descuidada— identificada como *función de compra*. El World Health Report 2000 (WHO, 2000), respal-

dando experiencias inauguradas en los años noventa, releva la compra estratégica como una opción para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, argumentando que los países deben moverse desde la compra pasiva —ya sea que se adopte un presupuesto predeterminado o las facturas sean reembolsadas— hacia formas estratégicas de compra donde decisiones proactivas se tomen en relación con los servicios de atención que deben ser comprados, cómo y a quiénes.

En los sistemas donde se ha establecido una función de compra como nexo entre financiamiento y provisión de servicios, los terceros pagadores se organizan en forma independiente de los proveedores. La razón de esta división se sintetiza en cinco objetivos principales: estimular las prácticas costo-efectivas; satisfacer las necesidades y expectativas de la población; mejorar el desempeño de los proveedores a través de incentivos o dispositivos de monitoreo; reducir la rigidez administrativa de los sistemas anteriormente integrados, descentralizando la gestión; introducir competencia entre proveedores públicos o privados para aumentar la eficiencia (Figueras, Robinson y Jakubowski, 2005).

La teorización acerca de la función de compra indica algunos pasos a seguir por los compradores. El primero será evaluar las necesidades de salud de la población, formular la política de salud y las prioridades, y especificar los modelos de atención en relación con los recursos disponibles. A ello sigue la definición de la estrategia de compra, que inicia el proceso de contratación propiamente dicho e incluye planes de compra de largo plazo y de operación anuales, destinados a precisar demandas de servicios, limitaciones de presupuestos y metas de desempeño a lograr a través de los contratos. Esta información permitirá a los proveedores producir sus propios planes de negocio. El tercer paso es seleccionar proveedores, negociar sus contratos y delimitar los acuerdos alcanzados, gestionando y monitoreándolos (Figueras, Robinson y Jakubowski, 2005).

Tanto en los sistemas previamente integrados como en aquellos de seguro público es posible encontrar diferentes combinaciones de regulación y competencia, así como de competencia y cooperación. En el NHS inglés —que probablemente se convier-

ta en el corto plazo en paradigma de una reforma exitosa— se verifica incluso una sucesión de cambios en las estrategias de gestión que suponen en cada caso diferentes énfasis en la orientación general de la regulación del sistema (Glennester, 1998; Hunter, 1995; Labour Party, 1996; Le Grand, 1999; Stevens, 2004).

En este marco, en el año 2003 se abre una nueva etapa prologada por un incremento importante del presupuesto destinado al NHS, que llevaría el gasto en salud total desde un 6,8% del PBI en 1997 a un estimado 9,4% en 2007-2008. La nueva orientación —definida por Stevens (2004) como un modelo tridimensional— supone, por un lado, la satisfacción de las demandas vinculadas al aumento del número y remuneración de médicos y enfermeras, la modernización de las instalaciones y la ampliación de las oportunidades de capacitación. Por el otro, la reconocida necesidad de limitar la autonomía profesional conduciría a un doble conjunto de estrategias destinadas a fortalecer los incentivos y las responsabilidades locales: elección del paciente y competencia; junto con “voz” y democratización en una toma de decisiones descentralizada.

En los modelos de seguro obligatorio, la competencia se puede establecer entre financiadores y entre proveedores. En una situación ideal de mercado —tal como la imaginada por los reformadores pro mercado en los años ochenta y noventa— diferentes compradores practicarían compra selectiva entre proveedores múltiples. La experiencia de reforma ha demostrado, en la teoría y la práctica, que el supuesto de la mayor eficiencia asignativa de la competencia en el mercado de servicios médicos se asienta sobre bases falsas. Una buena parte de la literatura crítica se dedica a cuestionar las dificultades inherentes a la aplicación de la teoría neoclásica a los mercados de atención médica. Los argumentos son suficientemente conocidos: asimetría de información, incertidumbre, difícil delimitación del bien a intercambiar, presencia de bienes públicos y meritorios cuya oferta no puede dejarse en manos de un mercado no regulado, presencia de diferentes mercados —seguro, atención de primer nivel, atención de segundo y tercer nivel, fármacos, insumos— con fuertes influencias recíprocas y relaciones complejas en tanto el oferente en un determinado mercado puede representar a la demanda en otros (Evans, 1991; Hsiao, 1995).

Recientemente los servicios han sido analizados desde la economía institucional, aportando nuevas perspectivas críticas a la posibilidad de una mayor eficiencia asignativa y productiva en situaciones de libre mercado. Las posibles conductas oportunistas de distintos agentes involucrados en el financiamiento y provisión de servicios han sido analizadas a partir de la identificación de la presencia de diferentes relaciones de agencia. Existe relación de agencia entre el fondo de seguro y el beneficiario que le encomienda la cobertura de su demanda de atención, entre el asegurador y el proveedor que se hace cargo de ella y, finalmente, el médico también actuará como agente de los intereses de su paciente, sin que éste pueda evaluar su actividad ni compararla con el servicio ofrecido por otros oferentes, como tampoco proponer alternativas en la terapia.

Con el objeto de limitar las conductas oportunistas en los mercados de atención médica existe cierto consenso en la necesidad de regular las prácticas de los múltiples agentes que en ellos operan. En los años noventa surgió una consigna que proponía establecer sistemas de *competencia regulada*. En la primera ola de estudios sobre el tema las propuestas giraban en torno de la necesidad de orientar la conducta del proveedor tras objetivos de eficiencia y conciencia de costos. Los principales mecanismos de intervención fueron la aplicación de incentivos —tanto financieros como no financieros— y la elaboración de normas de práctica.

La regulación de la competencia y los mecanismos utilizados para afianzar determinados objetivos de interés público ha ganado complejidad en las investigaciones más recientes. La experiencia recogida en diversos escenarios parece sostener una perspectiva que recomienda establecer una amplia gama de regulaciones, que integren y coordinen los diferentes aspectos de la compra costo-efectiva y se ocupen de objetivos múltiples. La experiencia de regulación, en determinados escenarios, se orientó a garantizar la participación de los ciudadanos en el diseño de los contratos de compra y la rendición de cuentas y transparencia (*accountability*) de los compradores. En otros, se ha sancionado la legislación sobre los derechos de los pacientes, garantizados a través de los correspondientes mecanismos de queja.

También se apela a dispositivos reguladores para monitorear el desempeño de los financiadores. La conducta equitativa y eficiente está garantizada en los mecanismos de seguro obligatorio, enrolamiento abierto, contribuciones establecidas sobre bases comunitarias y transferencia de fondos entre compradores, aplicando fórmulas de distribución para compensar diferencias en la estructura de riesgo. Otro conjunto de regulaciones se vincula a su función de compra, procurando asegurar esa práctica en el interior de un presupuesto y un paquete estandarizado de beneficios.

La relación contractual entre proveedores y compradores suele estar sujeta a reglas, que especifican derechos y obligaciones de las diferentes partes —compradores, asociaciones de proveedores, organizaciones profesionales y gobierno—, así como los detalles del proceso de contratación que incluye reglas de negociación y litigio. También están presentes las exigencias de información abierta para compradores y proveedores, el derecho de aquéllos a evaluar la instrumentación de las provisiones contractuales, estándares de calidad, requisitos del sistema de pago y regulación de precios. Un último conjunto de regulaciones está dirigido principalmente a los proveedores e incluye medidas que afectan la planificación de la oferta, la incorporación y utilización de tecnología, y procedimientos de autorización, certificación y acreditación.

Según Figueras, Robinson y Jakubowski (2005), la generación de auténtica competencia entre proveedores en sistemas basados en seguro no sólo requeriría una trama amplia de mecanismos reguladores sino también la aplicación de compra selectiva. Además afirman que el potencial contenido en el proceso de contratación para generar cambio es más alto cuando el comprador puede seleccionar entre proveedores que compiten. En un creciente número de países europeos, la ley permite contratación selectiva, pero en la práctica existirían obstáculos de distinta naturaleza para su instrumentación, como la limitación de la libertad para negociar contratos —por condiciones y regulación de precios por parte del gobierno—, la imposibilidad de rehusarlos cuando hay listas de espera, que sólo es posible cuando existe capacidad excedente, y también el obstáculo que constituye la decidida defensa de la contratación colectiva por parte de la profesión médica.

D) EFICIENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

En este campo se ha procurado identificar medidas que influyan de forma directa en el desempeño de instalaciones y proveedores de atención médica, tales como programas de promoción de calidad, reestructuración de la organización interna y externa de los hospitales, fortalecimiento de las capacidades de la atención primaria y utilización de modalidades de atención menos intensivas.

Una amplia gama de estrategias se ha destinado a mejorar tanto los procesos como los resultados de la atención provista, entre ellas: afirmación y mejora continua de la calidad, evaluación de la tecnología, revisiones sistemáticas, y lineamientos de práctica clínica. Un número de países europeos participó en la Colaboración Cochrane —con base en el Reino Unido— que procura preparar y mantener revisiones sistemáticas de la evidencia médica. Existen crecientes investigaciones sobre la efectividad de diferentes modelos organizativos que respaldan la preocupación por la influencia de la organización sobre los resultados de la atención (Saltman y Figueras, 1998).

Las reformas implantadas en la provisión de la atención suponen la descentralización de la gestión, vinculada al desarrollo de una más efectiva en el interior de las instalaciones proveedoras. En varios países —Finlandia, Suecia y el Reino Unido—, la tradicional autoridad centralizada en la definición de políticas y administración de recursos —que seguía una línea descendente desde el gobierno central a las regiones y nivel local para llegar finalmente a los hospitales—, está siendo reemplazada por arreglos de gestión descentralizada. En un creciente número de países, los nuevos hospitales autogestionados son identificados como fideicomisos con autogobierno, empresas públicas u hospitales públicos independientes.

También se han impuesto estrategias destinadas a reestructurar la división entre atención primaria y hospitalaria, con el objeto de contener costos, cambios epidemiológicos de raíz demográfica, mayores expectativas de los pacientes y desarrollo de nuevas tecnologías. Se reconoce la existencia de alternativas costo-efectivas para la atención hospitalaria y que esas instalaciones pueden

ser considerablemente reducidas. En casi todos los países de Europa occidental, el número de camas cayó significativamente entre 1980 y 1995, probablemente como resultado de las razones mencionadas y de la confianza que se tiene en la atención primaria y el cuidado social (Saltman y Figueras, 1998).

E) LA PREOCUPACIÓN POR EL ROL DEL ESTADO

Al ampliarse el debate sobre el adecuado equilibrio de competencia y regulación que garantiza los objetivos socialmente sancionados para el sistema de servicios de salud, crecía la preocupación por precisar los roles que el Estado no podía obviar. Tanto el avance de las políticas de descentralización como la introducción de mecanismos de mercado reclaman, al mismo tiempo, el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para establecer normas, monitorear y evaluar desempeño y prevenir conductas oportunistas. En políticas de salud se han utilizado diferentes términos para referirse a las funciones del Estado, todos ellos, sin embargo, enfatizan las actividades de regulación: *rectoría*, *governabilidad*, las cuales constituyen fórmulas utilizadas por analistas y decisores para definir sus propias visiones sobre los límites del Estado y del mercado. Para una frase que exprese en pocas palabras la actividad que se espera del Estado se puede acudir a la fórmula acuñada por Osborne y Gaebler (1993) al referirse a la política pública en general: el Estado debe *remar menos y timonear más*. El juego de palabras se construye en inglés con relación a *steering* (navegación, dirección), referida a la toma de decisiones estratégica y a la definición de la visión, y *rowing* (remo) referida al suministro y organización de servicios y a la instrumentación de esa visión (Hunter, Shishkin y Taroni, 2005).

Por otra parte, Douglass North (1997) trata esa problemática a partir de la identificación de las instituciones como reglas de juego y del acento puesto en la capacidad de los reguladores para hacerlas obligatorias y sancionar desviaciones (*enforcement*). En términos de políticas públicas se ha generalizado en los últimos años el interrogante sobre las *capacidades institucionales* del Estado.

B. La política de reforma en la Argentina

Las políticas de reforma en la Argentina fueron consecuencia de la grave crisis económica y política que marcó el último año de gobierno de Raúl Alfonsín. Su orientación estuvo en parte vinculada a las reformas estructurales de los primeros meses de la administración del presidente Menem, tras objetivos de reconversión de la economía y reforma del Estado. La preocupación por los costos y la competitividad determinó las políticas de reforma de las relaciones laborales. Burijovich y Pautassi (véanse los capítulos VI y VIII) indican, con acierto, que aquellas dirigidas al sistema de servicios de salud no tuvieron en cuenta ciertas especificidades: desequilibrio en cuanto a la disponibilidad de algunas profesiones, aglomeración de profesionales en los grandes centros urbanos, distancia entre la formación profesional y el perfil ocupacional, persistencia de alta concentración de mujeres, y abandono de requisitos de calificación para la prestación del servicio.

1. Escenario y diagnósticos

Los diagnósticos negativos sobre el desempeño de los dos subsistemas de salud para la población de medianos y bajos recursos —el subsistema público y el correspondiente a la seguridad social médica— se habían difundido en el país desde los años sesenta y habían estimulado al gobierno nacional y algunos provinciales a legislar reformas en diferentes momentos y con muy diferentes contenidos. El último proyecto con tendencia universalizante —ubicado en la primera ola de reforma identificada por Médici— fue el frustrado proyecto de seguro de salud que la administración alfonsinista elevó al Congreso Nacional en 1996, que fue descartado sin ser discutido. Las leyes finalmente sancionadas —23.660/88 de Obras Sociales y 23.661/88 de Seguro Nacional de Salud— reproducen la dinámica de un legado histórico de debilidad institucional en la regulación del sistema de servicios de salud: la primera reafirma la fragmentación organizativa del sistema de obras sociales, permanente prenda de negociación entre los distintos go-

biernos y el movimiento sindical; la segunda crea un seguro nacional de muy escasa sustentabilidad financiera y política, que termina engrosando la lista de leyes y decretos —sancionados bajo diversas orientaciones ideológicas para fortalecer el régimen regulador de los sistemas de servicios— que nunca fueron aplicados (Belmartino, 2005).

Tampoco había tenido buena recepción en las Cámaras el proyecto de ley que el Poder Ejecutivo elevó en febrero de 1992, pese a que la propuesta, respaldada por el ministro de Economía, se apoyaba en el éxito del programa de convertibilidad y la opinión favorable de la ciudadanía con respecto a su gestión. Los objetivos de la ley propuesta se centraban en retirar a los sindicatos el control de las obras sociales y crear un sistema de seguro social obligatorio con organizaciones independientes que competirían en la captación de beneficiarios. Pese a salir del núcleo político de la estrategia privatizadora y ubicarse decididamente en la segunda ola de reformas, el proyecto avanza notablemente sobre el statu quo en función de la base solidaria que propone para la asignación de los recursos y la intención de incorporar en un solo sistema a la población beneficiaria de las obras sociales y la tradicional clientela del subsistema público. Sus disposiciones establecían la creación de la Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM), que garantizaría que las prestaciones médicas se brindaran bajo los principios de *solidaridad, eficiencia y libertad de elección del ente financiador*. Se mantenía la obligación de los aportes y contribuciones de los trabajadores y empleadores regulada por la ley 23.660/88, a la vez que se retiraba el control de las obras sociales sobre tales recursos y se creaba un fondo financiero único, sumándose a los aportes laborales los recursos asignados por el Estado para la atención de desocupados e indigentes y la contribución de los adherentes voluntarios. El total de la recaudación obtenida sería dividido por la cantidad de beneficiarios, resultando una suma por beneficiario denominada CUPAM (Cuota Parte de Atención Médica).

Conforme al proyecto, cada titular de una CUPAM era libre de elegir el Ente Prestatario de su preferencia, recibiendo el aporte correspondiente al beneficiario y a su grupo familiar. Como entes prestatarios se incorporaban al sistema las obras sociales regu-

ladas por las leyes 23.660 y 23.661, y a posteriori, en forma voluntaria, las obras sociales provinciales y municipales, los sistemas privados de medicina prepaga, asociaciones de prestadores, entidades mutuales y otras empresas. La filosofía del proyecto se basaba en la idea de que la libre elección de los beneficiarios estimularía a las obras sociales a sanear su administración y a mantener y reforzar su presencia en el sistema. La necesidad de competir induciría el ajuste de la relación entre financiadores y proveedores en los diversos mercados de atención médica.

El diagnóstico de falencias de las obras sociales formulado en el proyecto OSAM, utilizado para fundamentar la ulterior regulación por decreto, fue poco novedoso, reiterándose en diversas oportunidades a partir de las primeras evaluaciones de su desempeño desde los años sesenta. El diagnóstico del Consejo Nacional de Desarrollo en 1964 contiene ya los insumos reiterados de una evaluación negativa: diversidad de regímenes y disponibilidad de recursos, limitado control del Estado de la eficiencia en los gastos y resultados obtenidos, falta de presupuestos programáticos y balances analíticos, desconocimiento de los recursos físicos y humanos disponibles y de las prestaciones sociales y específicamente médicas proporcionadas, carencia de estadísticas sanitarias (Belmartino y Bloch, 1994).

En 2004, sólo cuarenta años más tarde y transcurridos diez desde el comienzo de la puesta en marcha de las políticas de reforma, el diagnóstico contenido en el Plan Federal de Salud (Argentina, 2004, pp. 5-6 y 8) reitera un escenario similar. La transcripción de algunos de sus párrafos más significativos puede ser leída como un respaldo otorgado desde el Estado a la hipótesis de debilidad institucional de las políticas de reforma:

Antes de la devaluación del peso (hacia fines de 2001), el gasto por habitante presentaba valores más que aceptables en comparación con otros países que han alcanzado un nivel de cobertura casi universal. Por otro lado, es necesario tener en cuenta que en la organización del sistema argentino conviven instituciones que obedecían y siguen obedeciendo a lógicas y motivaciones diversas. Buena parte del gasto es privado di-

recto; se orienta según las preferencias y, sobre todo, las posibilidades de cada individuo. Adicionalmente, se debe considerar que, del monto total de gasto por habitante (alrededor de 650 dólares al año entre 2000 y 2001), la porción privada del gasto no se integraba al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumplía funciones redistributivas. Descontada esta parte, el gasto por habitante se reducía a 335 dólares anuales. Finalmente, más de la mitad de ese monto quedaba en manos de instituciones “sin fines de lucro”, pero con motivaciones diferentes y difícilmente reguladas (obras sociales y mutuales). En definitiva, el gasto por persona en el sistema público de atención de la salud (incluyendo todos los niveles de gobierno) alcanzaba apenas \$ 150 por año [...] Por su parte, el total de población sin seguro había pasado del 36% al 48% entre 1997 y 2001, aunque con situaciones de profunda desigualdad. Hoy, luego de la crisis, es probable que este porcentaje sin cobertura de seguros haya aumentado unos puntos más [...] Como consecuencia de lo anterior, y sumado a la crisis económica ya citada, desregulación, problemas de management, estructuras administrativas sobredimensionadas, modelos prestacionales mal diseñados, etc., el resultado ha sido un deterioro en la calidad de los servicios o un nivel de cobertura.

En relación con el subsistema público, uno de los diagnósticos formulados en los proyectos de reforma presentados al Banco Mundial en 1994 caracterizaba en los siguientes términos el sistema hospitalario:

En la actualidad, el hospital público es parte esencial del sistema de salud, brinda asistencia a la clase indigente no protegida, subsidia a las obras sociales prestando servicios a sus beneficiarios sin retorno financiero, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica que son atraídos por el prestigio del personal médico o de la institución [...]; al tiempo que ejerce funciones de formación de pregrado y posgrado y garantiza gran parte del progreso cien-

tífico, aunque no directamente vinculado a las necesidades de la comunidad. Sin embargo, el hospital público se presenta hoy como un resumen de las contradicciones del sistema de salud: afronta un fuerte deterioro en su estructura e ineficiencia en su gestión; está sometido en la mayoría de los casos a la centralización administrativa de las jurisdicciones provinciales de salud; presenta rigidez en la planta de personal y en la relación laboral, no existiendo un régimen adecuado de incentivos; carece de sistemas de información apropiados para la toma de decisiones y el control de gestión; tiene fuertes déficits en el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento, y un sistema de gerenciamiento inadecuado para la envergadura de la empresa. Sus presupuestos en la mayoría de las jurisdicciones siguen el esquema tradicional de asignación de recursos por funciones o conjuntos de acciones, no por objetivos ni por programas, adquiriendo relevancia desde el punto de vista jurídico y administrativo, pero perdiéndola desde el económico (Argentina, 1994, p. 11).

A este diagnóstico, que no ha perdido actualidad, es posible agregar que el déficit más importante en las relaciones del hospital público con la población es precisamente el desconocimiento de su composición —en términos numéricos, demográficos, socioeconómicos y de riesgo de enfermedad— y la imposibilidad consiguiente de establecer su perfil sanitario, organizar atención preventiva y monitorear los resultados de la atención proporcionada. Los servicios de las instituciones públicas sólo dan respuesta a la demanda espontánea, el acceso es limitado por trabas administrativas, colas y esperas, escasa capacidad de resolución de las instalaciones de menor nivel, que provoca una sobrecarga de las más complejas, inexistencia de vínculos entre servicios que garanticen mecanismos adecuados de referencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención. En los capítulos siguientes, se proporciona un exhaustivo diagnóstico de los déficits relativos a la gestión de los recursos humanos a partir de la identificación de brechas tanto institucionales como organizativas con impacto sobre la equidad de género en el empleo sectorial. En esta direc-

ción, Pautassi (véase el capítulo V) explicita la necesidad de fundamentar el diagnóstico sobre las condiciones de trabajo desde una perspectiva amplia que incluya el debate sobre los procesos de trabajo, las habilidades requeridas, los modos de contratación, la infraestructura y particularmente el impacto que tienen las condiciones de trabajo sobre la calidad de la atención.

2. Los procesos de reforma

Una lectura integral de los procesos de reforma implica construir al menos tres cronologías. La primera estrategia de cambio es la transformación de las relaciones entre financiadores y proveedores de servicios para la población beneficiaria de las obras sociales, lo que influirá significativamente en la redefinición de las relaciones entre proveedores directos y pacientes a su cargo. La segunda cronología corresponde a las decisiones estatales para la reformulación de ese subsistema que no concretaron los objetivos de mayor racionalidad y eficiencia. Por último, el subsistema de servicios públicos tuvo también su propio ritmo de cambio, donde se sucedieron disposiciones que tenían por objeto reducir el déficit fiscal e incrementar la responsabilidad de las provincias en la gestión de las instalaciones de atención médica, lo que se cumplió parcialmente, con consecuencias negativas en el acceso de la población de menores recursos a esos servicios.

A) LA REFORMA GENERADA EN EL MERCADO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL

En la crisis de la Argentina de 1989-1990, los actores acostumbrados a operar bajo el régimen precedente presenciaron el colapso de las normas que garantizaban el orden en cada una de las áreas afectadas. El reemplazo de las reglas constituye un proceso fundamentalmente político, relativamente abierto —ya que la crisis autoriza y requiere la introducción de nuevos mecanismos de regulación— y limitado por la disponibilidad de recursos económicos, financieros, técnicos, políticos y de autoridad en cada uno de los

agentes involucrados. Las instituciones heredadas también influyeron en la orientación de los cambios. En el caso de la seguridad social médica, las relaciones entre financiadores y proveedores se constituyeron en abierto rechazo a las pretensiones reguladoras del Estado; los valores de ciudadanía no lograron afirmarse en reemplazo de las reivindicaciones de fuerte raíz corporativa que exaltaban la solidaridad grupal y la capacidad de construir el bien social propia de las instituciones intermedias. De ahí que la reforma se originara a partir de la iniciativa de los grandes actores involucrados en el respectivo mercado.

La principal estrategia de cambio fueron las innovaciones en los contratos anteriormente pactados entre confederaciones representantes de la oferta y obras sociales, sujetos teóricamente al control y regulación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)/Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL). Las nuevas pautas contractuales no incorporaban mecanismos de libre elección del profesional y pago por prestación, estableciendo estrategias de selección de proveedores y pagos modulados o capitados. La iniciativa se generó por la constatación de un exceso de capacidad instalada en la oferta de atención médica —en particular camas y tecnología compleja— en relación con la capacidad de pago de una demanda afectada por los procesos de contracción del empleo y el ingreso.

La innovación se introdujo en la abigarrada geografía del conurbano bonaerense: los sanatorios mejor posicionados y con ventajas competitivas se organizaron en redes y ofrecieron a las obras sociales contratos exclusivos —hasta ese momento vigentes sólo en la Capital Federal— y pagos por cápita o modulados. Los contratos en exclusividad les aseguraron un flujo de pacientes que cubría sus costos fijos, mientras los pagos por cápita o módulo —consistentes en una suma fija por beneficiario o por patología atendida— garantizaban a las obras sociales mayor previsibilidad en el manejo de sus presupuestos, a diferencia del compromiso propio del régimen anterior, que las obligaba a hacerse cargo de la facturación presentada por los proveedores directos a través del pago por acto médico. La innovación se fue extendiendo gradualmente hacia otras jurisdicciones. Las asociaciones de médicos que

no lograron integrarse a las nuevas redes conformadas por los sanatorios enfrentaron dificultades para acceder a los nuevos contratos capitados por carecer de capacidad instalada para internación. En algunos escenarios innovadores tales dificultades fueron rápidamente superadas a través de la adquisición de algún sanatorio o de parte de su paquete accionario (Belmartino, Bloch y Báscolo, 2003).

El cambio en la forma de pago no sólo generó nuevas reglas de juego entre financiadores y proveedores, también modeló las relaciones entre las organizaciones administradoras de contratos y los proveedores directos, estimulando importantes innovaciones en su gestión, derivadas de la necesidad de compatibilizar los pagos por cápita percibidos por las organizaciones administradoras o *gerenciadoras* con la continuidad de la remuneración a los proveedores directos a través de la modalidad tradicional de pago por acto médico. Los principales mecanismos para garantizar ese difícil equilibrio financiero fueron la conformación de una red o listado preestablecido de proveedores —excluyendo o limitando la posibilidad de libre elección—, la introducción de médicos generalistas o de familia cuyo rol era filtrar las demandas de atención de salud (*gate-keeper*), la instrumentación de sistemas informáticos para registrar las prácticas prescriptivas de cada profesional, el establecimiento de normas de práctica y de la auditoría previa a la autorización de determinadas prácticas; todas estas innovaciones se diseñaron para estimular una conducta prescriptiva que limita la cantidad de servicios provistos y el desarrollo de una conciencia de costos en cada proveedor.

La preocupación por el nivel de gasto no se orienta, por consiguiente, a definir sus prioridades o estimular la contratación de procedimientos costo-efectivos a través de estrategias generalizadas para todo el sistema, por el contrario, el gasto se relaciona directamente con la capacidad financiera de cada obra social, estableciéndose automáticamente en función de la cápita que ofrece a sus proveedores. Las gerenciadoras controlan la provisión de manera que no supere el nivel de la cápita obtenida para cada uno de los contratos que administra. La preocupación por la viabilidad financiera de los contratos no está acompañada de un interés

similar por garantizar la calidad de la atención provista con una adecuada utilización de los recursos humanos involucrados.

Las dificultades financieras subsistieron pese a los intentos de controlar las prácticas prescriptivas, las administradoras recurrieron entonces a dos instrumentos para lograr un nuevo equilibrio: la asignación de porcentajes de cápita a diferentes especialidades o niveles de servicios y el descargo del déficit (“quebranto”) en cada uno de estos segmentos a la facturación presentada por los proveedores directos.

Los nuevos contratos, libremente pactados entre obras sociales y redes o asociaciones de proveedores, se establecieron en abierta violación a la normativa vigente, que obligaba a las organizaciones de cobertura a negociar contratos con las corporaciones representantes de la oferta en cada jurisdicción, respetar la libertad de elección del profesional y sanatorio por parte de sus beneficiarios, y sujetar las remuneraciones a los valores establecidos en el Nomenclador Nacional de Prestaciones, regulado y controlado por la ANSSAL.

B) LA REFORMA SANCIONADA POR EL ESTADO

La intervención directa del Estado sobre las obras sociales y su relación con los proveedores de atención llegó tardíamente, limitándose en el terreno de la provisión de atención médica a sancionar la plena libertad de contratación. Ésta es una de las asimetrías en la reforma argentina: mientras fuera del país se generan vínculos entre financiadores y proveedores, instrumentando una función de compra, las entidades financiadoras locales abandonan la gestión de los contratos a una entidad independiente, relacionadas en su mayoría directamente con los proveedores. La función de compra también se instituye, pero sus objetivos no son la provisión de servicios de manera costo-eficiente, sino la sustentabilidad de la provisión de atención médica acotada por los diferentes montos de cápita que las obras sociales están en condiciones de ofrecer. Cuando la estrategia fracasa se recurre a la aplicación de segmentos y el descuento de quebrantos. Si se considera que los ingresos promedio por cápita de las obras sociales en 1998 se es-

tratifocaban en un amplísimo rango desde un mínimo de 6 y un máximo de 287 pesos por beneficiario por mes,³ es imposible sancionar las normas destinadas a regular las pautas contractuales con proveedores sobre una base de eficiencia, calidad y acceso igualitario a la atención médica prevista. La vulneración del acceso universal e igualitario como valores fundantes del sistema, presentes ya en el modelo organizativo previo, se torna transparente.

Las estrategias locales se focalizan en la reforma de las obras sociales, confiando en que la introducción de la competencia por la captación de beneficiarios induciría a una mayor eficiencia en la administración de sus recursos. Un primer paso en la nueva regulación se dio en 1991 a través de la centralización de aportes y contribuciones de la seguridad social, destinada a facilitar el control de dichos recursos por funcionarios del Estado. Con ese objetivo se creó el Sistema Único de Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se puso en marcha la Contribución Única de la Seguridad Social, que unificaría los aportes al sistema previsional y los orientados a financiar prestaciones médicas. Por decreto 2.741/91 se creó la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), organismo que controla la recaudación de los fondos. El porcentaje correspondiente a financiación de prestaciones de atención médica es derivado a las respectivas obras sociales. El control del sistema de recaudación será posteriormente retirado de la ANSES y transferido a la Dirección General Impositiva.

El decreto 9, de 1993, sancionó las primeras medidas de reforma relacionadas directamente con el sistema de servicios de atención médica. En primer lugar estableció —dentro de ciertos límites— la libre elección de los afiliados de las obras sociales, quienes podrían efectivizar su opción entre las organizaciones que integran el sistema y cambiar su dependencia una vez por año. El mismo decreto dispuso que el Ministerio de Salud y Acción Social

³ Las cifras corresponden al promedio de las 16 obras sociales de menor ingreso en la base de la escala y a los recursos percibidos por la Obra Social del Ministerio de Economía en su extremo opuesto (Argentina, 1999).

(MSAS) determinaría las prestaciones básicas que debía brindar cada obra social, y la ANSSAL compensaría las diferencias que pudieran existir entre el monto de los aportes y contribuciones percibidos y el costo de dichas prestaciones.

También se avanza en la reforma de las relaciones entre obras sociales y proveedores de servicios, estableciendo la libertad de contratación, no sujeta a nomencladores o tarifas prefijadas; de ese modo se posibilita la competencia de precios entre los oferentes de atención médica. La libertad de contratación se limita en un solo aspecto: se prohíbe a las obras sociales la contratación con organizaciones que controlen la matrícula profesional o que limiten el derecho de sus miembros a contratar en forma directa, lo que deja fuera del mercado a los agentes que tradicionalmente controlaban la oferta en condiciones oligopólicas: las corporaciones de prestadores.

Se establece también que las obras sociales deberán pagar los servicios que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos; disposición que se completa con el decreto 578/93 regulatorio del Hospital de Autogestión, que se analizará más adelante.

De estos tres grandes instrumentos de reforma solamente el segundo se cumplió efectiva e inmediatamente. Sin embargo, como ya se señaló, la libertad de contratación resultó una transformación generada por los agentes en el interior de ese mercado, previa a la sanción del decreto y que, con posterioridad a su vigencia, eludió el cumplimiento de una de sus principales disposiciones: aquella que prohibía a las corporaciones de proveedores participar en los futuros contratos.

La desregulación de las obras sociales se produjo tardíamente —a partir de enero de 1997— y estuvo connotada por las estrategias destinadas a desalentarla o condicionarla, puestas en marcha por diferentes agentes con interés en sus resultados, así como la falta de información del desempeño de las distintas obras sociales que permitiera a los beneficiarios del sistema elegir entre ellas. Como se verá a continuación, la puesta en marcha del Hospital de Autogestión tampoco generó los resultados previstos.

En 1995, se tomaron medidas complementarias para incrementar la eficacia de la cobertura brindada por las obras sociales y ate-

nuar las desigualdades en el ingreso, que constituía una de las razones alegadas por la dirigencia sindical para oponerse al proceso de libre elección. En agosto de ese año el decreto 292 garantizó un aporte mínimo de 30 pesos por beneficiario titular para la totalidad de las obras sociales. En todos los casos en que el aporte fuera inferior, el fondo solidario administrado por la ANSSAL otorgaría un subsidio que cubriera la diferencia y en el caso de personas mayores de 60 años el aporte garantizado se elevaba a 36 pesos. Esta disposición no sólo garantizaba una cobertura mínima y reconocía diversos niveles de riesgo derivados de factores demográficos, sino que también pretendía terminar con la distribución arbitraria de subsidios por parte de la ANSSAL. El mismo decreto eliminó las coberturas múltiples, estableciendo la unificación de los aportes en una sola obra social para el caso de beneficiarios en situación de pluriempleo. Un mes más tarde se harían públicas las disposiciones de un nuevo decreto, el 492/95, que modificó en parte al anterior. Este nuevo instrumento puso en marcha una comisión —designada por el Ministerio de Salud y Acción Social y la Confederación General del Trabajo— encargada de definir las prestaciones básicas que cada obra social debía brindar, las cuales conformarían el Programa Médico Obligatorio (PMO), y dictar las normas reglamentarias para su ejecución. La misma disposición elevó a 40 pesos el aporte mínimo garantizado por beneficiario titular.

Las nuevas disposiciones tuvieron pocos efectos prácticos. El aporte mínimo garantizado no atenuó las severas desigualdades en la captación de recursos que afectaron históricamente el desempeño de la cobertura, como se verá más adelante. La unificación de la cobertura para los beneficiarios en situación de pluriempleo y los matrimonios que gozaban de doble cobertura, por la inserción laboral de ambos cónyuges, no se pudo implantar por la falta de información necesaria para efectivizarla. Una disposición del año 2000, que aumentó el piso mínimo de aportes garantizado llevándolo a 20 pesos por beneficiario, tampoco pudo ser instrumentada porque la administración carecía de un sistema de información confiable sobre situaciones de cobertura múltiple. El PMO asumió la forma de un listado de prestaciones que las obras sociales ya otorgaban a sus beneficiarios, no se identificaron opciones de práctica

costo-efectivas ni se reglamentó el acceso de ellos al sistema de servicios a través de un primer nivel de baja complejidad.

Por último, el organigrama de reforma se completó con una nueva disposición, el decreto 1.615/96, que creó la Superintendencia de Servicios de Salud en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social. La Superintendencia fiscalizaría el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el régimen de libre elección de obras sociales y las normas destinadas a Hospitales Públicos de Autogestión. Se trata de un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y autarquía administrativa, económica y financiera, facultado para actuar como ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud y, por consiguiente, capaz de dictar las resoluciones que permitan el funcionamiento del sistema.

C) EL PROCESO DE REFORMA DEL SUBSISTEMA PÚBLICO

Como señala el Plan Federal de Salud, la política de reforma del subsistema público se inició con el traspaso de 20 hospitales a las jurisdicciones provinciales, los cuales permanecían en la jurisdicción nacional como residuo de las políticas de descentralización de diferentes gobiernos. Ese proceso estuvo marcado por una serie de avances y retrocesos que fueron transformando las bases equitativas que dieron origen al sistema público de salud en la Argentina. Al igual que en las experiencias anteriores, en los años noventa predominaron los objetivos fiscales en perjuicio de los requerimientos del sector en materia de mejoras en la eficiencia y la equidad. La ausencia de un diseño institucional y financiero que acompañara el proceso de descentralización, la falta de los imprescindibles consensos sociales y políticos, acentuó las disparidades preexistentes y originó una gran heterogeneidad de respuestas a nivel microeconómico y provincial (véase el capítulo VI). La ausencia de coordinación desde el nivel central permitió una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que respondió, a grandes rasgos, a dos razones: por un lado, la configuración previa de cada sistema de salud y, por el otro, la política

sectorial adoptada en cada lugar como respuesta al propio proceso descentralizador (Argentina, 2004).

En ese panorama multiforme se insertó la propuesta del Hospital de Autogestión, que se puso en marcha a través del decreto 578/93, estableciendo la creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión. Entre sus disposiciones tuvo relevancia la obligatoriedad del pago de los servicios recibidos por los beneficiarios de obras sociales, mutuales o prepagos, a cargo de las respectivas organizaciones de cobertura. Para incorporarse al sistema, los hospitales debían satisfacer los requisitos básicos establecidos por el Programa Nacional de Calidad, y estar habilitados y categorizados por la autoridad competente; financiarse con los fondos presupuestarios que les asignara su jurisdicción de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población a cargo; complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales.

Los ingresos extrapresupuestarios así percibidos serían administrados directamente por cada hospital. También se estableció la descentralización de su administración y la integración de redes de servicios. Con el fin de mejorar la gestión interna, se autorizaba la utilización de recursos provenientes de la venta de servicios, creando una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal; esta expectativa, como se analiza en los próximos capítulos, no llegó a concretarse. Por último, el decreto hacía referencia a una futura introducción de mecanismos de subsidio a la demanda que dejaba abierta la posibilidad de crear seguros de salud públicos.

El traspaso del hospital público a un régimen de autogestión tuvo efectos limitados. No es posible evaluar el proceso, dada la fragmentación en las decisiones ya señalada. Es posible, sin embargo, rescatar algunas características generales: la captación de nuevos recursos financieros no fue significativa, la preocupación por la eficiencia se canalizó, en algunas jurisdicciones, a través del fortalecimiento de la atención primaria, y en otras, captando segmentos de mercado con capacidad de pago o demandantes de determinadas prácticas, por ejemplo, cirugía plástica aplicada a fina-

lidades estéticas. La heterogeneidad de situaciones siguió siendo la regla, reproduciendo la lógica de particularismo que caracterizó el desarrollo histórico del sistema.

Tampoco se obtuvieron resultados significativos de la aplicación de otros mecanismos de reforma que, al igual que el Hospital de Autogestión, fueron parte de las condiciones comprometidas en los préstamos obtenidos del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Las dos entidades financiaron diferentes proyectos de reforma en determinados escenarios provinciales.

El Banco Mundial invirtió recursos en el mejoramiento de la gestión de los subsistemas públicos en distintas provincias, a la vez que promovió la instrumentación de *contratos de gestión*. En la perspectiva del funcionariado y asesores del Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), las estrategias de reforma del sector público provincial debían, por un lado, canalizarse a través de la separación de funciones y la creación de mercados internos, y por el otro, instituyendo sistemas de seguro que proporcionaran cobertura a la población sin capacidad de pago. Como un paso hacia la concreción de tales objetivos se proponen los *contratos de gestión*, entendidos como “el instrumento que define la separación de las funciones en el interior del Estado, en función de las características particulares de cada realidad provincial” (Argentina, 1998, p. 50). La estructura de tales contratos se organizaría sobre las siguientes pautas:

- i) identificación de los contratantes, derechos y obligaciones de cada uno;
- ii) definición de objetivos y metas;
- iii) identificación de la población beneficiaria;
- iv) diseño del modelo prestacional y estándares de calidad;
- v) definición del producto y modalidades de pago;
- vi) alcances de la competencia;
- vii) esquemas de incentivos;
- viii) elaboración del plan estratégico y plan anual de actividades del hospital.

No cabe duda de que la propuesta era ambiciosa. Lamentablemente sólo llegó a instrumentarse en forma incipiente y se discontinuó rápidamente. En los primeros años de la década de 2000, el Banco Mundial puso en marcha una evaluación de los resultados obtenidos en la mejora de las capacidades de gestión de los servicios públicos, que aún no han sido publicados.

Entre las pautas señaladas se menciona la identificación de la población beneficiaria como elemento a incorporar en los contratos de gestión. El diagnóstico epidemiológico de la población ha sido reconocido en los diferentes enfoques sobre reforma como uno de los elementos indispensables para la gestión de servicios y la evaluación de los resultados de la atención provista, constituyendo la base de una atención primaria que avance más allá de la demanda espontánea. El Plan Federal de Salud reconoce su importancia, cuando propone la organización en redes de los servicios de atención médica y sostiene que tales redes tendrán a su cargo una población definida, cuyos integrantes individuales estarán identificados y asignados a su responsabilidad, manteniendo la libre elección del prestador dentro de la oferta disponible en la propia red. No existen hasta el presente avances sustanciales en ese sentido. Las únicas iniciativas orientadas a identificar la población a cargo son los seguros materno-infantiles.

En relación con la posible creación de seguros de salud públicos, en algunas provincias se generaron proyectos por iniciativa de los respectivos gobiernos o como consecuencia de las negociaciones realizadas con el Banco Mundial y el BID para la obtención de créditos, aunque no se consiguieron hasta el momento resultados definitivos en ninguna de ellas. El apoyo financiero de estas agencias permitió una importante recuperación de la capacidad instalada hospitalaria en las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Salta y Río Negro, entre otras.⁴

⁴ La experiencia de Salta y Mendoza puede consultarse en Belmartino, Bloch y Báscolo, 2003.

3. Los resultados de la reforma

Por primera vez en la historia del sistema de obras sociales, la agencia estatal a cargo de su supervisión publicó algunos datos que permiten una aproximación a la composición de esas organizaciones y a la cobertura proporcionada (Argentina, 1999). Esa información será utilizada para ofrecer un registro estadístico de la estratificación de las obras sociales en relación con sus recursos financieros y, como consecuencia directa, de la estratificación en la utilización de atención médica por parte de sus beneficiarios. Por diferentes razones —datos incompletos, inscripción de instituciones que no registran beneficiarios a cargo y otras situaciones particulares— el análisis se limita a 257 obras sociales.⁵

En ese total de organizaciones es necesario diferenciar entre las obras sociales sindicales (234 organizaciones), que agrupan a un universo de trabajadores con un rango bastante amplio de remuneraciones, nivel de instrucción y capacidad de consumo, y aquellas que agrupan al personal de dirección de empresas (23 organizaciones), que nuclean al personal jerárquico en relación de dependencia de algunas grandes empresas. El primer grupo concentra 10 millones de beneficiarios y maneja 3.200 millones de pesos, el segundo cuenta con algo más de 1,3 millones de beneficiarios y con recursos cercanos a los 1.300 millones de pesos.

Lo que interesa destacar es la gran dispersión de beneficiarios entre las obras sociales sindicales que sigue reproduciendo la estructura anterior a la reforma: un 10% de las instituciones cuenta con más de 100.000 beneficiarios mientras el 56% tiene menos de 10.000. Ante la contundencia de las cifras es innecesario subrayar las diferencias resultantes en capacidad de gestión de riesgo.

Sin embargo, la forma tradicional de agrupar a las obras sociales sindicales, según su número de beneficiarios, oculta la disparidad de recursos interna al sistema: si se adopta esa modalidad de

⁵ Un análisis más completo puede encontrarse en Belmartino, 2001.

agrupamiento, el rango de ingreso por individuo protegido se ubica en un registro relativamente estrecho, desde 29 a 45 pesos por beneficiario por mes, generando la apariencia de un sistema relativamente igualitario. El problema aparece con otros matices si las obras sociales se agrupan según el ingreso por beneficiario. La siguiente estrategia de análisis muestra una estratificación neta según este criterio:

- En el primer nivel, definido por un ingreso superior a 40 pesos mensuales por beneficiario, se ubican dos grandes conjuntos de obras sociales, el que agrupa al personal de dirección de empresas (23 obras sociales) y el que nuclea a las actividades mejor remuneradas entre las obras sociales sindicales (74 obras sociales), que reúnen respectivamente un promedio de 69 y 79 pesos por beneficiario por mes. La dispersión interna es muy amplia, ubicándose como valores extremos 40,5 y 287,1 pesos mensuales por beneficiario (b/m). En este nivel se ubican el 16,6% de los beneficiarios y el 35,45% de los recursos del sistema.
- En el segundo nivel, los ingresos mensuales tienen un promedio de 20 y 40 pesos por beneficiario, abarca un 30,92% de los beneficiarios, a los que corresponde el 26,63% de los recursos del sistema, aglutinados en 99 obras sociales, con un rango de ingresos promedio de 29 pesos por b/m.
- El tercer nivel, conformado por 44 obras sociales, corresponde al rango entre 10 y 20 pesos mensuales, registrándose dificultades serias para alcanzar una cobertura suficiente: el 20,56% de los beneficiarios tiene a su disposición el 10,56% de los recursos del sistema, con un ingreso promedio algo menor a 16 pesos por b/m.
- El cuarto nivel expresa condiciones de carencia, haciéndose difícil imaginar cómo esta población podría obtener la cobertura médica para la cual aporta un porcentaje de su salario. Reúne las obras sociales con un ingreso menor a 10 pesos por beneficiario por mes, 16 instituciones, con un promedio de poco más de seis pesos por b/m. En térmi-

nos porcentuales representan una porción ínfima del sistema en cuanto a los beneficiarios, el 1,03%, y desdeñable en cuanto al monto de recursos involucrados, el 0,18%. Se trata, sin embargo, de poco más de 170.000 individuos que viven en condiciones de carencia, pese a que los titulares del beneficio tienen un empleo en regla y realizan los aportes requeridos para tener derecho a la protección del sistema.

Un indicador adicional de las condiciones de equidad del sistema de seguridad social médica se encuentra en las disparidades de la utilización de servicios de atención médica. La información disponible ilustra dos distorsiones frecuentes. La primera es la subprestación, que resulta de las dificultades de acceso de los beneficiarios al sistema de servicios o de una estrategia de los proveedores que reduce el consumo de atención cuando el contrato con la financiadora se negocia sobre la base de un pago por cápita. La segunda es la sobreprestación, motivo reconocido de desfinanciación del sistema cuando los contratos se negocian a partir de la libre elección del médico y el pago por prestación, que recibe un estímulo adicional cuando se verifica un sobredimensionamiento de la oferta y profesionales disconformes con su remuneración.

Si se analiza bajo esos parámetros la utilización de atención médica entre los beneficiarios de las obras sociales, las conclusiones son relativamente simples: un 63% de los beneficiarios de ellas con ingresos promedio entre 20 y 40 pesos, un 70% que registra ingresos entre 10 y 20 pesos y un 93% con menos de 10 pesos mensuales son víctimas de una práctica de subprestación, puesto que utilizan la atención médica por debajo de los promedios históricos, que establecen los parámetros en contratos capitados. Paralelamente, la sobreprestación pone en evidencia la continuidad de las distorsiones históricas del sistema, afectando la utilización de servicios de un 10% de los beneficiarios totales de éste, distribuidos en diferentes proporciones según los estratos de ingreso: un 66% entre los beneficiarios de obras sociales de personal de dirección, un 7% de los beneficiarios de obras sociales con ingresos su-

periores a 40 pesos, un 1,33% con ingresos entre 20 y 40 pesos y un 0,85% de la población nucleada en obras sociales con menos de 20 pesos por beneficiario.

Esta aproximación a los registros de utilización de servicios muestra los límites de la solidaridad grupal para garantizar un acceso a condiciones básicas de atención médica de los sectores de medianos y bajos recursos. Cuanto mayor sea la estratificación por ingreso de los grupos que colocan sus aportes en organizaciones fundadas en ese principio, más desfavorable será el resultado obtenido por los grupos de ingresos medios y bajos en la relación entre necesidades percibidas y recursos destinados a satisfacerlas.

4. Posibles lecturas sobre el fracaso de la reforma

Diferentes analistas han formulado hipótesis para explicar el fracaso de la reforma en la Argentina. En algunas lecturas predominan las explicaciones de corte estructuralista: disminución del número de beneficiarios de las obras sociales, caída del empleo, retroceso del salario real, prolongada recesión a partir de 1998. No se estaría en presencia de una crisis sectorial, sino que las dificultades del sector serían consecuencia de una crisis más general.

Otras lecturas enfatizan la presencia de intereses adversos a los objetivos propuestos por la reforma, adjudicándoles influencia directa en la obstaculización de los cambios pretendidos por los reformadores. La siguiente cita, tomada de una publicación del BID constituye un ejemplo de tal perspectiva:

Puede resultar ilustrativo para los responsables de política latinoamericanos revisar la experiencia del caso argentino, donde los intereses de los distintos actores con mayor capacidad de presión o representación trastocaron los objetivos de mayor equidad perseguidos por la reforma. Ello originó un sistema más segregado en función de los ingresos de la población y que hace más inequitativo el acceso en comparación con la institucionalidad originalmente vigente. Paradó-

ticamente, el nuevo mapa de intereses torna más difícil alcanzar los objetivos inicialmente trazados en la agenda de cambios (Santiago, 2000, pp. vi-vii).⁶

Es evidente la coincidencia de esa formulación con lo sostenido en este texto en cuanto a los resultados de la reforma, sin embargo, la metodología de análisis subyacente obliga a algunas consideraciones que matizarán la responsabilidad asignada a los actores de la sociedad civil interesados en el mantenimiento del statu quo.

Lo que interesa en este punto no es afirmar o negar la presencia de un conflicto político en torno de las estrategias de reforma. El enfrentamiento de intereses con respecto a las políticas de cambio ha sido descrito y analizado en textos previos (Belmartino, 1996; 2000a y b; 2004a y b). Más importante para el diseño de políticas futuras es afinar la perspectiva analítica.

Puede obtenerse una lectura diferente de la del *mapa de intereses* reconociendo la presencia de una determinada *trama institucional*. En el primer caso, se considera al Estado una arena neutral cuya actividad sólo refleja el resultado de la lucha política de los actores sociales con intereses en cada área; en contraposición, la perspectiva institucional constata la presencia en las agencias del Estado de actores con objetivos y estrategias propias. Si se considera a las instituciones como construcciones históricas, valdrá la pena develar la dinámica de las relaciones construidas entre los principales actores sociales y estatales, con intereses en el sistema de servicios, y las razones de la perduración de su influencia a lo largo del tiempo. En este texto, se procura validar ese enfoque, apoyado en procesos históricos identificables en el tiempo para

⁶ Burijovich y Pautassi (véase el capítulo VI) recuperan parte de la experiencia latinoamericana cuando enfatizan que los problemas identificados antes de la reforma (pluriempleo, concentración del recurso en las zonas urbanas, falta de control gerencial, débil regulación de la práctica profesional, entre otros) no fueron resueltos, al mismo tiempo que han surgido nuevos, tales como la migración laboral, el aumento del estrés y la insatisfacción del recurso humano, énfasis en la productividad en desmedro de la eficiencia, entre otros.

explicar el fracaso de la reforma de los noventa como una consecuencia del déficit de capacidad reguladora de las agencias estatales sobre el sistema de servicios de salud, que constituye una característica dominante de la actividad del Estado en esa arena de política a lo largo del siglo XX.

En divergencia con lo anterior, el análisis del Estado como una *caja negra* cuyo contenido no se devela, y el estudio de los procesos de toma de decisiones en su interior, considerando sólo los insumos de los actores en la sociedad civil y los resultados concretados en las decisiones emanadas de las respectivas agencias, se encuentra la orientación denominada por algunos científicos políticos como *perspectiva centrada en la sociedad*. Entre sus limitaciones se señala el reduccionismo de atribuir exclusivamente a la intervención externa toda acción significativa por parte del Estado. Los actores estatales tienen sus propios intereses económicos y políticos, como individuos y como grupo, y sus propias perspectivas sobre cómo responder a los desafíos desde dentro y fuera del Estado. El control sobre las organizaciones estatales a menudo les proporciona la capacidad para poner en práctica esas ideas. Las perspectivas sociocéntricas fallarían, por consiguiente, al no reconocer que los actores estatales pueden tener la disposición y capacidad para iniciar y proseguir sus propios intereses entre las fuerzas sociales contrapuestas. En casos de falencia decisoria no se presta atención a los enfrentamientos entre actores estatales que se desarrollan intra o inter agencias con jurisdicción en las diferentes arenas de políticas.

La propuesta que supera las orientaciones antes consignadas ofrece como alternativa de análisis la construcción de un *enfoque relacional*, que dé cuenta de cómo las capacidades de diferentes actores para alcanzar sus objetivos cambian a través del conflicto y la negociación. Tanto las respuestas que el Estado pone en marcha frente a la movilización de los actores sociales como las formas en que estos procesos se desenvuelven no estarían determinadas por la distribución inicial de recursos de poder. Por el contrario, la potencia o debilidad de las fuerzas pro reforma depende de la interacción estratégica de unas con otras y con sus oponentes.

Un concepto clave es el de *trama institucional*. En esta perspectiva se aborda la lucha política más allá de una contraposición de fuerzas y negociación que se redefinen de acuerdo con los intereses y estrategias de los principales actores, tal como se expresa en la imagen de un *mercado político*. Los posibles conflictos se insertarían, por el contrario, en el interior de una *trama institucional* que establece las reglas de juego para la confrontación y permite la elaboración de acuerdos relativamente estables. Las capacidades institucionales del Estado serían cruciales en la construcción y reproducción de esa trama. Su falta de coherencia, inestabilidad, incapacidad de imponer sanciones o el no reconocimiento de su legitimidad por parte de actores con capacidad de veto, implicarían déficits significativos en la capacidad de gobierno de las instituciones estatales.

Diferentes autores señalan la conveniencia de focalizar el análisis en cada una de las arenas de políticas, organizando un tejido institucional que nuclea actores sociales y estatales con recursos, intereses e ideas diferentes. Todos los actores relevantes interactúan con racionalidad limitada y en condiciones de incertidumbre, por lo que se requieren mecanismos colectivamente aceptados que den forma a sus intercambios. La capacidad de gestión, en ese marco, remite a la posibilidad de poner en marcha tales mecanismos ordenadores de las “diversas y múltiples interacciones que llevan adelante, a través de períodos prolongados y en ámbitos específicos de políticas públicas, los actores relevantes de la sociedad y el Estado, los cuales actúan estratégicamente guiados por intereses y cosmovisiones ideológicas potencialmente conflictivas entre sí” (Repetto, 1999).

El análisis institucional, por consiguiente, en la perspectiva relacional entre Estado y sociedad, permitiría no sólo entender la interacción de actores estratégicos con intereses e ideas muchas veces contrapuestos, sino además ponderar las formas en que se retroalimentan la gobernabilidad y la gestión pública o capacidad de gobierno. Esa articulación no es dada, pues se trata de una construcción social generada por el juego político, y también conservada o modificada; por consiguiente, varía en las diferentes áreas de acción pública e incluso en una misma área a través del tiempo. Los intercambios entre actores involucrados en diferen-

tes políticas públicas dependen de la calidad de los respectivos contextos institucionales. En consecuencia, serían las *instituciones* —en tanto reglas, normas, prácticas informales y tradiciones que resultan de la acción humana— las que estructuran y dan cuerpo a las relaciones entre Estado y sociedad. Tales relaciones están sujetas a diversos ritmos de cambio: en tiempos normales de la vida política, la transformación se produce de manera incremental y en el margen; en épocas de crisis, las mutaciones se aceleran en razón de los excesivos costos que representan para determinados actores mantener los viejos mecanismos de interacción.

Volviendo al conflicto político entablado en relación con la reforma de la atención médica en la Argentina, es necesario interrogarse sobre la coherencia de la propuesta de cambio elaborada por Economía, la cohesión del gabinete y el partido de gobierno en torno de su orientación y las capacidades técnicas de los funcionarios a cargo de su diseño.

La propuesta se encuadraba adecuadamente en la orientación que el Banco Mundial imponía a las reformas, que confiaba en la mayor eficiencia asignativa del mercado. Conforme a la breve reseña trazada de la experiencia europea, es posible argumentar que esa confianza se fue debilitando y dio paso a enfoques más matizados, que buscaban un equilibrio entre mercado y regulación adecuada a las condiciones particulares de cada caso, como ilustra la experiencia del NHS en el Reino Unido. La reconversión del mercado de atención médica para las obras sociales instaló una función de compra en un espacio cautivo del interés de los proveedores por la sustentabilidad del respectivo contrato. Las obras sociales podían actuar como compradores, sin embargo, prefirieron delegar en los proveedores la gestión de las cápitás, del mismo modo que a partir de los años setenta aceptaron pasivamente la experiencia en elaboración de contratos y la organización del nomenclador de prestaciones, acumulada a lo largo de los años sesenta por las corporaciones de proveedores. La competencia entre redes y asociaciones de proveedores para la obtención de contratos capitados no se dirimió en términos de calidad y precio, tampoco en función de una evaluación del desempeño como definden, más allá de las fronteras, los proponentes de una políti-

ca de *compra selectiva*. El precio estaba preestablecido por la cápi-ta que la obra social podía o estaba dispuesta a pagar, la calidad y la utilización dependían de ese monto. La competencia entre proveedores por la obtención de contratos capitados se zanjó por vínculos establecidos en el período anterior entre dirigentes de obras sociales y dirigentes de asociaciones médicas y sanatoriales o propietarios de clínicas y sanatorios participantes de las nuevas redes o empresas.

La cohesión del gabinete y el partido de gobierno en torno de la orientación de esa reforma es otro punto débil en la trayectoria del equipo de reforma. El Partido Justicialista se alineó tras la posición de Menem, pero no resignó por completo sus banderas. La Confederación General del Trabajo (CGT) se dividió en octubre de 1989 por la oposición de Ubaldini a las leyes de reconversión económica y reforma del Estado, para volver a unirse en febrero de 1992 ante la amenaza constituida por la legislación de reforma previsional y de obras sociales presentadas al Congreso. El análisis, realizado por Etchemendy y Palermo, de las reformas de mercado de los años noventa, pone énfasis en el conflictivo trámite que tuvo la reforma laboral. A su juicio, dicha reforma “fue objeto de un trámite negociado condicionado en gran medida por el bloqueo”, entre otras razones, debido a que “presentaba la peculiaridad de involucrar muy directamente a las bases políticas tradicionales del gobierno peronista en términos simbólicos y de intereses, afectó por lo tanto la política coalicional general de la administración” (Etchemendy y Palermo, 1998, p. 560). La afirmación puede aplicarse sin matices a la desregulación de las obras sociales, como parte de los acuerdos alcanzados en 1995 con el ministro de Trabajo, Caro Figueroa. En relación con las agencias del Estado involucradas en las decisiones, se puede afirmar que el equipo de cambio instalado en el Ministerio de Economía defendía una desregulación orientada a debilitar a las corporaciones sectoriales, mientras la ANSSAL en un primer período y luego la Superintendencia de Servicios de Salud se constituyeron como baluartes de los intereses de la corporación sindical.

Por último, no puede pensarse que el equipo de cambio instalado en Economía carecía de capacidades técnicas; fue probable-

mente una de las islas de eficiencia identificables en la trama institucional que encauzaría el conflicto político producido por la reforma. Sería posible afirmar que sus integrantes se equivocaron al esperar que el poder de las corporaciones se diluyera con las disposiciones de un decreto, y puede también ponerse en cuestión su excesiva confianza en las fuerzas del mercado; sin embargo, una orientación muy similar en Chile, dotada de fuerte respaldo político, consiguió colocar las bases de una mejor gestión de las organizaciones del sector. El desempeño del grupo de técnicos —cuya cabeza visible fuera Osvaldo Giordano— estuvo supeditado a las negociaciones en el interior del gobierno; el déficit no fue de capacidades técnicas sino de capacidad decisoria o, más aún, de la capacidad de hacer obligatorias las decisiones y sancionar las conductas desviadas. Los pocos instrumentos consensuados, para atenuar la estratificación de ingresos entre las obras sociales y eliminar la cobertura múltiple, no pudieron aplicarse por límites en la capacidad de procesar información en la ANSSAL y la Superintendencia.

Quienes efectivamente operaban en un ambiente favorable a la utilización de las capacidades técnicas en función de objetivos políticos eran los técnicos en administración de empresas y los sanitarios que asesoraban a las corporaciones de proveedores y redes sanatoriales. El diseño de las técnicas de gestión desarrolladas por las gerenceras estuvo en sus manos. Las técnicas informáticas aplicadas a la formulación de los sistemas de revisión, para monitorear día a día el comportamiento de los proveedores directos y su incidencia en la sustentabilidad de las cápitales, estuvieron inspiradas en las experiencias de las organizaciones de atención gerenciada (*managed care*) en Estados Unidos, que podrían considerarse la mejor opción disponible en materia de gestión de sistemas de prepagos. Consultores de distintos organismos internacionales y gobiernos calificaron en 1998 la experiencia de atención gerenciada como el sustento de las reformas introducidas en algunos países de América Latina: la Argentina, Brasil, Colombia, Chile, República Dominicana y Uruguay (Médici y otros, 1998). En Brasil y Chile —con una mejor regulación gubernamental—, esas experiencias rindieron mejores resultados. En la Argentina, como ya se señaló, esos diseños se fueron perfeccionando paulatinamen-

te —hacia fines de los años noventa los más avanzados identificaban no sólo las prácticas provistas y los profesionales responsables, sino también el paciente al que se aplicaban y el respectivo diagnóstico— y en manos de compradores independientes hubiesen servido para sostener adecuadamente la contratación entre financiadores y proveedores. Para los proveedores —abrumados por la incertidumbre sobre el futuro del sistema y agrupados en organizaciones de composición heterogénea y difícil disciplinamiento—, el objetivo dominante fue la contención de costos.

Las incapacidades institucionales de las agencias a cargo de la regulación y el control del sistema de servicios de atención médica no se pusieron de manifiesto en el desafío de la reforma, sino que, por el contrario, tenían antecedentes de larga data. Como el Plan Federal de Salud reconoce, la fragmentación y la heterogeneidad del sistema constituyen condiciones históricas de su ineficacia e ineficiencia. Esa fragmentación y esa heterogeneidad tuvieron raíces sociales y culturales —evidentes en el desarrollo de las mutualidades en una sociedad escasamente integrada y un Estado ausente— que más tarde serían fortalecidas por el conflicto político. A lo largo de las últimas seis o siete décadas, las visiones construidas para superarlas, ya sea desde el Estado o la sociedad civil, no lograron imponerse. Parte de la pugna ideológica y política en torno de la regulación del sistema de servicios y particularmente del subsistema de obras sociales se desarrolló en las agencias estatales obturando la toma de decisiones o su instrumentación.

En un trabajo anterior (Belmartino, 2005) se han señalado las condiciones de institucionalización de la organización sindical y el reconocimiento de una gama de derechos laborales durante el primer gobierno peronista, como génesis de la conformación de relaciones *Estado/sindicatos* y *sindicatos/partido en el gobierno*, que otorgaría una presencia significativa a la CGT en la arena de decisiones del Estado. En ese punto, emerge un legado que influye en la historia del sistema de servicios de atención médica hasta nuestros días. Sin embargo, es necesario precisar que ese legado acumuló características específicas bajo los gobiernos que se sucedieron a partir de 1955. Las prácticas de negociación típicas del vandonismo, la conformación de lo que se reconocería como bu-

rocracia sindical, la política de estimular el control centralizado de la burocracia sobre las bases sindicales, se fortalecieron durante la vigencia del sistema político posperonista.

Un escenario de impotencia o desinterés del Estado por la regulación del sistema de servicios favorece las condiciones de consolidación del *pacto corporativo* que constituyeron las corporaciones sectoriales en el interior del INOS con posterioridad a la sanción de la ley 18.610/70. Esos actores corporativos se habían fortalecido en los años sesenta, cuando las organizaciones representativas de la población beneficiaria entregaron su representación política a la CGT. Las organizaciones de proveedores, tanto la que reúne a los profesionales independientes como la que representa a sanatorios y clínicas privadas, comenzaron en esa misma década a controlar el mercado de servicios de atención médica bajo condiciones de oferta oligopólicas. Las vinculaciones entre estos dos polos, en parte conflictivas y en parte sostenidas por una alianza defensiva contra las pretensiones de control de los organismos del Estado, constituirán —a partir de la conformación de mercados locales abiertos a la totalidad de la oferta, modalidades de pago basadas en la remuneración por servicio y precios uniformes establecidos por el nomenclador nacional de prestaciones— la principal instancia de regulación a nivel macro de los servicios de atención médica para beneficiarios de la seguridad social.

En los años noventa, la forma particular que asume la ruptura del pacto corporativo —de manera independiente de la intervención del Estado en 1993—, con el debilitamiento de los vínculos asociativos y el surgimiento de modalidades de gestión empresarial, estimuló la generación de nuevas reglas de juego, responsables de los resultados verificados a partir de los procesos de reforma.

Referencias bibliográficas

- Argentina, Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud (2004), *Bases de Plan Federal de Salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, inédito.
- Superintendencia de Servicios de Salud (1999), *Obras sociales. Información general del sistema*, 2 volúmenes, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
 - PRESSAL (1998), *1º Seminario Regional: Contrato de Gestión, su implementación en las provincias*, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, inédito.
 - PRESSAL (1994), *Proyecto de reforma del sector salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- Belmartino, Susana (2005), *La atención médica argentina en el siglo xx. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- (2004a), “La seguridad social médica y la evolución de su organización”, *La economía argentina y su crisis (1976-2001). Visiones institucionalistas y regulacionistas*, Boyer y Neffa (coords.), Buenos Aires, Miño y Dávila, Ceil Piette, Institut CDC pour la Recherche.
 - (2004b), “Una década de cambios en la organización de la seguridad social médica ¿reconversión o reforma?”, *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Hugo Spinelli (comp.), Buenos Aires, Lugar.
 - (2001), “Obras Sociales: el engañoso consuelo de los promedios”, *Cuadernos Médico Sociales*, n° 79, Rosario, abril.
 - (2000a), *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?*, Buenos Aires, Lugar.
 - (2000b), “The context and process of health care reform in Argentina”, “Reorganizing the health care system in Argentina”, *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico*, Fleury, Belmartino y Baris (eds.), Ottawa, International Development Research Centre.
 - (1996), “Servicios de salud, solidaridad y mercado: apuntes sobre el caso argentino”, *Estudios Sociales*, n° 10, Santa Fe, Ediciones UNL, primer semestre.

- y Carlos Bloch (1994), *El sector salud en Argentina: actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*, Buenos Aires, Oficina Panamericana de la Salud.
- Carlos Bloch y Ernesto Báscolo (2003), *La reforma de la atención médica en escenarios locales*, Buenos Aires, Lugar.
- Busse, Reinhard (2004), "Disease management programs in Germany's statutory health insurance system", *Health Affairs*, vol. 23, n° 3.
- Contandriopoulos, André-Pierre y Gérard de Pouvourville (1991), *Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième voie*, Montréal, Université de Montréal.
- Coriat, Benjamin y Olivier Weinstein (1995), *Les nouvelles théories de l'entreprise*, París, Librairie Générale Française.
- Etchemendy, Sebastián y Vicente Palermo (1998), "Conflicto y concertación. Gobierno, Congreso y organizaciones de intereses en la reforma laboral del primer gobierno de Menem (1989-1995)", *Desarrollo Económico*, vol. 37, n° 148, Buenos Aires, enero-marzo.
- Evans, Robert G. (1991), "Competitive mechanism for collective objectives", *Paradoxes of Competition for Health*, David J. Hunter (ed.), The Nutfield Institute for Health Services Studies, European Health-care Management Association.
- y Gregory Stoddart (1990), "Producing health, consuming health care", *Social Sciences and Medicine*, n° 12.
- Figueras, Josep, Ray Robinson y Elke Jakubowski (2005), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Reino Unido, Open University Press.
- Fleury, Sonia (1995), "Reforming health care in Latin America: challenges and options", *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico*, Fleury, Belmartino y Baris (eds.), Ottawa, International Development Research Centre.
- Freeman, Richard (1998), "Competition in context: the politics of health care reform in Europe", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 10, n° 5, Oxford, Oxford University Press.
- Glennester, Howard (1998), "Competition and quality in health care: the UK experience", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 10, n° 5, Oxford, Oxford University Press.
- Hsiao, William C. (1995), "Abnormal economics in the health sector", *Harvard Health Policy Review*, vol. 32, n° 1/3.

- Hunter, David (1995), "Creating health services strategy", *Managing Health Care. Challenges for the 90s*, John Glynn y David Perkins (eds.), Londres, W.B. Saunders.
- Sergey Shishkin y Francesco Taroni (2005), "Steering the purchaser: stewardship and government", *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Figueras, Robinson y Jakubowski (eds.), Reino Unido, Open University Press.
- Hurst, Jeremy W. (1992), "What can Europeans learn from Americans?", *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*, Alain Enthoven, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- Katz, Jorge y Alberto Muñoz (1988), *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*, (LC/BUE/G.102), Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, CEPAL.
- Labour Party (1996), "Renewing the National Health Service: Labour's agenda for a healthier Britain", *International Journal of Health Services*, vol. 26, n° 2, marzo-abril.
- Lapping, Rose (1996), "The commissioning perspective: the role of district Health Authorities as purchasers", *Managing Health Service Contracts*, Hodgson y Hoile (eds.), Londres, W. B. Saunders.
- Le Grand, Julian (1999), "Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service", *Health Affairs*, vol. 18, n° 3, mayo-junio.
- Médici, André (1998), "Las etapas de la reforma en América Latina", *El futuro de las reformas o la reforma del futuro*, Buenos Aires, Asociación de Economía de la Salud.
- Juan Londoño, Oswaldo Coelho y Helen Saxenian (1997), "Managed care and managed competition in Latin America: issues and outlook", *Innovations in Health Care Financing*, Washington, Banco Mundial.
- North, Douglass (1997), *The Contribution of the New Institutional Economics to an Understanding of the Transition Problems*, WIDER Annual Lectures 1, Helsinki, WIDER, marzo.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1992), *The Reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Health Policy Studies, n° 2, París.
- Osborne, David y Ted Gaebler (1993), *Reinventing government*, Nueva York, Plume.

- Oxley, Howard y Maitland MacFarlan (1994), *Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency*, (OCDE/GD(94) 101), París, OECD.
- Repetto, Fabián (1999), *Gobernabilidad y capacidad de gestión pública. Las políticas frente a la pobreza en Chile y Argentina (1990-1998)*, Buenos Aires, inédito.
- Saltman, Richard y Josep Figueras (1998), “Analyzing the evidence on European health care reforms”, *Health Affairs*, vol. 17, n° 2, marzo-abril.
- Santiago, Ricardo (2000), “Prefacio”, *La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*, Héctor Sánchez y Gustavo Zuleta (eds.), Washington, BID.
- Stevens, Simon (2004), “Reform strategies for the English NHS”, *Health Affairs*, vol. 23, n° 5, mayo-junio.
- Stoddart, Gregory (1989), “Reflections on incentives and health system reform”, *Incentives in Health Systems. Health Systems Research*, López-Casanovas (ed.), Barcelona.
- Tuohy, Carolyn (1999), “Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain and Canada”, *Health Affairs*, vol. 18, n° 3, mayo-junio.
- World Health Organization (WHO) (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Ginebra.

IV Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud

Mario Rovere

A. El porqué de un año y una década para los recursos humanos en salud

El año 2006 sorprenderá a algunos actores sociales y analistas interesados en la problemática de la salud pública, especialmente en países que se perciben como “sobredotados” de profesionales de salud, por la súbita emergencia de un tema que ha permanecido silenciado durante casi dos décadas en los debates del sector y en las reformas instrumentadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha seleccionado para su lema anual la frase: “Trabajando por la Salud”, que busca llamar la atención sobre la problemática de recursos humanos en salud, no sólo durante el año, sino además invitando a incluir en la agenda mundial una década completa de políticas y acciones en relación con este tema.

La selección del lema activará seguramente un conjunto muy amplio y variado de estudios y preocupaciones sanitarias. Sin embargo, la intensificación de las migraciones del personal de salud parece movilizar las inquietudes, superando los otros objetivos. Tim Evans —asistente del director general y vocero de la OMS en esta materia— califica este hecho como una crisis que ha comenzado a generar importantes vacíos en países de muy bajos ingresos, que hacen significativos sacrificios para formar personal de salud y que observan con intranquilidad la emigración de sus mejores profesionales a los países centrales.

Una renovada agenda, de problemas nuevos y problemas viejos bajo nuevas formas, parece interpelarnos: la mundialización promueve oleadas migratorias que producen estragos en la fuerza laboral; en muchos países, los profesionales de salud son considerados una mercancía (*commodity*) que se compra en el mercado internacional; los países más pobres que han invertido en formación de profesionales no pueden retenerlos; un decenio de políticas de recursos humanos centradas en la reducción del gasto público ha diezmado la confianza en el Estado (Mario Rovere, 2006).

Los trabajadores de la salud —la gente que provee cuidados a personas que los necesitan— son el corazón de los sistemas sanitarios. Sin embargo, alrededor del mundo, la fuerza laboral en esta área está en crisis.

¿Se trata de un fenómeno que afecta sólo a países muy pobres? El mismo Evans (2006) se encarga de aclarar que se trata de una “[...] crisis a la que ningún país escapa por completo. Los resultados están a la vista: clínicas sin profesionales de la salud y hospitales incapaces de contratar o retener a personal básico”. Pero ¿por qué ocurre esto? Hay una escasez global de trabajadores de salud, como resultado de una década de escasa inversión en su educación, entrenamiento, salarios, y generación de ambientes laborales y gestión adecuada. Esto ha conducido a una severa carencia de habilidades, aumento de los niveles de cambio de carrera y retiros tempranos, así como a un incremento de la migración nacional e internacional.

El tema de la migración ha adquirido relevancia adicional porque no siempre es consecuencia de una decisión libre e informada de profesionales que sopesan sus opciones laborales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) está llamando la atención con respecto a las estrategias de captación sobre personal técnico y auxiliar por agencias privadas, que no se diferencian mucho de la infame práctica de trata de personas.

Unas 100 millones de personas trabajan en profesiones relacionadas con la atención sanitaria, pero eso no basta para cubrir las necesidades ni en los países desarrollados ni en los países en

desarrollo. La competencia para satisfacer la demanda de estos profesionales es tan feroz que las agencias privadas de contratación de personal organizan eventos promocionales y agresivas campañas en ciudades donde la oferta es mayor (OIT, 2006).

Un estudio reciente de la OIT examina la escasez de estos profesionales y el papel que juegan las agencias privadas de contratación en los flujos de migración internacional.

Aunque la nave insignia del año y de la década dedicada a la fuerza laboral sea la migración profesional y el vaciamiento de personal en los países de más bajos ingresos, el campo de recursos humanos en los países y a nivel global es mucho más complejo. Para comprenderlo se requiere de la identificación de diversos componentes analizados desde distintas perspectivas.

Migraciones sí, pero además fuertes inequidades de género, desempleo, dificultad para cubrir vacantes, calificación inadecuada, sobreespecialización y ausencia de planificación constituyen un conjunto de problemas que preocupan y que requieren ser abordados en forma integral. Migración y perspectiva de género, por ejemplo, ¿cómo tratarlos por separado? Deben ser trabajados en forma conjunta, franca y sincera, por los países involucrados, especialmente por aquellos que están perdiendo o por los que están absorbiendo personal de salud.

Existen problemas sanitarios crudos como el VIH-Sida, la malaria, muertes infantiles evitables, enfermedades infecciosas emergentes que están en las agendas de los organismos internacionales, las fundaciones y los países preocupados por la magnitud y por la persistencia de estos flagelos. Sin embargo, todos ellos tienen en común que podrían tener otro pronóstico y otra resolución si se entrara seriamente en los nuevos y renovados debates sobre la fuerza laboral en salud.

B. Incorporando un enfoque de género

Las principales escuelas de relaciones internacionales, herederas del realismo y del iluminismo, que han moldeado el pensa-

miento de la salud internacional, se resisten a los enfoques más recientes de las ciencias sociales que tratan de recuperar diversas dimensiones de la subjetividad y la interculturalidad, así como nuevos criterios de equidad.

Una de esas miradas la constituye el enfoque de género, llamativamente silenciado en la mayoría de los análisis del sector, aun cuando resulta evidente la amplia mayoría de mujeres dentro de la fuerza laboral en salud, así como su desmedrada situación. Sin embargo, cuando se consigue abordar la cuestión de recursos humanos en salud desde diferentes ópticas y alrededor de distintas problemáticas emergentes, no se dimensiona y tampoco se coincide exactamente respecto de qué se denomina una perspectiva de género.

Es posible que distintas personas estén realizando diferentes lecturas sobre el mismo asunto, tomando en consideración una constatación histórica y un fenómeno emergente. En la agenda se incluye —con comentarios no siempre bien fundamentados— el fenómeno de la “feminización” referido al notable crecimiento de la proporción de mujeres en profesiones tradicionalmente masculinas y patriarcales, como la medicina.

En el campo de los recursos humanos en salud, al analizar los aspectos estructurales —la formación, las competencias, el desempeño, la carrera profesional, el mercado laboral y las condiciones de trabajo— o los aspectos emergentes —sobreespecialización, migraciones laborales, distribución geográfica y dotación territorial, así como la flexibilización laboral—, se habla en todas y cada una de estas dimensiones de un colectivo laboral formado predominantemente por mujeres, por trabajadoras de todas las categorías profesionales que son las que mayoritariamente se forman, especializan, migran, padecen el deterioro de las condiciones de trabajo, se organizan y resisten.

Si además nos planteamos el enfoque de género como una manera de discutir quiénes y con qué perspectiva mantienen el control, construyen influencia, definen el sentido de los cambios (o de los no cambios) en el sector, surgirá una serie de fenómenos con distintos grados de transparencia-opacidad en el marco de una “microfísica del poder” (Foucault, 1980), que requieren una tarea de búsqueda activa y constante; especialmente si de lo

que estamos hablando es de un problema que no se resuelve por la demografía profesional ni exclusivamente por los indicadores de porcentajes de cargos directivos cubiertos por mujeres.

Es posible y necesario pensar aún más allá de una tensión que se mide por proporciones de cargos, incluyendo los jerárquicos. Las luchas de género complejizaron las contradicciones de sociedades injustas, develando una trama de pequeñas y grandes discriminaciones, de ordenamientos jerárquicos y de disciplinamientos más difíciles de visualizar que los propios conflictos de clase. El enfoque de género adquiere hoy nuevas dimensiones y genera nuevas luchas y resistencias que abrieron las puertas y generalizaron el alerta frente a otras inequidades y discriminaciones como las étnicas, las religiosas, las que se ejercen sobre los migrantes y sobre los homosexuales, entre otras.

En ese punto de vista se inscribe este capítulo sobre “nuevos y renovados debates” en torno de los recursos humanos en salud. Nos situamos en una lógica de radicalización de la democracia en las sociedades y en las instituciones, entendiendo que la perspectiva de género no se limita a la disputa de espacios dentro de las estructuras de poder, tal como las conocemos, para reproducirlas, sino sobre todo para cuestionarlas, modificarlas y para entender en cada debate las “deudas” que el sector acumula con la sociedad a la que debe responder.

Caroline Moser (1993) sostiene que la perspectiva de género “con su objetivo fundamental puesto en procesos de emancipación, es por definición un abordaje confrontacional, que se basa en la premisa de que los principales problemas son la subordinación y la inequidad, teniendo como propósito que las mujeres a través del empoderamiento logren igualdad y equidad con los hombres en la sociedad”.

De esta manera, podemos imaginar una perspectiva de género que supone una mirada diferente respecto de los problemas de salud, vividos desde otra subjetividad, que impacte sobre la calidad y la calidez de los servicios, que contribuya a modificar las condiciones de inequidad, que estructure nuevas formas de trabajo y que, a su vez, proteja la salud de las trabajadoras y trabajadores de esta área.

Igualdad de oportunidades es también acceder a los espacios potenciales, a los debates y a la comprensión de las deudas y tensiones creativas, es poder protagonizar las reformas, discutir su dirección, sus significados y sentidos y, especialmente, legitimarse en el más pertinente de los escenarios, el de dar respuestas adecuadas a las múltiples y diversificadas necesidades de salud de la población.

Las distintas miradas no propician necesariamente enfoques contradictorios entre sí. En ocasiones, esos enfoques pueden resultar secuenciales. De este modo, feminización, equidad de género y aportes de género a la transformación de los servicios de salud pueden ser pensados como tres momentos de un mismo proceso.

C. Nivel macro: el campo de recursos humanos en salud

Toda referencia a un campo remite a un campo de batalla.

Michel Foucault

Al considerar el peso relativo del rubro personal en el total del presupuesto de un área, se puede observar que salud es un sector “mano de obra” intensivo, tal como se evidencia en los casos de la Argentina y de la provincia y municipio de Córdoba (véanse capítulos III, V, VI y VII), sólo superado en este sentido por educación, aunque se diferencie de él por ser un sector de empleo profesional más altamente diversificado y estratificado. Organizado tras algunos perfiles profesionales paradigmáticos —básicamente médicos y médicas, enfermeros y enfermeras—, hoy resulta ser el campo de práctica para más de veinte profesiones universitarias, con cerca de cien especialidades, alrededor de cuarenta carreras técnicas y auxiliares, constituyéndose como un espacio de empleo para otros oficios hasta ocupar en conjunto casi el 5% de la población económicamente activa en varios países de la región.

Desde comienzos de la década de 1960, las universidades latinoamericanas no han parado de generar una mayor y más diversificada dotación de profesionales de la salud. Varios países se en-

cuentran en una situación autoperceptiva que se podría denominar “sobredotación”, un exceso de profesionales, lo que no necesariamente se traduce en desempleo. Sin embargo, otros países tienen hoy un déficit de profesionales médicos, ya sea por su nivel de desarrollo relativo o por haber aplicado medidas de ajuste poco acertadas.

Un énfasis similar no fue puesto en la formación de técnicos y auxiliares, quedando en muchos países invertida la supuesta pirámide profesional, pasando las profesiones a dominar el panorama laboral y avanzando sobre funciones de producción originariamente pensadas para trabajo técnico. La composición de esta fuerza laboral difiere entre países y regiones, y constituye un fuerte determinante del volumen de servicios que se ofrecen a la población, de la capacidad resolutive de ellos e incluso de la agenda específica de los problemas de salud que se abordan y los que no.

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

Dado que una parte de la sociedad se “especializa” en brindar servicios de salud al resto, se puede decir que recursos humanos en salud es, en realidad, “una población dentro de otra”, que no es una simple “muestra” del universo societal del que proviene, sino que adquiere características peculiares en términos de sexo, edad, origen étnico, tendencias migratorias, estratificación y extracción social. La influencia de esta última característica en los conflictos intraprofesionales e interprofesionales y en la segregación de las profesiones y ocupaciones del sector ha sido estudiada, mientras que el papel que juegan las otras dimensiones en la conformación de desigualdades no ha recibido la misma atención.

El primer aporte para comprender integralmente este campo surge de una perspectiva originada en la economía: los estudios de mercado de trabajo. Este enfoque sirvió para reforzar la noción de recursos humanos como un “objeto de estudio”, ofreciendo tratamientos económico-demográficos cada vez más refinados, referidos a la fuerza laboral de todo un país o de una región, o a la dinámica de segmentos laborales con autonomía relativa, por ejemplo, enfermeras y anestesiastas.

Otras perspectivas —como la de la sociología de las profesiones— han relevado el carácter proactivo de los trabajadores de salud a los que no sólo les ocurren cosas, como agentes pasivos, sino que también las hacen suceder. Se constituye así una dimensión de análisis más política de los recursos humanos, en la medida en que son percibidos como sujetos que inorgánicamente, o constituidos en verdaderos actores sociales, enriquecen y al mismo tiempo incrementan notablemente la complejidad del campo de estudio.

Cuando se busca integrar perspectivas y se habla de recursos humanos en salud se hace referencia a una problemática que incluye desde la existencia y disponibilidad de personas formadas y acreditadas específicamente para trabajar en el sector, hasta la calidad, pertinencia y actualización del conocimiento teórico-práctico que adquirieron y las capacidades, actitudes y aptitudes movilizadas en los contextos laborales concretos de aplicación de esos saberes.

De las diversas denominaciones posibles para enmarcar la problemática en toda su complejidad se ha seleccionado¹ la noción de *campo* tal como fue popularizada en el mundo científico por Bourdieu, por ser útil para describir el carácter político, la lógica de actores sociales y la conflictividad real o potencial, las disputas por controlar su capital simbólico, las alianzas y los acuerdos de base para sostener el propio juego que subyace y lo atraviesa.

Naturalmente, el campo de recursos humanos en salud intersecta, aunque también excede, al de los servicios sanitarios. Sin

¹ La noción de *campo* fue seleccionada en ocasión del Primer Curso Latinoamericano de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS-Fiocruz, Río de Janeiro, 1992.

embargo, al analizarlo surge sistemáticamente una primera e inesperada constatación: la escasa preocupación, investigación y debate que el tema ha despertado en la cultura del sector e incluso en la configuración del propio corpus académico de la salud pública, exceptuando un puñado de países donde la asignación de recursos humanos es definida por mecanismos de planificación, que van desde las oportunidades de formación hasta las políticas de retiro, como en Gran Bretaña y Cuba.

Atrapado en el mundo de lo implícito, de lo obvio o de lo naturalizado, es común, entre los escasos estudiosos del campo, hablar de la “baja visibilidad de la problemática de recursos humanos”. Una visibilidad que suele revertirse en circunstancias extremas marcadas por la carencia absoluta o relativa de recursos humanos considerados críticos. Es lo que en la jerga especializada se conoce como “visibilidad negativa”: ausencia absoluta de médicos o enfermeros en una localidad, ausencia o ausentismo de un especialista crítico en un hospital o falta de personal frente a una catástrofe.

Una situación particular de “visibilidad emergente” se constituye cuando una huelga o un conflicto laboral hace manifiesta la existencia y la voluntad de expresarse de un conjunto de trabajadores que generalmente, al resentir la prestación de servicios —con mayor o menor legitimidad—, logran que la problemática interna que afecta a un grupo o sector resulte súbitamente iluminada.

Esta visibilidad o invisibilidad se extiende también a la composición por sexo de los trabajadores de salud, que sólo a veces emerge a través de alguna demanda o controversia que ilumina la situación.

Si se inscribe esta escasa visibilidad en un análisis que incluya preguntarse a quién le sirve o a qué lógica resulta funcional que los recursos humanos sean invisibles, podemos imaginar que en el contrapunto de los mecanismos de asignación de recursos entre una lógica con énfasis en las políticas públicas y una lógica con predominancia del mercado, la escasa visibilidad del campo resulta mucho más funcional a la segunda. Permitir que el mercado de trabajo, a la vez dinamizado y sólo parcialmente autónomo de otros mercados como el educativo y el de servicios, sea el que asigne recursos y de alguna manera autorregule, ha demostrado ser una falacia. Las señales del mercado en el área de trabajo profe-

sional de salud llegan tarde y mal, es frecuente ver sobredemandadas ciertas carreras que ya han saturado ampliamente su capacidad de empleo.

En los últimos años, los esfuerzos por asociar calidad con recursos humanos y el estudio de competencias, donde se secuencia la relación calificación-competencias-desempeño, comienzan a brindar una “visibilidad positiva” al campo, promoviendo una articulación más estrecha entre formación, práctica profesional y capacidad resolutoria de los servicios. Esto ha permitido que, en recientes análisis de la calidad de los servicios, se pueda afirmar que para sectores como el de salud, caracterizados como servicios de personas para personas, “calidad es recursos humanos”.

En definitiva, recursos humanos en salud constituye un campo, pero no un campo “en sí” o “para sí” sino uno que se legitima en la medida en que puede dar respuesta a los problemas, demandas y necesidades de la población. Siendo un campo por definición, deberá resolver tensiones y conflictos abiertos —como los intraprofesionales e interprofesionales, las relaciones capital-trabajo y empleador-trabajador, especialmente cuando el empleador es el propio Estado— y otros más o menos manifiestos como las inequidades sociales, de etnia o género que atraviesan el mundo del trabajo. Debe resolverlos sin resentir, antes bien mejorando, su capacidad de respuesta a la sociedad, la única forma de acrecentar el capital simbólico del campo.

1. Una breve genealogía de los términos

Desde sus orígenes, el pensamiento económico primero y el gerencial después, en sus escuelas clásicas y neoclásicas, tendieron a “invisibilizar” la problemática de recursos humanos; el sector salud no ha sido una excepción. Los clásicos de la economía ya habían abierto, desde fines del siglo XVIII, un debate en torno de la forma de tratar el tema del trabajo. Centrados originariamente en el análisis de los incipientes trabajadores industriales, los autores liberales enfatizaban la noción de “mano de obra” considerada un factor productivo, fuertemente combinable e intercambiable por otros facto-

res. La noción de funciones de producción, heredera de esta tradición y con una aplicación bastante extendida en el sector salud en la década de 1970, centra su preocupación en establecer los *mix* más adecuados entre los factores de producción para la eficiencia de las prestaciones y de las mismas organizaciones. Como la lógica de sustitución de factores no funciona bien en el sector, las investigaciones se enfocaron en la discusión sobre las propias categorías profesionales de recursos humanos, aunque su aplicación práctica no pasó de encontrar las combinaciones profesionales más costo-eficientes, estableciendo el nivel de calificación mínimo que se requería para cada tarea aplicado a programas o proyectos específicos.

El debate anterior y posterior con los autores marxistas se presenta aquí, ya que contrapone la noción de fuerza laboral y de “proceso de trabajo” insistiendo en la centralidad del trabajo y del trabajador en el proceso productivo, en la generación de valor y en que las innovaciones tecnológicas se constituyen “meramente” en factores amplificadores de las capacidades y habilidades de los trabajadores (“herramientas de trabajo”). Esta perspectiva adquirió una súbita vigencia luego de la caída del muro de Berlín por la inesperada recuperación hecha por Peter Drucker, quien en la década de 1990 sugirió volver a ésta como la más pertinente para entender la especificidad del sector salud; un sector donde la incorporación de nuevas tecnologías no sustituye, sino al contrario, una mayor y más especializada mano de obra.

La noción de recursos humanos, con todas las críticas e insuficiencias, es vista desde el pensamiento gerencial, por autores como Weiss (1992), como un avance con respecto a la noción de “mano de obra” (una disociación cerebro mano, típica del taylorismo: unos piensan y otros ponen el trabajo físico), ya que mientras ésta remitía a la idea de factor productivo que se registraba en el rubro gastos, como los insumos o los recursos naturales, la noción de recursos humanos comienza a surgir asociada a la extensión del trabajo talento intensivo que impulsa la idea de capital humano. Así, la contabilidad institucional cambió el registro en este rubro desde una lógica de gasto a una de inversión.

La bibliografía norteamericana incorpora la noción difícilmente traducible de *health manpower* (potencial humano en salud),

asociada a los movimientos gerenciales por el empoderamiento, y a partir de los documentos de la frustrada reforma Clinton se comienza a hablar de fuerza laboral en salud.

En una perspectiva genealógica, Foucault insiste en encontrar en las palabras y en los aparentes sinónimos rastros de combates, de peleas y de intensidades. De esta forma, mano de obra, personal, recursos humanos o capital humano, fuerza de trabajo o fuerza laboral son conceptos que deben ser vistos como nociones connotadas por lo que dicen y por lo que ocultan. En tal caso es muy bueno que se peleen dentro de los textos, haciendo hablar y poniendo en acto las múltiples maniobras y resistencias que ahora y desde siempre atraviesan el mundo del trabajo.

2. Recursos humanos ya estuvo en la agenda internacional

Llevar el tema de recursos humanos en salud a un lugar relativamente central de la agenda internacional no es una novedad. A comienzos de la década de 1960, una combinación de circunstancias ya había puesto el tema en un lugar privilegiado de ella. El fuerte y sorprendente giro que vivió el hemisferio a partir de la revolución cubana generó como respuesta una iniciativa regional lanzada en la reunión en Punta del Este (1961) que se conoció con el nombre de Alianza para el Progreso. Es frecuente citar este antecedente cuando se habla de los orígenes y la difusión de la planificación en salud en América Latina, pero es menos frecuente citar que algo similar ocurrió con recursos humanos y por varios motivos en una forma más estructural. Es que la agenda de la Alianza para el Progreso promovía un componente social del desarrollo, complementando las inversiones económicas, con educación y salud como prioridades. En el campo educativo, los países de la región expandieron marcadamente su matrícula universitaria en el período 1960-1980, llegando algunos a multiplicar veinte veces su población estudiantil. Buena parte de ese aumento fue sostenido por el ingreso de estudiantes mujeres, lo que a su vez se produjo por un doble mecanismo de ampliación. Por un lado, la “feminización” progresiva de las carreras tradicionales —en salud

el caso de medicina, odontología, bioquímica, farmacia— y, por otro, la incorporación en el ámbito de la universidad de carreras clásicamente femeninas que hasta entonces se dictaban en instituciones terciarias no universitarias. Para el caso de salud, desde la perspectiva de género, este último fenómeno es muy relevante porque supone cambios en el nivel de profesionalización de estas carreras, lo que tendrá un fuerte impacto en el mundo del trabajo y en el orden jerárquico de los servicios de salud de profesiones como enfermería, trabajo social, nutrición y obstetricia.

Como la Alianza para el Progreso promovía el componente social de desarrollo, priorizando educación y salud —en ese orden—, es bastante natural que haya puesto énfasis en el problema de dotación de personal, dado que un número importante de países en el hemisferio tenía graves falencias de profesionales, técnicos y trabajadores de salud.

Sin embargo, es notable el escaso desarrollo de estudios, reflexiones y propuestas vinculadas a una perspectiva de género, al punto que muchos de los incipientes sistemas de información han ocultado específicamente los datos que permitieran definir aun hoy las diferencias por sexo de los principales indicadores de recursos humanos en salud.

Adicionalmente, los abordajes de la feminización están plagados de supuestos de dudosa cientificidad: ¿las mujeres profesionales trabajan menos horas?, ¿se retiran antes?, ¿hacen bajar los salarios promedio de la profesión?, ¿migran menos?, ¿rechazan elegir especialidades críticas?, ¿rechazan especialidades quirúrgicas?, ¿aguantan menos la presión?²

Parecen todos preconceptos, muchos de ellos prejuicios, que se desbaratan apenas se compara lo que ocurre entre un país y otro. Por ejemplo, el estudio comparativo entre hombres y mujeres para ciertos países de la OCDE (Simoens y Hurst, 2006), muestra que para algunos tramos de edad los hombres trabajan más ho-

² Algunos de estos interrogantes abierta o sutilmente instalados pueden verse en recientes trabajos de la OCDE sobre feminización de la medicina (Ibarrola, 2002).

ras semanales, sin tomar en cuenta que el promedio de horas de las mujeres se encuentra en el techo de las horas de trabajo mensuales recomendadas y que el promedio de los hombres se encuentra muy por arriba de ese valor. Es particularmente paradójal que países que han definido máximos laborales avalados en estudios médicos consideren normales semanas laborales de 60 o 70 horas promedio, como si esas dedicaciones no resintieran la calidad del trabajo y la calidad de atención.³

Es probable que, analizando estos prejuicios, se generen reacciones parecidas a las que suscitó Amitai Etzioni (1969), quien sacudió el mundo del trabajo femenino en salud con su libro sobre “semiprofesiones”, donde —basado en la descripción de la época del trabajo de maestras, enfermeras y trabajadoras sociales— llega a esta denominación, naturalmente vivida como ofensiva por las afectadas, aunque el autor describía algunos aspectos reales de cómo se intentaba acotar el desarrollo profesional de carreras predominantemente femeninas y compatibilizarlas con las tareas domésticas y el cuidado del hogar.

En la época de pleno reinado de las profesiones patriarcales, parte de lo planteado por Etzioni ofrece al menos alguna fuerza explicativa. Un relato personal recogido en un país de la región de una tésista, profesora y fundadora de una carrera de trabajo social a comienzos de los años setenta, permitió reconstruir cómo se promovía una nueva carrera en la ciudad. Decidieron ir a buscar alumnas para la primera promoción a las casas de jóvenes: seleccionaron los barrios a visitar —por ende, cuales no—, convencieron a las madres comentando las bondades de un trabajo de tiempo parcial, con horarios ordenados que permitía al mismo tiempo “no descuidar la familia”. Una vez que las primeras promociones configuraron un perfil de extracción social, el boca a boca completó la tarea y las siguientes promociones en buena medida copiaron el patrón.

³ En el texto de Pekkanen (1989) pueden encontrarse casos de residentes en Estados Unidos que relatan que quedarse dormidos mientras operan o asisten en intervenciones quirúrgicas, por haber trabajado 36 horas o más sin dormir, es normal.

A) EL PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

Los mandatos de la Alianza para el Progreso ayudan a comprender también por qué un organismo intergubernamental de salud como la OPS sostuvo un programa especializado que, durante casi treinta años, se constituyó en el de mayor presupuesto de la organización, en un interlocutor privilegiado con el sistema universitario y un actor relevante en los debates de la educación médica —carrera paradigmática a la que las otras toman como referencia—, de la educación en enfermería, en odontología y en la formación de técnicos.

La revista especializada *Educación Médica y Salud*, difundida en todo el continente durante veinticinco años, se convirtió en portavoz de estos debates que primero se orientaron a la formación, pero luego se transformó en una caja de resonancia de miradas complementarias como las investigaciones de mercado de trabajo, migración de profesionales, ciencia e investigación, educación permanente y estudios de proceso de trabajo.

Para 1972, en el marco del lanzamiento del Plan Decenal de las Américas, el tema de recursos humanos teñía los debates de salud, lo que se concretaría en una meta de alto impacto comunicacional: lograr una relación de un médico cada mil habitantes.⁴

Esta meta combinada con el fuerte énfasis en ampliar la oferta de formación universitaria, sobre todo de las universidades públicas en América Latina, dio sus frutos e impulsó fuertemente la formación profesional en salud. Tal movimiento fue aprovechado particularmente por las jóvenes estudiantes, lo que generó un fuerte impacto en la composición de la fuerza laboral del sector.

En definitiva, no es sencillo sostener una usina de producción de iniciativas promoviendo reformas de la formación de grado y

⁴ Esa meta lanzada en 1972, seis años antes de Alma Ata, inaugura una época de metas de fuerte impacto comunicacional pero inequitativas, en el sentido de que muchos países en la época estaban cerca de ella, mientras que para otros constituía una verdadera utopía.

posgrado, la articulación de las ciencias básicas, mecanismos de integración de la docencia, la investigación y los servicios, la educación permanente, análisis prospectivos y planes estratégicos, el desarrollo de liderazgo en salud pública y salud internacional, y observatorios de recursos humanos. Todos estos temas seguro se verán fuertemente potenciados por las mismas decisiones institucionales que llevaron a seleccionar un año y una década de recursos humanos y que seguramente podrán, con una perspectiva de género y una articulación interagencial, desarrollar una cooperación más reticular y extensa, llegando incluso a los espacios que se han mostrado resistentes por años a cualquier proceso de democratización.

3. Precarización del empleo y políticas de reforma

Como señala muy bien Nogueira (2001):

Los cambios tecnológicos y de la organización del trabajo que atraviesan los países de capitalismo avanzado a partir de mediados de la década de 1980 configuran el mundo productivo con algunas características tendenciales: flexibilización de la producción y reestructuración de las ocupaciones; integración de sectores de producción; multifuncionalidad y polivalencia de los trabajadores; valorización de los saberes de los trabajadores no ligados al trabajo prescripto o al conocimiento formalizado. En el campo académico, ese cuadro incitó un debate sobre la validez de las tesis de descalificación tendencial del trabajo en las organizaciones capitalistas, emergiendo como variantes las tesis de la polarización de las descalificaciones y de la recalificación. Otros estudios presentaron una tendencia simultánea de desespecialización y precarización del trabajo, la primera, relativa a sus contenidos, una vez que los saberes de los trabajadores tienden a ser incorporados por los sistemas computarizados, la segunda, debido a la desregulación y flexibilización de las reglas de acceso y permanencia en el mercado de trabajo.

No es de extrañar, entonces, que hayan surgido más y nuevas preocupaciones en la interconexión entre el mundo laboral y la salud de los trabajadores. En nuestro caso, la salud de los trabajadores de la salud.

A pesar de que las reformas y la precarización han afectado a los trabajadores en general, Dejours (1990) menciona que “la situación de las mujeres no se asemeja en nada a la de los hombres en lo que se refiere a sufrimiento psíquico y a los procesos defensivos que están en posición de poder elaborar [...] las defensas colectivas de oficio son molestas para llevar a cabo, a causa de las dificultades específicas que enfrentan las mujeres al querer constituir colectivos de trabajo”. Esta afirmación general, amplificada por las características específicas del trabajo en salud y por la proporción de mujeres que se dedican a él, se presenta en un contexto donde el trabajo en salud se ha vuelto progresivamente más alienante como consecuencia del incremento de las demandas, la carencia de recursos, y la situación social que afecta tanto a los pacientes como a los propios trabajadores del sector. Tal vez por eso se escucha con tanta frecuencia hablar del agotamiento laboral (síndrome de *burn-out*, “quemarse” en el trabajo), concepto reiterado en los eventos de salud, que deja entrever que se ha encontrado una palabra “depósito” para una sensación al parecer bastante generalizada (Abramzón y Rovere, 2005) y que, tal como menciona el artículo de Burijovich y Pautassi (véase el capítulo VI), se verifica también pronunciadamente en el caso de Córdoba. Bermann (1995) añade que en la Argentina, los datos más recientes sobre salud femenina indican el incremento de patologías que antes eran privativas de los hombres —por ejemplo, las enfermedades y accidentes cardiovasculares—, fenómeno que está íntimamente correlacionado con la forma de inserción laboral antes descrita y con la doble carga de trabajo. “Paisaje industrial manchesteriano”, “condiciones de trabajo de principios de siglo [XIX]” son calificativos que hoy tienen cabida en una economía sumergida, en relación con las condiciones de trabajo.

Estas preocupaciones podrían parecer un lujo o secundarias, ya que con frecuencia se utiliza un argumento que parece fundado: por mal que esté el personal de salud, peor les está yendo a mu-

chos de los pacientes que se atienden en los servicios de salud, y peor aún a aquellos cuyas condiciones socioeconómicas y culturales les impiden acceder a ellos. El argumento es valedero, pero conlleva un supuesto que es necesario revisar: el personal de salud no es un mero aplicador de técnicas diagnósticas o dispensador de medicamentos, ya que más que aplicar terapéuticas debe instrumentarse como recurso terapéutico y, sin lugar a dudas, esa instrumentación y la calidad del contrato que construye con la población se encuentran imposibilitadas, en condiciones de *burnout*.

D. Nivel meso: las organizaciones de salud y el trabajo institucionalizado

A pesar de los imaginarios de práctica liberal que perfilaron profesiones como la medicina, la bioquímica o la odontología, la mayor parte de los individuos que trabajan en el sector lo hace en instituciones de diferente tamaño y complejidad. Presentar algunas ideas acerca de las personas que brindan cotidianamente servicios de salud no es tarea sencilla ya que no es posible estructurar sobre el espacio del trabajo un discurso apacible ni siquiera neutral, porque en esos territorios se dirimen muchas de las más importantes discusiones políticas de la modernidad.

Las relaciones de trabajo reales se encuentran siempre en algún punto del trayecto entre límites —no siempre caricaturales— como la explotación o la semiesclavitud o el “absoluto ejercicio liberal de la profesión”, y están desde hace muchos años en la encrucijada que se configura entre —desde las más groseras hasta las más sutiles— formas de apropiación del trabajo ajeno, por un lado, y el autoempleo exitoso, vivido como un extremo de autonomía. Esta autonomía relativa, cuando se organiza y consolida como poder corporativo, les genera dificultades a las profesiones para no volverse sospechosas de operar en contra de los intereses de lo público.

Como ya hemos visto, quienes se han dedicado a estudiar el mundo de las profesiones identifican al sector salud como un caso paradigmático de sector profesionalista, sin embargo, con el avance tecnológico y el crecimiento en cobertura y complejidad

de los servicios se ha convertido también en un sector altamente institucionalizado, con un gran volumen de empleados y un ordenamiento jerárquico que refuerza una fuerte estratificación profesional.

Según Sarfatti Larson (1999), ambos fenómenos —profesionalización e institucionalización— no son independientes, en sentido estricto se refuerzan recíprocamente. Señala que el poder médico nunca hubiera sido tal si no existiera el hospital, con su organización, su orden formal y simbólico, sus jerarquías y relaciones.

Cuando se habla de instituciones desde la mirada de la administración, se ven racionalidades: estructuras, reglamentos, escalafones, ritmos de trabajo, horarios y recursos. Cuando se las ve desde las ciencias sociales, se perciben otras cosas: conflictos, disputas, valores simbólicos en circulación y cultura.

1. Recursos humanos y estilos de gestión

Con muy poca reflexión sobre la naturaleza y la especificidad del trabajo en salud, rescatado más bien por otras corrientes como los estudios de análisis organizacional, la teoría de la burocracia o la sociología de las profesiones, el sector salud se vio, en ausencia de paradigmas propios, sometido a fuertes idearios fabriles que marcaron la organización de los hospitales y las relaciones de trabajo. Estados Unidos es un país que tuvo una fuerte influencia en esta modelización. Cuando los hospitales adquieren una mayor dimensión en la década de 1950, surgen fuertes presiones por aplicar en este ámbito lo que se había aprendido en el campo de la administración, conocimientos que, por esa época, sólo se referenciaban a las organizaciones industriales.

Una serie de becarios latinoamericanos, que estudió durante ese período en Estados Unidos, produjo manuales de administración hospitalaria que son clásicos hasta el presente y que conformaron una cultura institucional, cuyas consecuencias podríamos denominar productivistas, y que todavía en los años ochenta permitía escuchar en las Escuelas de Salud Pública frases como “en último caso, un hospital es una fábrica de consultas y de egresos”.

La administración de personal y la más modernizada gestión de recursos humanos quedaron atrapadas en una misión típica del pensamiento subordinado: ¿cómo mejorar la eficiencia y la productividad a través de medidas específicas de gestión de personal? Así se vio y se ve desfilar un conjunto de medidas más o menos ingeniosas, más o menos conductistas, de premios y castigos, orientadas a lograr un alto rendimiento individual, a través de medidas coercitivas para el cumplimiento de horarios, estímulos por productividad, medidas reglamentarias como escalafones, carreras y evaluaciones individuales. Pero lo que la gestión de recursos humanos no consigue ver, hasta avanzada la década de 1980, es que toda esta misión, las preguntas y propuestas, eran hechas bajo el supuesto de la permanencia de los estilos de gestión. A partir de esa época y cuando la mirada de la administración general se pone con más interés sobre organizaciones no fabriles, tales como unidades prestadoras de servicios, o sobre organizaciones con trabajo talento intensivo, es que surgen nuevas escuelas administrativas, revisándose los estilos de gestión y la posición de los recursos humanos dentro de ella.

Nuevas escuelas administrativas que trabajan con la lógica de calidad centrada en el ciudadano, grupos y equipos autoguidados, empoderamiento, organizaciones abiertas al aprendizaje, *coaching*, redes, cultura innovadora, abren una posibilidad a la gestión del trabajo totalmente diferente, permitiendo recuperar la centralidad del trabajador y la trabajadora en organizaciones “talento intensivas” que pueden tratar de otra forma a sus recursos humanos, no sólo como un capital valioso sino como protagonistas activos de innovación y cambios organizacionales, estableciendo nuevos contratos con la población al liberar a los servicios de salud de la grave enfermedad productivista que los aqueja.

Una perspectiva restricta de género podría conformarse con cambiar un director por una directora, pero si ambos continúan imaginando al hospital como una fábrica se avanzaría poco. Un real enfoque de igualdad de género demanda una democratización radical de las instituciones con cambios significativos en los estilos de administración.

La nueva pregunta ahora podría ser: ¿cómo encontrar los mejores estilos de gestión acordes con la naturaleza del trabajo, que

permitan dar respuestas adecuadas y flexibles a las múltiples y diversas necesidades en salud de los pacientes (también ellos mayoritariamente mujeres), sacando lo mejor del conocimiento, la dedicación y el compromiso del personal de una organización?

E. Nivel micro: la atención y las relaciones interpersonales

Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas de la historia occidental. Sabían practicar abortos y actuaron como enfermeras y consejeras. Fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, cuyos secretos se transmitían unas a otras. También fueron comadronas, que iban de casa en casa y de pueblo a pueblo. Durante siglos, fueron médicas sin título, excluidas de los libros y de la Ciencia oficial, transmitiendo sus experiencias de madres a hijas, de vecinas a vecinas. El pueblo les llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades sólo fueran brujas y charlatanas (Ibarrola, 2002).

Es relevante considerar que muchas decisiones sobre organizaciones de salud se configuran sin tomar en cuenta la naturaleza de los procesos de trabajo. Offe (1991) menciona al respecto que

El trabajo en salud, por sus especificidades, es un trabajo reflexivo en el cual las decisiones que se toman requieren una articulación de saberes provenientes de diversas instancias: formación general (con énfasis en el conocimiento científico), formación profesional (con énfasis en el conocimiento técnico) y la experiencia laboral y social mediada por la dimensión ético-política. El trabajo en salud se caracteriza así por desarrollarse en un contexto de incertidumbre resultante de una demanda indeterminada, discontinua, que exige rápidas respuestas, por lo cual la lógica que lo orienta no puede ajustarse a una normatización técnica rígida acorde con determinados criterios de productividad.

Interesa reflexionar sobre la especificidad del trabajo en salud y considerar hasta qué punto la práctica y la actitud terapéutica constituyen el núcleo de este trabajo. Atender, cuidar, diagnosticar, medicar, internar, dar de alta, seguimiento, consulta, intervenir, operar, reanimar, consolar, cuidados paliativos y consentimiento, son palabras que ayudan a comprender la naturaleza del trabajo, que además tiene una fuerte connotación relacional.

Si se entiende la multiplicidad de interacciones y la intensidad emocional que circula cotidianamente en las organizaciones de salud en la relación del personal con los pacientes y sus parientes, de los trabajadores entre sí, de los distintos estamentos y de las distintas profesiones, sin contar las múltiples interacciones que se generan con otros concurrentes habituales a los servicios de salud, como estudiantes y agentes de propaganda médica, se entiende que la red relacional puede quedar establecida y a su vez generar un orden muy particular. A pesar de los imaginarios horizontales, como los discursos de “equipo de salud”, la mayor parte de esos vínculos son vistos como relaciones jerárquicas y asimétricas, en términos de poder y de saber; asimetrías que son percibidas como más o menos útiles, fundantes, funcionales y terapéuticas.

En este sector es políticamente correcto hablar de participación social, pero se ha avanzado poco en la discusión de la democratización del consultorio, de la relación médico/a-paciente, médico/a-enfermero/a y las otras múltiples relaciones de este particular mundo organizacional. Nuevamente se observa aquí una oportunidad para discutir sobre la necesaria inscripción de una perspectiva de género en el análisis.

Desde distintas miradas, diversos autores de la sociología de las profesiones reconocen que la medicina patriarcal tiene sus orígenes en los intentos de disciplinar un movimiento percibido como peligroso por las autoridades eclesíásticas, el de las mujeres sanadoras, que identificadas como “brujas buenas” eran perseguidas con igual saña que aquellas a las que se acusaba de hacer el mal. Los primeros desarrollos de la “medicina oficial” parecen haber ofrecido, queriéndolo o no, argumentos para la intervención de la mismísima inquisición contra las sanadoras.

Otros autores traen a una época más reciente la fundación de la medicina moderna, especialmente en el caso de Inglaterra donde, a mitad del siglo XIX, la nueva corporación médica congrega a cirujanos, médicos generales y boticarios en una profesión conjunta de carácter netamente masculino, fundando la medicina tal como hoy la conocemos y dejando expresamente afuera a sanadoras y parteras que ya eran para la época una fuerza laboral extensa y calificada.

El ingreso de las primeras estudiantes de medicina constituye, en consecuencia, una operación de resistencia que, en muchos casos, se alineó con otras luchas políticas como el sufragismo y el derecho a la planificación familiar. Respecto del caso de Estados Unidos, Paul Starr (1982) menciona que las feministas reclamaban que eran excluidas del derecho a participar en las decisiones médicas por los doctores paternalistas como pacientes, enfermeras y en otros roles del cuidado de la salud. Los médicos rechazaban compartir información o tomar su inteligencia seriamente.

La consecuencia más directa del movimiento feminista en la medicina fue un súbito incremento del número de mujeres que estudiaban la profesión en Estados Unidos. En 1970 sólo el 9% de los estudiantes de medicina eran mujeres, al final de la década habían superado el 25%. Pero tan importante como el cambio en número fue el cambio en conciencia. Las primeras generaciones de mujeres médicas se sentían obligadas a probar que podían hacer las cosas sobre los términos fijados por la dominante posición de los médicos hombres. Las nuevas generaciones de médicas exigieron que los médicos cambiaran sus actitudes y conductas, además de la modificación de las prácticas institucionales para adecuarlas a sus necesidades como mujeres (JAMA, 1980, citado por Starr 1982). Starr agrega que la nueva conciencia de derechos invadió la misma casa de la medicina e insistió en cambiar las reglas del comportamiento y las prácticas profesionales.

Los sectores más radicales del movimiento de mujeres afirmaban que tenían que “tomar la medicina en sus propias manos”, argumentando que el cuidado médico debía ser desmitificado y que la vida de las mujeres tenía que ser desmedicalizada. Sostenían

que el nacimiento no era una enfermedad y que el parto normal no requería ni internación ni supervisión de un obstetra (Starr, 1982).

Konner (1994), preocupado por la caída de la calidad de la atención y la extensión de la denominada “medicina defensiva”, donde se prescriben estudios y tratamientos para protegerse más de los juicios de mala práctica que para la curación del paciente, señala que “algunos predecían que el gran influjo de las mujeres en la medicina —ellas ascendieron desde un 5% hasta un 30% en los años setenta— humanizaría la profesión. Pero, lejos de esto, estas mujeres han tenido básicamente que adaptarse a la cultura médica masculina (hegemónica) antes que cambiarla”.

El mismo autor menciona al legendario profesor de medicina de Hopkins, William Osler, uno de los más famosos médicos de la historia norteamericana, que es descrito, al mismo tiempo, como un arrogante miembro de la clase alta: “él prevenía a las mujeres de entrar a medicina; una mujer sin urgentes lazos familiares [las únicas que por esa época podían ingresar a medicina] afirmaba, es muy propensa a transformarse en un elemento peligroso, a menos que sus emociones y energía sean derivados a canales apropiados” (Konner, 1994).

En el libro *Médicos, la otra historia* (Pekkanen, 1989) se recoge un testimonio donde se observa cómo las dificultades más grandes para la incorporación de la mujer a nuevas especialidades provienen de resistencias en el propio grupo profesional:

Creo que los médicos piensan que los pacientes masculinos no quieren a una cirujana, ya sea para una hernia o para una vesícula. Tienen la idea de que los pacientes masculinos pensarán que una cirujana no es tan buena como un cirujano. Pero creo que esto es lo que piensan los médicos, no los pacientes, porque nunca tuve un problema como ése con los hombres que he tratado. Pensé en adoptar otra especialidad. Mucho dependerá de lo que ocurra en los próximos cinco años. Si sigo teniendo el 90% de cirugías de mama, podría cambiar.

La inserción de las mujeres en la profesión médica “como uno más” no sucede sin costos personales y familiares. Un trabajo sobre el estrés en las médicas, publicado en España, es muy gráfico y descriptivo (Prieto, s/f):

Otra de las dificultades a las que tienen que hacer frente las médicas que compaginan su trabajo con sus responsabilidades familiares, casi nunca repartidas con el varón en condiciones de igualdad, es el estrés, que les va afectando de forma progresiva y continuada debido a la presencia de varios factores, entre los que se puede destacar el acoso laboral y el sexual [...] también la propia maternidad supone una “penalización” para las facultativas. Asimismo, las profesionales de medicina suelen sufrir, más que sus compañeros y que otros colectivos, el llamado síndrome del trabajador quemado, que ya está considerado una enfermedad laboral por los tribunales en España. De hecho, según las investigaciones realizadas al respecto, parece que este síndrome es más frecuente en el personal de hospital que en el de los centros de salud, siendo el perfil tipo una mujer, mayor de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad profesional y más de 11 años en el mismo centro de trabajo, dedicando a los enfermos al menos el 70% de su jornada laboral, y trabajando entre 36 y 40 horas a la semana.

La incorporación creciente de mujeres en la medicina es en cierta forma “un regreso” a la función social de sanar que, en sus orígenes y consecuencias, dista de ser un mero fenómeno demográfico. La feminización de la medicina en sus momentos iniciales está atravesada, en algunos países, por una posición proactiva de movimientos sociales de mujeres con reivindicaciones frente a la exclusión, y tiene diversos efectos sobre la medicina, sobre la sociedad y sobre la vida de las profesionales que quedan sometidas a una carga múltiple.

F. Feminización de la medicina y ¿masculinización de la enfermería?

Sospecho que hay algo engañoso en la incorporación masiva de las mujeres al sistema de salud. En principio las profesiones se “feminizan” cuando pierden prestigio social o rédito económico, y esto ha sucedido en nuestro país con la salud. Actualmente la matrícula es mayoritariamente femenina, con un nivel similar de capacitación y, sin embargo, las direcciones de los hospitales siguen estando a cargo de varones, pero lo que es más grave, el sistema de salud no es más amable con las mujeres. El empoderamiento individual de las mujeres no se ha traducido, por lo menos automáticamente, en un verdadero empoderamiento del género, ni en la cuota de poder, ni en la adaptación del sistema a las necesidades de las mujeres, cada vez más acuciantes por la creciente feminización de la pobreza (doctora Marcela Durrieu).⁵

La Alianza para el Progreso genera una apertura de la universidad que influye doblemente en la feminización de la fuerza laboral en salud. La fuerte expansión de matrícula de las décadas de 1960, 1970 y 1980 en América Latina es producto de la incorporación masiva de las mujeres y no de una verdadera universalización del acceso a los sectores populares. Esto termina influyendo también en las carreras tradicionales de salud como medicina, odontología, farmacia, y bioquímica.

El auge adicional en algunos países de la psicología y otras profesiones conexas, como psicopedagogía y terapia ocupacional, amplía la base hasta llegar a un punto en que las carreras directa o indirectamente vinculadas a salud pasan a ser, en muchas grandes universidades, una proporción significativa del total de alumnos.

Sin embargo, esta tendencia vivida a veces como “irracional” tiene su correlato en el mercado de trabajo y se verifica que, por efecto de las demandas propias del sector y por una reducción o

⁵ Entrevista de la Asociación de Médicos Municipales en el Día Internacional de la Mujer.

retroceso de otros sectores, el peso de la capacidad de empleo de salud ha crecido hasta llegar a más del 8% de la población económicamente activa (PEA) en algunos países.

En los países centrales, la participación de la mujer en la fuerza laboral médica creció significativamente:

Cuadro IV.1: Participación de mujeres sobre el total de médicos ocupados, países seleccionados - 1970-2000 (en porcentajes)

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

FUENTE: Steven Simoens y Jeremy Hurst, “The supply of physicians services in OECD countries”, *OECD Health Working Papers*, n° 21, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), enero de 2006.

Para América Latina no se han encontrado datos similares a los del cuadro precedente, pero se pueden tomar algunos casos puntuales. Según Abramzón (2005), el proceso de feminización profesional en la Argentina —a pesar de basarse en datos censales de un único registro, procesado en el país por primera vez en el censo 2001, se puede seguir la tendencia por los grupos de edad del registro— le permite detectar que “los varones eran el 61% del total de médicos en el país. Sin embargo, entre las personas de 65 años y más, este porcentaje aumenta al 80% mientras que entre los 20 y los 29 años [a la inversa] el 59% del total son mujeres”. Esta evolución permite suponer que, de modo coincidente con los estudios desarrollados en el campo de la educación superior en América Latina,⁶ el punto de inflexión de la tendencia se ubica

⁶ Abramzón cita un estudio hecho por Rama en 1987 para CEPAL-Unesco-PNUD.

ría en la década de 1980, momento identificado como el de consolidación del ingreso masivo de las mujeres a la universidad.

Brasil cuenta con datos que permiten reconstruir una serie más prolongada y verificar la tendencia. En Machado (1997) se observa que mientras en los años cuarenta la proporción de médicas era del 1% en el país, sube en los años cincuenta a 12,3%, en los sesenta a 15,4%, en los setenta a 28,6%; coincidiendo con lo que señala Abramzón, se eleva en los ochenta a 42,9% y en los noventa a 48,8%; desdoblado por regiones se observa que superan este promedio con más del 50% la región noreste (54,0%) y la concentración en capitales de Estado (50,5 por ciento).

En este estudio se verifica, además, que el 75% de las médicas trabaja en el sector público, contra el 67% de los médicos; que el 46% hace guardias, contra el 50% de los médicos; asimismo, en relación con el multiempleo se verifica que mientras el 57% de los médicos declaraba tres o más ocupaciones, esta proporción bajaba al 49% de las médicas. Si se observa la diferencia de renta para el año 1995 por generación y sexo, mientras el 24,3% de los médicos jóvenes ganaba más de 2.000 dólares, esta proporción se reducía al 16% de las médicas mujeres. En el caso de las generaciones más grandes, seleccionando la de los graduados en los años setenta como la más exitosa, mientras el 75% de los médicos ganaba más de 2.000 dólares, para ese mismo número de años de graduación sólo el 41% de las médicas ganaba más de 2.000 dólares.

Respecto de la elección profesional en Brasil, se puede verificar la diferencia por especialidad: para 1995 las médicas predominaban en pediatría (59,6%), alergología (60,2%), dermatología (61,1%), hemoterapia (71%) y medicina sanitaria (54%). Considerando las otras especialidades básicas, las médicas constituían el 39,5% de los gineco-obstetras, el 28,6% de los clínicos internistas, el 20,7% de los médicos generales y el 5,2% de los cirujanos.

Bloch, Luppi y Aronna (2003) encuentran en la ciudad de Rosario, Argentina, algo similar a lo encontrado en Brasil por el grupo de Machado. Mientras sólo el 26,9% de los médicos tenía una sola ocupación, el 39,3% de las médicas se encontraba en esa situación. En relación con la práctica de hacer guardias, el 32,9% de los varones y el 55,5% de las mujeres entrevistados lo hacía. En

relación con la categoría subocupación, ésta afectaba al 27,2% de los varones y al 37,2% de las mujeres. La comparación entre dos investigaciones del mismo equipo (1978-1999), realizadas en Rosario, permite verificar algunas diferencias significativas. Mientras en 1978 el 17,8% trabajaba sólo en un subsector, en 1999 lo hacía el 55,4%. Mientras en 1978 el 74,2% contaba con un salario, en 1999 la proporción bajó al 66,6%. Entre los médicos jóvenes de cinco y menos años de graduación en 1978, el 21% tenía una sola ocupación, y en 1999 ascendió al 58,8%. Se percibía entre estos médicos una inadecuación entre la formación y la práctica concreta en el 29,5% de los casos en 1978 y en el 52,3% en 1999.

De la constatación de los elementos que confirman e intentan explicar las consecuencias de la "feminización" de la medicina surgen preguntas acerca de un tema que parece no ser motivo de preocupación, referido a la mirada específica que las mujeres aportan a la función terapéutica. En una lógica de "no hay diferencias", "podemos hacer lo mismo", no cabe duda, pero ¿se necesita hoy que "hagamos lo mismo"? ¿tan buena es la práctica médica hoy como para no abrir un espacio a nuevas miradas que pudieran resultar aportes específicos de las mujeres en estas profesiones?, ¿tan satisfactoria es la calidad de atención, especialmente cuando se la define desde las necesidades subjetivas de usuarios y usuarios como para no generar sinergias entre feminización, nuevas subjetividades e incremento de la calidad, pertinencia y calidez de los servicios de salud?

Dessors y Guillo-Bailly (1998) afirman que "[...] porque una mujer puede ejercer 'virilmente' una profesión de hombre, identificándose con los valores dominantes [...] es mucho más desestabilizante la cuestión planteada por la manera diferente en que las mujeres pueden ejercer las mismas tareas". Esto supone que se valoricen culturalmente también las actividades que, en el imaginario social, tienen que ver con la femineidad y supone también, socialmente, que disminuya la velocidad de la carrera en pos de las ilusiones tecnofólicas. Éste es uno de los debates más interesantes hoy entre dos criterios de calidad: uno centrado en la lógica de ajustado cumplimiento de estándares técnicos contra una calidad centrada en la lógica de ponerse en el lugar del otro (de la

otra), de la escucha empática, de aprender a caer en las necesidades del paciente.

Existe una serie de preocupaciones —algunas reales y otras imaginarias— respecto del incremento proporcional de mujeres en las profesiones patriarcales de la salud, particularmente la medicina. Se percibe que frente al inocultable fenómeno surgen inquietudes y aparecen voces preguntándose: ¿Cómo compatibilizan las médicas trabajo y vida familiar? Una pregunta sospechosa, ya que por más de cien años no se la ha hecho respecto de las enfermeras ni de las otras profesiones femeninas. Cuando el interrogante es planteado, la respuesta suele ser: menor carga horaria en el trabajo remunerado, lo que se traduce en salarios, en oportunidades de capacitación y de carrera.

Por otra parte, la ecuación según la cual más mujeres equivalen a caída del valor de los salarios es una relación que se ha visto en algunos ámbitos, pero que puede ser más consecuencia que causa. En realidad, las evidencias señalan que cuando los hombres abandonan espacios que reducen su atractivo económico, aumentan las opciones para las mujeres. Sin embargo, en muchos países de la región el número absoluto de médicos en cada segmento autónomo del mercado laboral parece mucho más determinante que el sistema sexo/género en esa ecuación.

En este contexto, también surge el interrogante de si las mujeres se retiran antes del ejercicio profesional. En la mayoría de las legislaciones laborales se diferencian los años de edad necesarios para retirarse de hombres y mujeres, pero al mismo tiempo, en muchos países de América Latina, con las jubilaciones muy devaluadas, los profesionales en general y los médicos en particular prolongan su vida profesional respecto de la edad jubilatoria y nada indica que no ocurre lo mismo con las médicas.

1. Más hombres enfermeros

Un fenómeno similar e inverso, aunque de poca magnitud, puede servir para ilustrar y reforzar la importancia de incorporar una perspectiva de género: en el campo de la enfermería, en al-

gunos países comienza a percibirse un incremento en el número de enfermeros varones, tal como ya adelantaba Pautassi (2001) para el caso argentino y ratifica con datos nuevos en este libro.

En la investigación publicada por Wainerman y Geldstein (1990) ante la incipiente tendencia que identifican no sólo en la Argentina sino también en Estados Unidos, Brasil, Panamá, entre otros países, entrevistan a auxiliares de enfermería mujeres y varones. El testimonio de un auxiliar de enfermería resulta ilustrativo:

Los sentimientos los tiene cualquiera [...] El hombre no puede tener instinto maternal porque no es mujer, pero puede tener esa sensibilidad que se necesita ante el que está postrado en una cama [...] hay que educar al paciente, informarle que estamos formados igualmente en capacitación y trabajo y darle seguridad. Un paciente que ve que vos actuás con seguridad te toma confianza, seas varón o mujer.

Las autoras refieren que las y los entrevistados mencionan con frecuencia que “en los últimos años” están ingresando cada vez más varones a la ocupación, venciendo “el machismo” de la sociedad y el temor a ser vistos como homosexuales por participar de una ocupación “de mujeres”.

El ingreso de varones es bienvenido por unos y por otros, contrariamente a lo que ocurre en las ocupaciones masculinas cuando sufren una invasión de mujeres [...] ¿Será que anticipan que de ocurrir, los varones lucharían por mejorar las condiciones laborales y salariales y por la jerarquización de la ocupación a través de un activismo sindical que las mujeres no practican?

Castrillón (1997) observa desde el polo académico algo parecido:

La función social de enfermería se construyó bajo el estereotipo femenino [...] Dicha construcción atraviesa la cultura, por eso no cambia fácilmente con la sola presencia de profesionales varones, debe ser modificada cultural y socialmente,

desaprendiendo ideas, representaciones y roles de género, reconstruyendo la identidad profesional y desarrollando una práctica profesional creativa y enriquecedora donde el poder no se delegue, por costumbre, en los escasos profesionales de sexo masculino, que pasan a ser los representantes estudiantiles, sindicales y voceros de planteamientos, discutidos y elaborados por una amplia mayoría de mujeres. En la nueva construcción de los roles de género, el profesional de enfermería ejerce un papel muy importante en los campos de investigación, en la educación para la salud y las propuestas de políticas sanitarias. El acercamiento entre mujeres se debe aprovechar para desarticular colectivamente los mecanismos socioculturales que mantienen tales condiciones.

G. Migraciones de personal de salud

La motivación principal en la definición de un año (2006) y una década (2006-2016) dedicada a los recursos humanos en salud es el fenómeno de las migraciones profesionales, pero ¿es éste un fenómeno totalmente independiente de la feminización de la fuerza laboral en el sector?

Como mencionan Chen y Boufford (2005), el movimiento de médicos desde los países más pobres hacia los más ricos es un constante obstáculo para la salud global. Ghana, con 0,09 médicos por 1.000 habitantes, envía doctores al Reino Unido, que tiene un índice 18 veces mayor. Los Estados Unidos, con un 5% de la población mundial, emplean el 11% de los médicos del mundo y su demanda está creciendo. El 25% de los médicos de ese país es graduado en el extranjero y la proporción de otros países como el Reino Unido, Canadá y Australia es aún mayor. Muchos de esos médicos provienen de países pobres con altas cargas de enfermedad, precisamente aquellos países que no pueden afrontar una pérdida de profesionales. Cabría entonces preguntarse: ¿cómo participan las mujeres de este fenómeno?

La información es incompleta e insuficiente, pero se pueden identificar ciertas razones para dar respuesta a este interrogante, si

se considera, por ejemplo, que “cada vez hay más mujeres que migran solas”, tal como menciona Gloria Fontes de Migrant-OIT.⁷

La feminización de las migraciones significa en esencia que hay más mujeres que emigran solas, cuando anteriormente lo hacían acompañando a sus esposos o reuniéndose con ellos más tarde. Desde comienzos de los años ochenta se ha producido un cambio en la tendencia; en ciertos sectores de los países de destino hay más demanda de mujeres y al no encontrar trabajo en sus propios países se ven obligadas a ir al extranjero. La migración siempre tiene repercusiones positivas y negativas. La repercusión positiva incluye el hecho de que las mujeres pasan a tener mayor poder adquisitivo. El aumento de su potencial de generación de ingresos puede hacer que su papel en la familia pase a tener mayor importancia y de allí que su voz tenga mayor peso en el hogar, lo que es muy importante.

Frente a la pregunta por la magnitud del fenómeno, nos encontramos que en el año 2005 los migrantes internacionales llegaron a los 191 millones. Se calcula que para ese mismo año más del 13% de esos migrantes en el mundo nació en América Latina y el Caribe, es decir, unos 25 millones de personas, y que más de la mitad de ese contingente son mujeres (Rico, 2006).

Malvarez, Siants y Hersberg (2004) detectan que América Latina es la región que menos estudia el fenómeno de migración de enfermeras. Los autores entrevistaron informantes clave de 16 países de la región y mencionan que en 15 de ellos detectan que la migración de enfermería es un hecho real. Las razones más frecuentes son de carácter económico y por deficientes condiciones de vida. La mitad de estos países reconoce que no hay una política para orientar o frenar este fenómeno.

⁷ Entrevista realizada por Barbara Kwateng de la Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres (CIOUSL), a Gloria Fontes, del Programa Internacional para las Migraciones (Migrant) de la OIT, disponible en: <www.lainsignia.org/2004/junio/econ_009.htm> [19 de julio de 2006].

Un caso más estudiado es el de las migrantes caribeñas, especialmente las enfermeras de Trinidad y Tobago, fenómeno que se remonta a la década de 1970. Entre los factores críticos que las motivan a salir de su país están los bajos salarios, las desfavorables condiciones de trabajo, la sobrecarga de éste y las limitadas perspectivas profesionales, entre otras. Esta situación ha coincidido con la creciente disminución de enfermeras en Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido, donde las ofertas de trabajo incluyen, entre otras cosas, buenos salarios y beneficios, un manejo moderno de recursos humanos, ambiente de trabajo profesional, posibilidad de residencia permanente (*green card* en el caso de Estados Unidos), apoyo financiero para el registro y procedimientos migratorios, red de apoyo a familia y amigos y oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional, una mejor calidad de vida personal y para la familia. Para evitar la presión en el sistema público de salud, el gobierno de Trinidad y Tobago ha reclutado enfermeras desde Cuba y Filipinas; aun cuando ésta no es una solución a largo plazo, provee al menos alivio inmediato a las necesidades del servicio, que se ve presionado día a día por el aumento en la edad de la población y por la aparición de la crisis de VIH/Sida (ECLAC/CDCC, 2003).

Aunque la migración masiva de enfermería a los países centrales es desalentada por la barrera del idioma, no ocurre así con el caso de España. Según datos de la OIT (Moreno Fontes, 2004), en España 120.000 trabajadores extranjeros legales provienen de seis países de América Latina, más de la mitad de ellos (56,8%) son mujeres, las que a su vez representan el 33% del total de trabajadoras migrantes legales de toda España.

Máximo González Jurado (2006) menciona que

[...] tenemos la media europea [de enfermeras] más baja de profesionales, sólo por delante de Portugal y Grecia [...] la enfermera española, que es muy buena en calidad y competencia, está sobrecargada, estresada, desmotivada por tener que hacer lo que tendría que hacer una enfermera y media [...] Creo en la libre circulación de trabajadores pero no parece razonable que las enfermeras de España se vayan a Europa [sic] y aquí vengan de Latinoamérica.

H. La nueva agenda internacional: la perspectiva de género con dificultades para emerger

Durante la VI Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto, del 4 al 7 de octubre de 2005, organizada por la OPS y fuertemente apoyada por los gobiernos de Brasil y Canadá, que seguramente será llamada a ser una reunión muy influyente respecto de los recursos humanos, la perspectiva de género no fue explícitamente mencionada, aun cuando “sobrevoló” la reunión en el entretendido de problemas y preocupaciones.

López Acuña hizo la presentación inicial por la OPS y abrió la reunión planteando cinco desafíos para la década:

1. Adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población.
2. Colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa del personal de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades.
3. Regular los desplazamientos de los profesionales de salud, tanto dentro del país como en migraciones internacionales, de manera que permitan mantener en funciones los servicios de salud para toda la población.
4. Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de brindar buenos servicios de salud a toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación profesional (universidades, escuelas) y las de servicios de salud que permitan adecuar la formación para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad, que sirva a las necesidades de la población.

A excepción del tema de migración, la agenda propuesta parece eludir los problemas emergentes posteriores a las reformas de los años noventa y más aún si se la considera desde un enfoque de género.

En la misma reunión, Eva Reyes Gómez, presidenta de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), mencionaba en su ponencia que es muy bajo el interés de las enfermeras por organizarse en la búsqueda de mejores condiciones del ejercicio profesional, situación que puede estar relacionada con una pobre o nula motivación en su etapa de formación, por el multiempleo o por la triple carga de trabajo asociada a la condición de género predominante en la profesión.

En términos generales y por la opinión de los asistentes a la reunión, se percibe que el problema de género no es una perspectiva central que guíe las propuestas que se están haciendo para los próximos años en la región y, por lo que parece, tampoco en el mundo. No es de extrañar, ya que en el informe del Observatorio de los Recursos Humanos de Salud —propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT, Quito 2000— se exhibe una tabla con 167 problemas críticos identificados por responsables de recursos humanos en salud de nueve países de América Latina: Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, México, Panamá, Perú y El Salvador, agrupados en cuatro grandes áreas:

- i) calidad del empleo,
- ii) productividad del trabajo y calidad de los servicios,
- iii) formación y capacitación de recursos humanos, y
- iv) gobernabilidad y conflictividad sectorial.

Sin embargo, no existe mención directa o indirecta a los fenómenos de feminización profesional ni a los aportes específicos que pudieran hacerse desde una perspectiva de género.

La ausencia de la perspectiva de género se mantiene a pesar de que, como menciona Pautassi (2001), para tomar el caso de un país como la Argentina, se ha podido estimar que, en octubre de 1999, 530.000 personas trabajaban en el sector salud, de las cuales el 70% eran mujeres, que además representaban cerca del 10% del total de ocupadas de la economía. Esta población es la que requiere ser urgentemente intervenida para lograr políticas y acciones específicas que incorporen equidad de género y que impliquen un mejoramiento en la calidad de la atención de la salud y el bienestar de la población. En el mismo texto se observa que es

probable que este peso relativo quede subsumido por la distribución jerárquico-profesional ya que, en el sector, sobre 100 hombres que trabajan 53,6 son profesionales, mientras que de 100 mujeres sólo 26,9 son profesionales. Estos números no difieren de la situación de otros países, con distintos grados de profesionalización, pero con una similar proporción de trabajadoras en el sector que oscila entre el 50 y el 70%. En los organismos internacionales ocurre lo mismo que en los gobiernos: existen programas y unidades organizacionales “especializados en género”, muchas veces programas importantes e iniciativas prestigiosas, pero aun así no atraviesan los compartimentos institucionales y tampoco permean la cultura de la organización para incorporar transversalmente este enfoque.

Si analizamos la agenda para la década de recursos humanos en salud, podemos observar un caso parecido. Según puede verse a continuación, frente a una hipótesis de carencias generales y específicas de recursos humanos se plantean políticas de impacto sumamente relevantes, pero que no consideran esta perspectiva, aunque parece obvio que los objetivos planteados podrían alcanzarse con mayor facilidad incorporando la mirada de género.

OCDE: Trabajando en salud

Agenda internacional para el debate

1. Brindar una cantidad y calidad apropiada de servicios de salud en forma eficiente requiere, entre otras cosas, de un apropiado acople entre la demanda y la oferta de médicos. Tales acoples (o desacoples) han conducido a diversas relaciones médico por habitante en los países de la OCDE, algunas de esas variaciones se asocian a diferentes morbilidades, mortalidades, financiamientos en salud como porcentaje del PBI. Además, hay signos de que una densidad de médicos más alta se encuentra en países que han dejado la oferta de médicos librada al mercado, mientras que las de menor densidad se encuentran en las que han planificado por muchos años en forma centralizada el ingreso a las carreras de medicina.
 2. Cierta escasez de médicos ha aparecido ahora en un número de países de la OCDE. Parece que esta escasez podría empeorar en un número de países en las próximas dos décadas, como resultado de la creciente demanda y la caída de la oferta de médicos, a menos que contramedidas sean tomadas rápidamente. Las medidas podrían incluir un reclutamiento mayor entre los jóvenes, generando incentivos, que a su término requerirá incrementar la remuneración de los médicos y/o mejorar las condiciones de servicio.
-

3. Los países tienen a su disposición una variedad de instrumentos de política adicionales para influir en la oferta de médicos, incluidas las políticas de educación y entrenamiento, políticas migratorias, y políticas que regulen la retención y el retiro.
4. Algunos países están ahora incrementando su ingreso a las facultades de medicina o discutiendo su incremento.
5. La inmigración de médicos puede aliviar la escasez en los países donde los números marcan carencias, pero esto acarrea difíciles preguntas acerca de la equidad internacional cuando hay un flujo sistemático de médicos sostenido en el largo plazo, desde los países más pobres con un nivel bajo de salud hacia países ricos con alto nivel de salud. Por ello muchos países de la OCDE procuran una autosuficiencia en la oferta de médicos.
6. Frente a expectativas de una ola de retiro de médicos en muchos países de la OCDE, algunos han tratado de atemperar este fenómeno ofreciendo acuerdos de retiro más flexibles, prolongando la permanencia con recompensas económicas.
7. La mayoría de los países de la OCDE presenta inequidades en la distribución geográfica de su fuerza de trabajo médica. Para atacar este problema, una mezcla de políticas educacionales, regulatorias y financieras ha sido utilizada con relativo éxito en algunos de los países.
8. Contra la creciente tendencia a la especialización, algunos países están tratando de incrementar el atractivo de las carreras en atención primaria. Hay algunas evidencias de que brindar experiencias de aprendizaje de prácticas en atención primaria, e instalar roles de atención primaria en posiciones académicas, puede influir en las elecciones de los alumnos por trabajar en atención primaria.
9. Los servicios brindados por médicos dependen de su productividad y de su número. Hay buena evidencia de que los métodos de pago relacionados con su actividad incrementan la tasa de actividad de los médicos. Pero es también probable que se incrementen los costos, y hay poco conocimiento acerca del efecto que el incremento de la actividad tiene sobre la calidad de la atención. Hay un creciente interés en generar sistemas de pago que premien la calidad de la atención cuando esto sea posible.

FUENTE: Steven Simoons y Jeremy Hurst, "The supply of physicians services in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, n° 21, París, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), enero de 2006.

I. A modo de conclusión

El campo de recursos humanos es traído súbitamente a la consideración por la OMS luego de una década perdida (1980) y una década de reformas regresivas (1990), donde no sólo hubo desinversión sino también un fuerte ataque y desvalorización del campo con el argumento de que no había recortes significativos del gasto en salud sin reducción de personal (*downsizing*). Es necesario recordar el no tan lejano espectáculo de países tomando crédito internacional para comprar renuncias en salud.

Las tendencias de mediano plazo en América Latina muestran una fuerte recomposición de la fuerza laboral en salud aunque en la práctica los imaginarios históricos cambian en forma mucho más lenta. Así, por ejemplo, hemos visto que en muchos países la feminización de la medicina no ha cambiado significativamente el carácter patriarcal de esta profesión y tampoco ha mejorado la relación con las otras profesiones tradicionalmente femeninas del sector.

Los debates del campo de recursos humanos son múltiples y resultan una base para los aportes que pueden esperarse desde un abordaje de género sobre el sector. El trabajo en sí abre hoy muchos más interrogantes de los que cierra y parece que el momento así lo exigiera, por ello hemos preferido cerrar con preguntas que podrían ayudar a avanzar en esta compleja problemática.

¿Hay un nuevo debate hoy en el mundo sobre los recursos humanos en general y en salud en particular? Si consideramos el énfasis con que los organismos internacionales, en particular la OMS, lo han puesto en agenda para los próximos años diríamos que sí. Pero ¿no hay en este énfasis un peso excesivo en la problemática de migración profesional? ¿No es —aun cuando parezca más que sensato enfatizar este flagelo que afecta a muchos países— una forma involuntaria de empobrecer la agenda, cuando el tema lleva más de veinte años fuera de los debates? ¿Qué hay de los aportes y los debates de género, de etnia, de interculturalidad? ¿Qué pasa con la discusión de las condiciones de trabajo? ¿No hay que volver a replantear la formación de los profesionales y de los trabajadores de salud en general? ¿Hay un intento serio hoy, por parte de algunos países, de cambiar las políticas de precarización del empleo? ¿Significa eso volver a algo o intentar algo nuevo? ¿Atravesó realmente el enfoque de género la organización del trabajo en salud? ¿Es posible que una profesión como la medicina, aun feminizándose, continúe siendo patriarcal? ¿Deberíamos dejar de hablar de modelo médico hegemónico, cuando las mujeres superan el 50% de la fuerza laboral médica?

Seguramente, estas preguntas quedarán abiertas porque son hoy más importantes que las respuestas que nos podamos dar y de las que puede depender lograr equidad, acceso y capacidad de respuesta de los servicios de salud para tantas personas postergadas en el planeta.

Referencias bibliográficas

- Abramzón, Mónica (2005), *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS).
- y Mario Rovere (2005), *Recursos humanos en salud. Bases para una agenda impostergable*, presentado en la reunión del Plan Fénix II, Proyecto Estratégico de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, 4 de agosto de 2006. Se puede ver un resumen en: <www.universia.com.ar/plan-fenix/desarrollsosocial/salud>.
- Bermann, Sylvia (1995), *Trabajo precario y salud mental*, Buenos Aires, Narvaja Editor.
- Bloch, Carlos, Irene Luppi y Alicia Aronna (2003), *Mercado de trabajo médico*, Rosario, Instituto de Salud Juan Lazarte.
- Bourdieu, Pierre (1983), *Campo del poder y campo intelectual*, Buenos Aires, Folio Ediciones.
- Castrillón, Consuelo (1997), *La dimensión social de la práctica de la enfermería*, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Chen, Lincoln y Jo Ivey Boufford (2005), “Fatal flows-doctors on the move”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 353, n° 17, octubre.
- Dejours, Christopher (1990), *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*, Buenos Aires, Humanitas.
- Dessors, Dominique y Marie-Pierre Guilha-Bailly (comps.) (1998), *Organización del trabajo y salud*, Buenos Aires, Lumen-Humanitas.
- ECLAC/CDCC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean/Caribbean Development and Cooperation Committee) (2003), *Emigration of Nurses from the Caribbean: Causes and Consequences for the Socio-Economic Welfare of the Country: Trinidad and Tobago - A Case Study*, (LC/CAR/G.748), Puerto España, Trinidad y Tobago, agosto.
- Etzioni, Amitai (1969), *The Semi-professions and their Organization; Teachers, Nursing and Social Workers*, Nueva York, Free Press.
- Evans, Tim (2006), “Día Mundial de la Salud 2006: Colaboremos por la Salud”, OMS, <www.who.org>, <www.who.int/world-health-day/2006/tm_speech/es/index.html> [6 de agosto 2006].
- Foucault, Michel (1980), *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta.
- González Jurado, Máximo (2006), Presidente del Consejo General de Enfermería de España, Nota en el periódico *La Nueva España*, Oviedo, versión electrónica, 30 de marzo [6 de agosto de 2006].
- Ibarrola, Ana (2002), “Sorgiñak (Brujas)”, *La Fogata Digital*, <www.lafogata.org> [19 de julio de 2006].
- JAMA (*The Journal of the American Medical Association*) (1980), “Medical education in the United States, 1979-1980”, 244, 26 de diciembre.
- Konner, Melvin (1994), *Medicine at the Crossroad: the Crisis in Health Care*, Nueva York, Vintage Books.
- Kwateng, Barbara (2004), “Cada vez más mujeres emigran solas”, entrevista a Gloria Fontes, *La Insignia*, <http://www.lainsignia.org/2004/junio/econ_009.htm>.
- Machado, María Helena (coord.) (1997), *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Malvarez, Silvina, Leon Siantis M. y E. Hersberg (2004), “Migración de Enfermeras en América Latina”, <www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar> [30 de marzo 2006].
- Moreno Fontes Chammartin, Gloria (2004), “Feminización de la migración”, *Panorama*, Programa de Migraciones Internacionales, OIT, <www.ilo.org/public/spanish/dialogue/actrav/publ/129/7.pdf> [6 de agosto 2006].
- Moser, Caroline (1993), *Gender Planning and Development. Theory, Practice and Training*, Londres, Routledge.
- Motta, Paulo Roberto (1991), *A ciencia e a arte de ser dirigente*, Río de Janeiro, Editora Record.
- Nogueira Ramos, Marise (2001), *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?*, San Pablo, Cortez.
- Offe, Klaus (1991), “Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho”, N. Deluiz (2002), *Formação*, PROFAE-Ministerio de Saúde, n° 2, mayo.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2006), “En busca de una vida mejor. La migración de los profesionales de la salud”, <www.oit.org>, <www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/features/06/nurses.htm> [6 de agosto 2006].
- Pautassi, Laura C. (2001), “Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 30 (LC/L.1506-P), Santiago de Chile, CEPAL,

- marzo. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.45.
- Pekkanen, John (1989), *Médicos, la otra historia*, Buenos Aires, Atlántida.
- Prieto, Mario (s/f), “El proceso de feminización de la medicina, imparable”, *El Médico Interactivo*, <www.elmedicointeractivo.com/informes_ext.php?idreg=104> [20 de julio del 2006].
- Rico, María Nieves (2006), “Las mujeres latinoamericanas en la migración internacional”, presentación al Seminario Internacional “Las mujeres trabajadoras migrantes y sus aportes al desarrollo del país de acogida y de origen”, II Foro Social Mundial de las Migraciones, Rivas Vaciamadrid, 22 al 24 de julio.
- Rovere, Mario (2006), *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*, OPS.
- Sagehome, D. (1989), *Por un trabajo mejor. Guía de análisis de las condiciones de trabajo en el medio hospitalario*, Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Sarfatti Larson, Magali, (1999), Presentación en el Foro sobre Estudios sobre la Universidad, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, febrero.
- Simoens, Steven y Jeremy Hurst (2006), “The supply of physicians services in OECD countries”, *OECD Health Working Papers*, n° 21, París, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), enero.
- Starr, Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, Nueva York, Basic Books.
- Wainerman, Catalina y Rosa Geldstein (1990), “Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras”, *Cuadernos CENEP* (Centro de Estudios de Población), n° 40, Buenos Aires,
- Weiss, Dimitri (comp.) (1992), *La función de los recursos humanos*, Madrid, Ciencias de la Dirección.

V

El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención*

Laura C. Pautassi

A. Introducción

La *calidad del empleo* condiciona la *calidad de la atención en salud*, y no es posible en ninguno de los dos planos alcanzar calidad sin equidad de *género*. Este supuesto fue el principal móvil para desarrollar estudios y acciones tendientes a incorporar la equidad de género en el empleo del sector salud en la Argentina.

Sin lugar a dudas, este supuesto cobra mayor relevancia en un sector como el de salud, caracterizado por conformar un mercado complejo y heterogéneo, compuesto por una multiplicidad de instituciones, actores e intereses. Un primer interrogante, necesario de despejar, es: ¿resulta posible alcanzar calidad de empleo sin políticas activas? Considerando la experiencia en América Latina, puede sostenerse que es difícil. La igualdad de oportunidades y trayectorias en el empleo, en el marco de una sociedad caracterizada por profundas desigualdades, requiere, entre otras medidas, del rol regulador del Estado, de lo contrario, el juego de presiones y negociaciones beneficiará siempre a quienes tienen mayor poder y prestigio, reproduciendo —y en algunos casos aumentando— las inequidades.

La legítima preocupación de los encargados de la provisión de la salud por otorgar una atención de calidad a la población, satis-

* Claudia Giacometti realizó el procesamiento y análisis de la información estadística.

faciendo sus necesidades y demandas respecto de la situación de salud/enfermedad, se encuentra mediatizada por el hecho de que, más allá de las tecnologías utilizadas y los programas que se instrumenten, son las y los trabajadores del sector quienes, con su presencia, su propio cuerpo, sus conocimientos, sus estados anímicos y sus condicionantes, contribuyen directamente a la calidad de la atención. Las condiciones laborales en que se desempeñan ciertamente inciden en ello.

En la Argentina, la ocupación del sector salud explica aproximadamente el 8% del *empleo total femenino*, considerando que el 65% de quienes trabajan son mujeres. Los dos sectores que tradicionalmente han concentrado una proporción más elevada de mano de obra femenina, con excepción del servicio doméstico,¹ son la enseñanza y la salud. En el año 2004, por ejemplo, en el sector salud el 70% del total de cuentapropistas y el 64% de los asalariados eran mujeres, mientras que en la educación representaban el 77% del total. Esto da cuenta de la importancia que tiene la ocupación en salud para la población femenina como oportunidad de ingreso al mercado de empleo remunerado, transformando la gestión de recursos humanos en salud en una política importante para avanzar hacia la equidad en el mercado laboral sectorial. Por esta razón, desde un enfoque de género, el análisis no puede limitarse a comparar cantidades, se requiere conocer cómo se distribuyen los puestos según las distintas funciones y niveles de calificación y avanzar en el análisis de la calidad del empleo.

En este contexto surgen variados interrogantes que guían el presente capítulo: ¿cómo definir estrategias y herramientas de intervención sin diagnósticos precisos? Si la equidad de género y la igualdad entre hombres y mujeres es un objetivo a alcanzar asumido por el Estado argentino ante los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ¿cómo se evaluarán los avances, si no existen sistemas adecuados de información sobre el mercado laboral y su aporte a la superación de la pobreza? Esta situación alcanza al sec-

¹ El 97% de los ocupados del servicio doméstico eran mujeres. Los datos que se mencionan corresponden al segundo semestre de 2004.

tor salud, pero también lo trasciende y se expande a todo el mercado de empleo remunerado.

Si se considera que, en los últimos cinco años, fueron iniciadas diversas acciones de promoción para incorporar la equidad de género en el sector salud, surgen preguntas como: ¿qué cambios han ocurrido en materia de política laboral en el sector salud?; ¿cuál fue el impacto del proceso desencadenado?; ¿qué papel cumplieron los actores involucrados?; ¿ha variado la composición del empleo en salud?

En este marco, priman los interrogantes más que las respuestas. Así, nos preguntamos acerca del estado actual de la equidad de género en el sector, como también en qué medida los datos disponibles permiten avanzar en un diagnóstico. Algunas respuestas se presentan en este y otros capítulos del presente libro, considerando especialmente la situación de los profesionales de la salud, la estructura actual del empleo sectorial, la relación entre la distribución y las características del empleo, destacando la importancia de las políticas de equidad de género en materia de recursos humanos, en el marco de una compleja red institucional de provisión de salud en la Argentina.

El análisis intenta superar las carencias de información actuales, optimizando los datos disponibles y señalando los vacíos, con el objetivo de relevar un desafío que debe ser asumido por el Estado (nacional, provincial y municipal) en colaboración con los demás subsectores y actores públicos y privados involucrados. Se intenta presentar un estado de situación que —analizado desde una perspectiva de género— permite observar cuáles fueron los resultados, en materia de igualdad de oportunidades, de las políticas o de su ausencia, a pesar de que la cantidad y calidad de la información no es suficiente para avanzar en una evaluación de impactos de políticas que, por otra parte, no siempre están formuladas explícitamente en materia de salud. Finalmente, se concluye presentando opciones de política y de acciones que pueden desarrollarse.

B. Los profesionales de la salud. ¿Se está alcanzado la paridad?

Uno de los elementos centrales, a la hora de analizar el mercado de empleo remunerado en salud, es conocer cuál es la oferta de mano de obra, particularmente la de profesionales, considerando además el tipo de servicio que se presta en este sector. Desde la perspectiva de género, sobre la base de una tendencia que se perfila en un anterior diagnóstico (Pautassi, 2001), interesó conocer si existe una feminización de la matrícula total y si se presentan disparidades que puedan observarse a nivel jurisdiccional.

Las fuentes de información son variadas (universidades, Ministerio de Salud, registros provinciales y nacionales de matriculación), sumándose la ausencia de sistemas que procesen la información de manera comparativa y uniforme. De los relevamientos estadísticos existentes, si bien la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) consulta sobre el nombre de la carrera en los profesionales con título terciario o universitario, los datos no fueron codificados, razón por la que no es posible utilizarlos. El Censo 2001 es hoy una herramienta posible, pues por primera vez se incluye una desagregación por sexo de los profesionales. Si bien esta fuente proporciona una imagen de la situación en un momento determinado, la posibilidad de incluir la variable edad puede ser un buen *proxy* para identificar tendencias.

Tal como se observa en el cuadro V.1, se verifican importantes cambios dentro de las profesiones vinculadas a la medicina y ciencias auxiliares. La comparación de la presencia femenina en la matrícula por grupos de edad evidencia la feminización que se ha producido en las últimas décadas. El mayor cambio se verifica en medicina, donde las mujeres pasaron de representar la cuarta parte de los egresados de esa carrera en el grupo de 50 años y más, al 56% que representan entre las más jóvenes. La única profesión que muestra una tendencia inversa es enfermería, que incrementa el número de egresados varones (de 3% en el grupo de 50 y más, pasa a 22% en el otro extremo etario), tendencia que ya había sido adelantada en Pautassi (2001); cabe destacar que conti-

núa siendo una carrera mayoritariamente femenina. Estos cambios de composición se observan en todas las regiones del país (cuadros V.1 y V.2).

Cuadro V.1: Mujeres en la población de 20 años y más, que completó el nivel universitario por grupos de edad según disciplina y área de estudio, total del país - 2001 (en porcentajes)

Disciplina, área de estudio	Total	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 y más
Total	49,0	60,4	53,3	49,0	39,0
<i>Medicina y carreras auxiliares</i>	52,7	69,7	60,3	54,7	38,2
Medicina	39,0	56,4	48,3	43,7	25,2
Enfermería*	84,5	77,7	77,6	87,5	92,0
Kinesiología	72,0	72,5	70,1	76,7	70,1
Fonoaudiología	98,5	98,7	98,8	98,3	97,8
Nutrición	97,0	97,1	95,4	97,5	99,0
Radiología	60,7	64,8	56,4	63,4	60,2
Obstetricia	99,2	98,6	98,5	99,1	99,7
Óptica	56,3	69,3	54,8	56,5	45,5
Laboratorio	81,2	85,5	79,7	78,6	82,4
Instrumentación quirúrgica	93,5	90,9	92,1	95,9	98,4
Terapia ocupacional	90,9	91,0	90,3	90,8	92,2
Musicoterapia	84,5	90,4	80,0	82,2	94,4
Resto	76,2	77,4	76,9	81,9	72,3
<i>Humanidades y Ciencias Sociales</i>	75,7	76,9	73,7	76,4	76,2
Psicología	84,0	90,1	83,5	82,4	83,1
<i>Farmacia y Bioquímica</i>	69,3	74,6	72,9	74,9	58,9
Farmacia	68,9	73,8	71,0	74,1	61,9
Bioquímica	69,6	75,5	75,5	75,3	55,3
<i>Ciencias de la Educación</i>	84,1	84,8	83,4	83,0	86,0
Psicopedagogía	97,6	98,4	98,1	96,4	96,8
Odontología	57,9	65,3	60,0	64,3	48,7

El cuadro sólo incluye a egresados con título universitario.

* En el caso de enfermería, existen profesionales con estudios técnicos no universitarios, la composición de estos egresados puede diferir.

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, Instituto de Estadística y Censos (INDEC).

Cuadro V.2: Mujeres en la población de 20 años y más, que completó el nivel universitario, por grupos de edad, según región, disciplinas seleccionadas, total del país - 2001 (en porcentajes)

Grupo de edad	GBA	Cuyo	NEA	NOA	Pampeana	Patagonia	Total
<i>Medicina</i>							
Total	42,3	34,3	37,7	35,7	36,7	39,1	39,0
20 a 39 años	54,7	43,8	47,6	46,1	48,5	47,3	50,4
40 a 59 años	41,9	32,7	33,7	33,4	35,2	38,0	37,7
60 y más	24,5	21,2	19,4	17,6	18,7	20,9	21,6
<i>Enfermería</i>							
Total	85,2	83,6	74,4	84,8	86,6	83,1	84,5
20 a 39 años	80,2	77,0	65,1	77,9	80,1	76,7	77,6
40 a 59 años	86,9	88,6	86,3	90,7	90,4	88,1	88,9
60 y más	95,8	93,8	85,7	90,3	93,4	92,0	93,4

Las regiones mencionadas en todos los cuadros son las que utiliza la EPH, por lo que tiene representatividad para los aglomerados de las regiones, no de las provincias.

GBA (Gran Buenos Aires): Capital Federal y 19 partidos del conurbano bonaerense.

Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis.

NEA (Noreste argentino): Misiones, Chaco, Corrientes, Formosa.

NOA (Norroeste argentino): Santiago del Estero, Jujuy, Catamarca, Salta, La Rioja y Tucumán.

Pampeana: La Pampa, resto de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe.

Patagonia: Chubut, Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de los datos del Censo 2001 publicados por Mónica Abramzón, *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*, Buenos Aires, Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005.

Históricamente, el sector salud tuvo una fuerte presencia de mano de obra femenina, particularmente en tareas semicalificadas (auxiliares de la salud) relacionadas con las características del trabajo reproductivo y de cuidado que cultural y tradicionalmente se adjudican a las mujeres. Las tendencias actuales en la formación universitaria evidencian que la feminización también avanza en las áreas profesionales.

El *incremento de mano de obra especializada* en un mercado caracterizado por la contracción del sector público, la privatización de servicios y la debilidad en las regulaciones estatales, puede introducir nuevas variantes en un mercado que, en general, tiene un sesgo de inequidad de género. Dicha inequidad se evidencia en varias situaciones, algunas de las cuales se sintetizan a continuación.

Aquí es importante diferenciar entre feminización y equidad de género, puesto que el *incremento del ingreso de las mujeres profesionales* en el sector en momentos de precarización de las condiciones de trabajo aumenta fuertemente la inequidad en el empleo, desde una perspectiva de calidad. Esto ya se señala en Pautassi (2001), destacando la presencia y persistencia de la vulnerabilidad en el empleo en salud, tras varios años de reforma sectorial y con la instrumentación de medidas de flexibilización en las condiciones de trabajo.

La reducción de los ingresos del salario se traduce en pluriempleo. Además de afectar la calidad del trabajo en general, esta tendencia tiene un sesgo de género, pues, dada la división sexual del trabajo en el interior del hogar, la mujer asume las tareas reproductivas sin grandes posibilidades de delegarlas. Esta situación se combina con la ausencia de políticas que permitan articular las obligaciones laborales con responsabilidades familiares; en el caso de la Argentina, la desigualdad entre hombres y mujeres es evidente. El ejemplo más común es el empleo en servicios de emergencia médica como segunda ocupación, que impone guardias de 24 o 48 horas continuas sin posibilidad de acordar horarios, lo que presenta dificultades para las mujeres.

Por otra parte, la *precarización* de las condiciones laborales, en términos *contractuales* y *salariales*, afecta la *calidad del empleo*. La *optimización del tiempo y de los servicios afecta la salud de las y los trabajadores*, situación que ocurre cuando se procura producir más servicios en menor tiempo o por la reducción de algunos de ellos, vinculada al pago por cápita que tiende a reducir las prácticas más costosas. De este modo, se afecta la calidad de la salud de los trabajadores del sector y la de la población en general. Nuevamente, la calidad del empleo condiciona la calidad de la atención.

La *inequidad de género* en el sector salud no solamente está dada por la consecuente reducción de puestos de trabajo o de horas trabajadas, sino también *por la transferencia de costos invisibles*. Desde la propia OPS se señala que:

[...] la reducción de la hospitalización de la gente de mayor edad y de aquellas personas que sufren de enfermedades men-

tales, se transfiere todo esto a las comunidades y a las familias; y, en realidad, las personas que son llamadas para proporcionar la atención son las mujeres. Los datos disponibles en la región y en Europa muestran que el 80 por ciento de todos los servicios de salud tienen lugar fuera del sistema de salud, y son desempeñados por mujeres dentro de las familias, lo que se evidencia a partir de las encuestas de uso del tiempo aplicadas tanto en Europa como en Latinoamérica. Esta carga de atención para las mujeres las limita aún más en términos de su participación en el mercado laboral y también es una amenaza para su propia salud —y eso no es tomado en cuenta en la definición de las políticas. Así, la premisa que está sustentando algunas medidas de ajuste y de reforma es la de que el gobierno puede reducir gastos recortando servicios, por ejemplo, reduciendo estadias hospitalarias, cuidado de ancianos, atención de enfermos mentales, bajo el supuesto de que dichos servicios pueden ser provistos por las familias. Tales medidas se basan en el supuesto de elasticidad infinita y gratuidad del tiempo de las mujeres, y en la expectativa de que ellas estén siempre disponibles, dispuestas, y moralmente obligadas para proveer su asistencia en el hogar a los dependientes, los enfermos, los ancianos, y los discapacitados. Ausente de estas políticas está cualquier consideración relativa al impacto que las expectativas de disponibilidad, obligación y gratuidad de su tiempo ejercen sobre la situación de empleo y remuneración, y sobre el desgaste físico y emocional de las mujeres. Ausente, está también la consideración de estructuras de apoyo para la provisión de atención en el hogar. Y ausente, más aún, está una consideración seria a la eficiencia y la sostenibilidad en el largo plazo de este tipo de arreglo (Gómez Gómez, 2001).²

² A pesar de la contundencia de lo señalado, resulta llamativo que el Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la OPS no haya incorporado, más allá de las declaraciones de principios, una perspectiva de género en los estudios y diagnósticos sectoriales, presentándose ésta, en algunos casos, en forma marginal y, en otros, directamente ausente.

Asimismo, como se señala en Hamilton, Gastaldi y Di Luca (2000), *la mayor presencia de médicos puede traducirse en una atrofia de los programas de Atención Primaria de la Salud (APS) y los de prevención en general*. La atrofia se puede producir como consecuencia de que este tipo de programas no requiere la presencia de médicos en gran escala, sino que se produce por presión de los servicios en la demanda de recursos humanos y financieros, realizada desde ámbitos decisorios donde el poder se concentra en los médicos. Ello puede ocasionar que estos programas pasen a ser desestimulados, generándose así sistemas de salud centrados en el hospital y orientados hacia la medicina individual y curativa. La importancia de contar con programas de atención primaria y de prevención en el marco de la salud y los derechos reproductivos es altamente reconocida; por lo tanto, el tipo de políticas descrito también se traduce en el incremento de la inequidad de género.

Otro aspecto es la *inadecuación entre el reconocimiento social y el diseño del modelo de atención*. Si bien el modelo de atención establece que la base del sistema es el primer nivel de atención, el reconocimiento y el prestigio profesional están ligados a la atención en los niveles de mayor complejidad, es decir, se visualiza una doble situación descalificante: para las profesionales y técnicas a cargo del servicio y para el propio servicio. Esto es, no se valoriza la importancia de este nivel, sino que por el contrario es considerado una suerte de destino “desfavorable” para las trabajadoras.³

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 también otros ámbitos, como los trabajos socialmente útiles, no remunerados y asumidos mayoritariamente por mujeres, como son las agentes sanitarias. En este contexto, la idea de *agente social* refiere también a los intercambios simbólicos y relaciones sociales que moviliza el propio *proceso de salud-enfermedad*.

³ En el análisis del caso de Córdoba, se pueden considerar estas relaciones a la luz del diseño de la política sanitaria provincial y municipal (Buriyovich y Pautassi, 2005).

Las situaciones indicadas no son menores y deberían ser tomadas en cuenta al diseñar las políticas laborales en salud. Tal como fue señalado, el escenario actual se traduce en prácticamente una *paridad entre hombres y mujeres en el egreso de las carreras*, situación que debería *motivar el interés por monitorear la oferta de mano de obra* que se concentra en las *residencias médicas y la especialización*.⁴ El interrogante que cabe formularse aquí es: ¿quién debe asumir dicho monitoreo? La respuesta sin duda es: *el Estado*, en este caso el argentino, que es el principal responsable de la formación de recursos humanos y, como tal, es el que debe —o debería— definir la distribución de las especialidades.⁵ En esta área también los datos disponibles son limitados y no se presentan desagregados por sexo. Un claro ejemplo es el diagnóstico que presenta la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud, que reconoce la necesidad e importancia del rol regulador del Estado en esta materia:

El Estado tiene la responsabilidad indelegable de garantizar la mejor formación posible de sus profesionales. Sin embargo, no es menor la responsabilidad que le atañe en términos de la cantidad de profesionales por rama de actividad o especialidad, en función tanto de las políticas de salud que se establezcan, como de los desarrollos tecnológicos y/o los cambios epidemiológicos y demográficos previstos [...]. En síntesis, el Estado es el principal actor en la definición de la distribución

⁴ El sistema de residencias médicas consiste en una 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. Para un análisis en profundidad del sistema de residencias médicas en la Argentina, véase Borrell, 2005.

⁵ El 80% de la formación de especialistas del equipo de salud es solventado con fondos públicos: nacionales, provinciales, municipales, universitarios y de las Fuerzas Armadas, de acuerdo con los datos de la Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud. En el capítulo VI de este libro se destacan situaciones extremas como la acontecida en la provincia de Córdoba en 1995, cuando el Estado provincial suprimió las residencias médicas con el argumento de que no podía seguir sosteniendo el sistema de formación permanente en medio de la emergencia fiscal.

de los especialistas de salud mediante la asignación de cargos de residentes, no obstante, esta definición está fuertemente condicionada por la puja de cargos que se juega en el interior del polígono de fuerzas al que se hizo referencia. Por otra parte, se aprecia una manifiesta disconformidad con la actual distribución de cargos de residencias, que ni responde a necesidades del sistema sanitario, ni a las expectativas de sus actores.⁶

Lo llamativo es que el diagnóstico oficial utiliza datos propios para el análisis de la distribución de las residencias financiadas por la Nación —sin discriminación por sexo—, pero se basa en datos secundarios extraídos de una estimación realizada por Abramzón (2005) para analizar la oferta actual de médicos.

Es importante prestar atención a la carencia de un sistema de monitoreo centralizado de recursos humanos en salud, dado su significado en la formulación de políticas. Si la planificación de recursos humanos no cuenta con herramientas mínimas de relevamiento y procesamiento de información, se transfiere la responsabilidad de las decisiones clave sobre disponibilidad de personal, la orientación y dinámica de la formación de pre y posgrado y del empleo, a las propias reglas del mercado. Por lo mismo, no debe olvidarse que éste es un mercado imperfecto con reglas propias definidas por los actores corporativos presentes, tal como lo plantea Belmartino en un capítulo del presente volumen (véase el capítulo III) y en otros estudios previos.⁷

De esta forma, el rol regulador del Estado se desdibuja, no sólo en el plano de la definición de los recursos humanos sino también en la posibilidad de fijación de políticas sanitarias y de empleo. En otros términos, si la *ausencia de políticas de empleo en consonancia con políticas sanitarias es visible, mucho más lo es la ausencia de criterios de equidad de género en ambos casos*.

⁶ Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2005), <www.msal.gov.ar>.

⁷ Belmartino (2005) analiza la historia de conformación del sector salud en la Argentina, teñido por la presencia de un “pacto corporativo” sostenido por los distintos actores sectoriales clave.

Es necesario recordar 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, excluye a quienes no la poseen, y es otorgada por las organizaciones corporativas profesionales, tales como el Colegio Médico y el Consejo Médico. Estas organizaciones también desempeñan tareas gremiales para los profesionales de la salud en general y se encuentran conformadas por tres niveles:

- i) Colegios profesionales,
- ii) Federaciones, y
- iii) Confederaciones.

Sin embargo, no existen —salvo contadas excepciones— estudios realizados por estas organizaciones sobre la situación de sus matriculados, el tipo de inserción que poseen, niveles salariales y demás aspectos que son fundamentales no sólo como información sectorial sino también como políticas de reclamo específicas de los propios matriculados.

En la Argentina es imprescindible avanzar en estudios que permitan examinar la forma en que se insertan hombres y mujeres en el sector salud. Desde un enfoque de género no alcanza sólo con saber cuántos son. *Tal como las evidencias empíricas lo demuestran, al existir paridad en la oferta de recursos humanos entre hombres y mujeres, el análisis de la equidad de género requiere avanzar en la calidad del empleo y la carrera profesional.* Las disparidades que hoy existen en el sistema de salud no pueden ser medidas sólo bajo metodologías como la de *contar cabezas*, se precisa avanzar en el análisis de las condiciones de trabajo (modalidades de contratación, incentivos, formas de pago, relación entre categorías profesionales, técnicas y de apoyo, presencia de mecanismos de segregación y discriminación).⁸ Claramente es preciso superar la situación actual en ma-

⁸ Un interesante insumo para el diseño de nuevas estrategias de planificación en materia de recursos humanos en salud con equidad se encuentra en el trabajo de Mario Rovere (véase el capítulo IV).

teria de información sobre los recursos humanos en el sector salud y las aproximaciones que hoy se pueden hacer son parciales.⁹

C. El empleo en el sector salud

1. Advertencia metodológica sobre su medición

Previo a exponer los resultados, cabe advertir ciertos límites al abordaje metodológico realizado. Una primera aproximación a la composición y caracterización del recurso humano en salud en la Argentina, desarrollada sobre la base de datos provenientes de la EPH en octubre de 1999, identificaba como principal problema la falta de fuentes de información específicas para analizar, no sólo desde una perspectiva de género, el empleo en el sector (Pautassi, 2001). Esto coincide con lo señalado desde hace más de una década en numerosos trabajos, entre los que se encuentran los de Geldstein y Wainerman (1989), Novick y Galin (2003) y Abramzón (2003 y 2005).

Seis años después, la situación sigue siendo la misma, a pesar de que uno de los compromisos, asumidos por el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de Salud provinciales en el convenio Consejo Federal de Salud (COFESA) 2001,¹⁰ fue “iniciar acciones de cooperación entre las áreas de Estadísticas de los ministerios de Salud, Trabajo, Economía (INDEC) y Desarrollo Social, el Consejo

⁹ El Ministerio de Salud está instrumentando, según lo informa en su página web, un observatorio de recursos humanos que permita establecer una base de datos única de matrículas profesionales, auxiliares y técnicas, y georreferenciar los recursos humanos. Hasta el momento se han incorporado unos 100.000 registros y se ha recibido el 80% de la información correspondiente a las jurisdicciones provinciales (aproximadamente 500.000 registros). No existe ninguna publicación de resultados ni de los campos utilizados en la base de datos, como tampoco si ésta tiene previsto incorporar indicadores de género, <www.msal.gov.ar>.

¹⁰ Acuerdo suscrito entre el Ministerio de Salud de la Nación, los ministros de Salud provinciales y el Consejo Nacional de la Mujer, en la reunión ordinaria del COFESA en la ciudad de Ushuaia, Tierra del Fuego, abril de 2001, <www.eclac.cl/mujer/proyectos/gtz/default.htm>.

Nacional de la Mujer y sus correlatos provinciales para la recolección de información que permitan construir indicadores de género y de ocupación en salud” (art. 2) y “convocar a los centros académicos y universidades a profundizar los estudios y líneas de investigación que aborden el proceso de trabajo en el sector salud, desde la perspectiva de la calidad y un enfoque de género, teniendo en consideración las particulares realidades provinciales” (art. 3).

Esta ausencia de información estadística sobre el empleo sectorial obliga a una aproximación a partir de datos secundarios de fuentes diversas, utilizando como principal fuente la EPH instrumentada por el INDEC, debido a que constituye una herramienta importante para caracterizar el mercado de empleo remunerado, que permite identificar a los profesionales y a los ocupados en establecimientos que prestan servicios de salud (rama de actividad).¹¹

Sin embargo, su diseño no permite analizar la trayectoria laboral de las personas, al tiempo que presenta limitaciones para los análisis sectoriales del mercado laboral, como el que abordamos en la presente investigación. En primer lugar, se trata de una encuesta por muestreo, por lo que el nivel de confiabilidad de los datos disminuye cuando se trabaja con universos menores. La muestra está diseñada para estimar la población que vive en los grandes centros urbanos, e incluye casi todas las capitales de provincias y las principales ciudades del país. Esto es importante cuando se analiza el sector salud, debido a que el tipo de servicio y, por lo tanto, las características de la ocupación pueden presentar diferencias sustanciales entre las capitales (con grandes centros de atención), las ciudades más pequeñas y el ámbito rural. Desde un enfoque de género, tampoco permite indagar sobre áreas geográficas en las cuales la equidad en el empleo puede adquirir características diferenciales.

Por otra parte, la EPH caracteriza la ocupación principal pero no releva datos de la ocupación secundaria, que en el sector salud es significativa por la fuerte incidencia de la doble ocupación

¹¹ En rama de actividad, a partir de 2003, la EPH permite trabajar directamente con la subactividad “Salud Humana” (8501). Las ocupaciones que prestan servicios de salud son identificadas por el Nomenclador de Ocupaciones (Categoría 40).

o pluriempleo. El INDEC, además, modificó la encuesta a partir del segundo semestre de 2003, introduciendo cambios importantes sin generar metodologías que permitieran compatibilizar los datos con las series históricas. Asimismo, se modificó la muestra y cambió la rotación de los grupos muestrales, retornando a relevar 28 aglomerados urbanos (en la última medición fueron 33 aglomerados) a partir de estimaciones trimestrales para aglomerados de más de 500.000 habitantes y semestral por total de aglomerados. En consecuencia, fue necesario definir una nueva metodología de estimación para el sector salud, diferente de la adoptada en el año 1999 en el primer diagnóstico (Pautassi, 2001). Los lineamientos generales utilizados en el presente estudio son similares pero *los resultados no son comparables*, sobre todo en el nivel del empleo y la composición por categoría ocupacional.¹²

Los datos de este estudio se procesaron a partir de las bases semestrales, que presentan coeficientes de variación menores que los datos trimestrales. Con el objetivo de poder avanzar en el análisis, los datos se presentan para los segundos semestres de los años disponibles (2003-2005),¹³ para el total de aglomerados.¹⁴ Antes

¹² Es preciso tener en cuenta que la nueva serie está disponible a partir de 2003, cuando se producen cambios importantes en la economía del país, y la poca disponibilidad de mediciones dificulta el análisis de tendencias.

¹³ El objetivo de presentar los datos de varios semestres no es analizar cambios en el período, sino que se utilizan como una forma de verificar que las dimensiones analizadas no tienen una variación significativa en el tiempo analizado. La selección del segundo semestre se fundamenta en que los datos de 2003 sólo se publican para el segundo semestre y en el primero hay mayor presencia de ocupados que no trabajaron en la semana de referencia por cuestiones estacionales (vacaciones). Asimismo, en muchos casos, se optó por considerar específicamente el año 2004 como intermedio del período 2003-2005, incluso en términos de situación socioeconómica.

¹⁴ Si bien la EPH permite trabajar a nivel regional y diferenciar los resultados por aglomerados urbanos, cuando se trabaja con grupos específicos de ocupación (el sector salud que representa un poco menos del 5% del empleo), para mantener niveles aceptables de confiabilidad se pierde la posibilidad de aprovechar estas desagregaciones para la mayoría de las variables. En este sentido, es importante señalar esta carencia, pues la Argentina es un país con grandes disparidades entre provincias y en el interior de ellas.

de presentar el análisis de la ocupación sectorial, es necesario realizar dos salvedades conceptuales. En primer lugar, a partir de mayo de 2002, en la Argentina se instrumenta el Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, que por un beneficio mensual de 150 pesos (menos de la tercera parte del salario mínimo vigente, aproximadamente 50 dólares) deben realizar una “contraprestación productiva”. Esto es, desempeñarse por cuatro horas diarias en actividades comunitarias o servicios, mayoritariamente en el sector público pero también en el privado. La EPH considera ocupados a quienes desarrollan alguna actividad de contraprestación en este programa. En el presente estudio, los procesamientos no incluyen a este grupo, ya que, debido a sus características (programa de transferencia de ingresos, transitoriedad, forma de acceso al Plan), no pueden ser asumidos como ocupados quienes reciben un programa de sostenimiento del ingreso.

No obstante, para dimensionar el peso de los “beneficiarios” del Plan Jefes y Jefas en el sector, en el segundo semestre de 2004, el 5,5% de los *puestos de trabajo del sector salud* estaba cubierto con esta modalidad, con notorias diferencias entre hombres y mujeres. Mientras que en los primeros representaba menos del 2%, alcanzaba *más del 7% de los puestos femeninos*. Esta importante presencia de beneficiarios deberá ser monitoreada, ya que resultaría alarmante que se reemplacen puestos de trabajo genuinos con planes de empleo transitorios que tienen niveles de prestaciones muy bajos. El perjuicio es doble: por un lado, ingresan al sector mujeres “beneficiarias” de estos planes sin ser ocupadas; por el otro, puede contribuir a la disminución de la oferta laboral para mujeres. Si a ello agregamos la presencia de agentes sanitarias, quienes llevan décadas en el sistema sosteniendo la estrategia de APS sin contar con una remuneración, o con una remuneración muchas veces esporádica y que depende de fuentes externas de financiamiento, la precariedad queda legitimada e instalada sectorialmente.

Un segundo aspecto a destacar está vinculado a las particularidades de la EPH, que sólo se refiere a la ocupación principal. Para analizar la equidad de género, ésta es una limitación importante, pues ciertos cambios en la categoría ocupacional o en el

sector de gestión (público/privado) se explican, en parte, por cambios en lo que los entrevistados consideran su ocupación principal.¹⁵

Un tercer aspecto se vincula a la forma de clasificar a los ocupados. En este trabajo se utilizan las categorías ocupacionales tradicionales (empleador, cuenta propia, asalariado), no obstante, los profundos cambios que se produjeron en el mercado de empleo remunerado cuestionan en la actualidad seriamente el significado de algunas de ellas. El trabajo independiente (cuenta propia o autónomo) no es una categoría homogénea, particularmente en el sector salud, y el trabajo asalariado —aunque sea registrado— también presenta disparidades importantes en su interior.

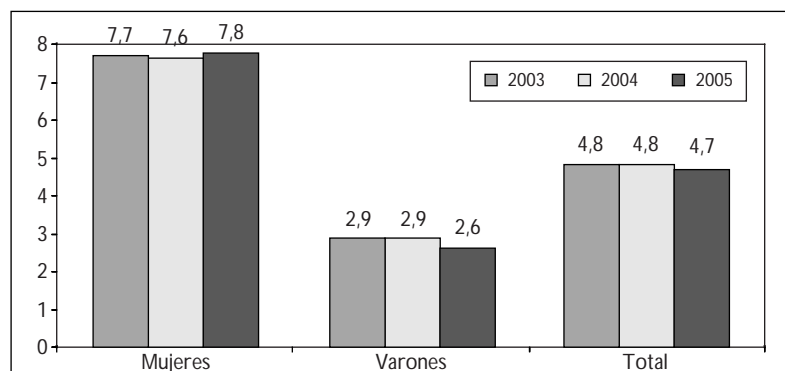
La división de lo público y lo privado, con el nivel de diferencias entre las provincias y en un “mercado imperfecto” como el de la salud (prepagas, obras sociales), es claramente insuficiente. Con el nivel de confiabilidad de la encuesta es complejo avanzar en estudios en profundidad de las disparidades que se pueden dar en cada uno de estos grupos. En este sentido, *el análisis de la información en muchos casos es más útil para plantear preguntas que deberían responderse con estudios específicos que para cuantificar y explicar disparidades que hoy existen*.

2. ¿Calidad del empleo? La situación de las ocupadas y los ocupados en salud

Tal como se mencionó anteriormente, la ocupación en el sector salud es mayoritariamente femenina y *explica casi el 8% del empleo total de las mujeres*.

¹⁵ La ocupación principal es definida como aquella a la que le destina mayor cantidad de horas o a la que el entrevistado considera tal. La intervención en el sector salud requiere de sistemas de información propios, que permitan analizar con mayor detalle la doble ocupación, ya que ésta ha sido un fenómeno presente en el sector, particularmente el denominado “doble empleo médico”.

Gráfico V.1: Ocupados en el sector salud en el total de la ocupación por sexo, total aglomerados urbanos - 2003-2005 (en porcentajes)



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

La composición del empleo en salud según el tipo de ocupación no evidencia disparidades de género, casi el 70% de los puestos está orientado a prestar servicios de salud y los puestos de apoyo (administrativo, servicios generales, etc.) absorben un tercio de la ocupación, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Cuadro V.3: Peso de las ocupaciones vinculadas a la salud - 2003-2005 (en porcentajes)

	Mujeres			Varones		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Total rama	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ocupaciones de salud	68,1	66,1	66,5	64,8	67,7	66,1
Resto ocupaciones	31,9	33,9	33,5	35,2	32,3	33,9

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Una característica del empleo en el sector, seguramente vinculada al multiempleo o pluriempleo,¹⁶ es la menor presencia de la subocupación, y una alta proporción de recursos humanos que traba-

¹⁶ La cantidad de horas trabajadas se refiere al total de la ocupación y no sólo a la ocupación principal.

jan más de 48 horas. Si bien esta situación es más intensa entre los hombres (45%), la cuarta parte de las mujeres declara tener jornadas prolongadas de trabajo. Es preciso llamar la atención sobre este punto, pues parece contradictorio que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno que claramente puede afectarla, tanto para el trabajador y la trabajadora, como en la calidad del servicio que brinda.

Cuadro V.4: Composición de los ocupados en servicios sociales, comunitarios y personales, según categoría, intensidad y cantidad de actividades, por sexo, total aglomerados urbanos - 2003-2005

	2003		2004		2005	
	Otros	Salud	Otros	Salud	Otros	Salud
Mujeres						
<i>Categoría ocupacional</i>						
Cuenta propia o directivo	16,2	18,7	15,1	21,3	15,7	17,7
Empleado	83,2	80,7	84,5	78,3	84,1	81,9
Trabajador sin salario	0,6	0,7	0,3	0,4	0,2	0,3
<i>Intensidad de la ocupación</i>						
Subocupado	25,6	17,4	20,9	15,5	19,0	11,6
Ocupado pleno	62,5	57,2	62,9	58,6	66,3	59,5
Sobreocupado	11,9	25,5	16,2	25,9	14,7	28,8
<i>Cantidad de ocupaciones</i>						
Una sola	80,5	83,1	81,6	79,7	79,6	80,2
Más de una	19,5	16,9	18,4	20,3	20,4	19,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Varones						
<i>Categoría ocupacional</i>						
Cuenta propia o directivo	22,0	22,0	19,3	20,3	16,1	18,7
Empleado	77,7	77,9	80,6	79,7	83,7	81,3
Trabajador sin salario	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0
<i>Intensidad de la ocupación</i>						
Subocupado	20,5	12,1	17,8	5,6	16,6	4,1
Ocupado pleno	45,3	42,6	46,9	49,8	45,4	44,6
Sobreocupado	34,2	45,4	35,3	44,6	38,0	51,3
<i>Cantidad de ocupaciones</i>						
Una sola	86,2	68,1	82,0	69,6	79,7	65,1
Más de una	13,8	31,9	18,0	30,4	20,3	34,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

La inserción ocupacional en el sector se caracteriza también por una importante presencia de trabajadores por cuenta propia. Si se compara con el total de la economía, se destaca que, en el período 2003-2005, entre el 15 y el 16% de los ocupados era cuentapropista y cerca del 80% se encontraba en relación de dependencia.¹⁷ El peso de los cuentapropistas en el sector salud era más alto que en los servicios educativos, pero más bajo que en el comercio (37%) o en la construcción (15%). Sin embargo, es visible la importancia que reviste el empleo asalariado en el sector; no obstante, sería importante continuar analizando la evolución de la ocupación, particularmente en relación con el trabajo independiente.¹⁸

En la composición del grupo de cuenta propia y directivos (véase el cuadro V.6) es importante destacar que la *inserción ocupacional muestra diferencias de género*. Entre las mujeres es más alta la proporción de quienes trabajaban en forma independiente (18%) que entre los varones, quienes oscilaban entre el 12 y el 13%. Si bien los coeficientes de variación son altos para analizar en detalle a los directivos, en ambas mediciones se observan diferencias notorias entre hombres y mujeres en la posibilidad de acceder a puestos directivos, dando cuenta de mecanismos de segregación vertical y de la presencia de un “techo de cristal” en el sector.

El examen de la composición del empleo indica la importancia de contar con políticas laborales de regulación del empleo en salud, no sólo entre los asalariados, sino también en la relación de los profesionales “independientes” y los efectores privados (obras

¹⁷ En el segundo semestre de 2005 se observa una disminución del peso de los cuentapropistas. En consecuencia, es preciso esperar nuevas mediciones para confirmar si esta variación se debe a un cambio en el mercado de empleo remunerado o está vinculada a los márgenes de confiabilidad de la EPH.

¹⁸ Novick y Galin (2003) muestran una reducción considerable de trabajadores por cuenta propia entre 1990 (24%) y 2000 (13%), y un aumento de asalariados (73 y 83% respectivamente). En el caso de los profesionales, relacionan la situación con una tendencia constatada en varios países, donde los médicos pasaron de profesionales independientes a asalariados, debido a una mayor estabilidad económica, y en el caso de la Argentina, el cambio de pago por prestación a pago por cápita habría contribuido en esta dirección.

sociales, prepagas, clínicas privadas). El trabajo independiente explica un 20% de las ocupaciones femeninas, en el que hay una mayor presencia de jefas de hogar.

Cuadro V.5: Jefes de hogar en el total de ocupados en el sector salud por categoría ocupacional y sexo - 2003-2004 (en porcentajes)

	2003		2004	
	Mujer	Varón	Mujer	Varón
Cuenta propia y directivos	43,4	92,2	44,9	87,4
Asalariados	27,9	74,2	29,1	76,0
Total	31,1	77,9	32,0	78,5

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Entre los asalariados no hay diferencias significativas en las ocupaciones vinculadas a servicios de asistencia —la mayoría técnicas y profesionales—, que son mayoritarios.¹⁹ No obstante, sí se verifican disparidades en otras funciones. Entre las mujeres son más frecuentes las ocupaciones de gestión y entre los varones, las de servicios propiamente dichos (véase el cuadro V.6). El examen de las ocupaciones de servicios permite verificar que las mujeres predominan en tareas de limpieza y cocina, mientras que los hombres en ocupaciones vinculadas a mantenimiento y conducción de automotores.²⁰ Nuevamente se visualiza el comportamiento del empleo similar a las tareas típicamente femeninas.

¹⁹ La EPH no capta las diferencias en el interior del grupo de asalariados, pues sólo se refiere a la categoría ocupacional. Un análisis con enfoque de género del sector requiere avanzar en el examen de la composición de este grupo en función del escalafón o carrera y el lugar o área de asistencia en el que se desempeña.

²⁰ Si bien la EPH permite acceder a las encuestas individuales, no en todos los casos se pueden construir indicadores con los datos, debido a los niveles de confiabilidad. El examen de los casos individuales sirve para enriquecer el análisis de los datos.

Cuadro V.6: Ocupados en el sector salud según categorías ocupacionales y sexo - 2003-2005 (en porcentajes)

	Mujeres			Varones		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Directivo	1,9	3,3	2,5	10,2	7,1	7,5
Cuenta propia	16,8	18,0	15,3	11,8	13,3	11,2
Servicios sociales	16,4	17,9	15,1	11,7	13,2	11,0
Asalariados	81,3	78,7	82,3	78,0	79,7	81,3
Gestión	22,0	22,4	23,1	13,8	11,7	13,6
Servicios sociales	53,6	50,4	51,4	54,0	56,7	55,1
Resto	5,8	5,9	7,7	10,2	11,3	12,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Los cuadros V.7 a V.9 describen una fuerte segmentación por género de los recursos humanos en salud en términos de calificación, nivel educativo y categoría ocupacional. Esta segmentación se expresa en niveles educativos y calificación más altos entre los trabajadores independientes que entre los asalariados, y en una sobre-representación de mujeres entre los cuentapropistas. Esta situación permite inferir que las estrategias de reclutamiento del sector —sin diferenciar entre sector público y privado— son consistentes en términos de educación, calificación y género. El personal masculino tiene niveles educativos y se ocupa de tareas con niveles de calificación más altos que el femenino.

El cuadro V.7 ilustra la proporción de graduados del nivel terciario (que incluye universitario completo, pero además el terciario completo, como lo sería el título de enfermería) entre directivos, cuentapropistas y asalariados en el sector salud. Como se observa, la proporción de titulados en el total de ocupados del sector es similar entre varones y mujeres. Por otra parte, la proporción de graduados es más alta que entre los asalariados. La concentración de egresados terciarios es mayor entre los directivos y cuentapropistas varones que entre las mujeres de esas categorías; en cambio, no se observan diferencias entre asalariados varones y mujeres. La incorporación de los grupos más jóvenes muestra una

disminución de la segmentación, en consonancia con la mayor paridad de género en el ingreso a carreras universitarias vinculadas a medicina. La intensidad de esta tendencia y la forma en que se expresa en una igualdad de oportunidades en la carrera son áreas que requieren ser analizadas con mayor profundidad. En esta línea, la EPH no permite avanzar pero sí aporta datos de interés para señalar —una vez más— la necesidad de contar con datos de calidad y oportunos sobre los recursos humanos en salud.

Cuadro V.7: Ocupados en el sector salud con título terciario según categorías ocupacionales y sexo - 2003-2005 (en porcentajes)

	Mujeres			Varones			Total		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Directivo	84,6	88,6	91,0	91,2	95,0	82,5	89,5	92,1	86,0
Cuenta propia	81,7	86,0	88,0	92,5	97,6	92,4	84,7	89,4	89,2
Asalariados	50,1	47,9	51,4	50,2	52,2	54,2	50,1	49,5	52,3
Servicios sociales	67,8	67,2	69,1	68,7	65,5	71,9	68,1	66,5	70,1
Total	56,1	56,1	58,0	59,4	61,2	60,6	57,2	58,0	58,8

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Es interesante incluir en el análisis la variable edad, pues la feminización de la carrera de medicina es un fenómeno relativamente reciente. El personal femenino más joven (de hasta 39 años) tenía en el año 2004 un nivel educativo más alto que el de más de 40 años, incluyendo el grado universitario completo. Estas trayectorias son diferentes de las de los varones, entre los mayores de 40 años había una proporción sustancialmente más elevada de profesionales que entre los más jóvenes, y una proporción menor de trabajadores con secundario completo. Esta información puede estar indicando un proceso de *sustitución* de fuerza de trabajo profesional masculina por femenina, y una descalificación de la fuerza de trabajo masculina. Un análisis de paneles permitiría comprobar si hubo una salida del sector salud protagonizada por varones profesionales o un mayor ingreso de mujeres en los nuevos puestos de trabajo. A su vez, la tendencia a la masculinización que ya se visualizaba en el anterior diagnóstico, particularmente en el caso de la enfermería, se mantiene.

Cuadro V.8: Ocupados en el sector salud por nivel educativo según grupos de edad y sexo - 2004 (en porcentajes)

Máximo nivel educativo	Hasta 39 años		40 años y más		Total	
	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón
No completó la media	10,0	21,5	21,8	19,6	16,4	20,4
Medio completo y terciario incompleto	30,9	26,5	24,5	12,2	27,4	18,3
Terciario completo	11,3	7,7	13,3	2,9	12,4	5,0
Universitario completo	47,8	44,2	40,3	65,2	43,7	56,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

En concordancia con las diferencias señaladas en materia educativa, en 2003-2004, las y los trabajadores en el empleo independiente del sector salud desempeñaban tareas con niveles de calificación más altos que los asalariados (véase el cuadro V.9). Esta situación se explica, en parte, por la forma en que se organiza la ocupación: mientras que el cuentapropista es profesional o técnico, entre los asalariados se requieren trabajos de apoyo a los servicios (gestión, mantenimiento, limpieza). No obstante, sería importante profundizar en el análisis de esta tendencia, pues puede también vincularse al deterioro de los salarios de los profesionales, en el sector privado y en el sector público, lo que ha provocado un *brain drain*²¹ de los más calificados desde el trabajo asalariado hacia el trabajo por cuenta propia, mientras que quienes realizan tareas menos calificadas han permanecido en el sector asalariado.

²¹ El *brain drain* es definido en la Enciclopedia Británica como “la salida de personas educadas o profesionales de un país, campo o sector económico, hacia otro, generalmente para conseguir mejores condiciones de vida o de salario”.

Cuadro V.9: Cuenta propia y asalariados en el sector salud por nivel de calificación y sexo - 2003-2004 (en porcentajes)

	2003		2004	
	Mujer	Varón	Mujer	Varón
<i>Cuenta propia</i>				
Profesional	62,0	82,4	63,5	83,0
Técnico	33,2	15,5	32,6	15,6
Resto	4,8	2,1	3,9	1,4
<i>Asalariado</i>				
Profesional	32,4	48,4	28,7	43,2
Técnico	38,2	27,4	34,2	24,5
Resto	29,4	24,2	37,1	32,3

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

El *acceso a ocupaciones profesionales es notoriamente diferencial según sexo*. Los hombres tienen mayor presencia en las ocupaciones con nivel profesional tanto en el trabajo por cuenta propia como en el asalariado, acentuándose las diferencias entre este último grupo, lo que indica una *inserción de la mujer en puestos de menor calificación*. La *segmentación entre los asalariados es clara*, la posibilidad de ocupar tareas profesionales es menor para la mujer, que tiene mayor presencia en tareas de “calificación técnica”, donde se visualiza la presencia de enfermeras.

Cuadro V.10: Ocupados en el sector salud en tareas no profesionales según categorías ocupacionales y sexo - 2003-2005 (en porcentajes)

	Mujeres			Varones		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Cuenta propia	38,0	29,0	21,5	17,6	12,8	30,6
Servicios sociales	36,5	28,7	20,7	17,0	12,2	29,5
Asalariados	71,1	72,3	75,2	56,8	58,0	55,8
Servicios sociales	58,0	58,3	62,7	44,8	44,8	40,2
Total	64,7	62,6	65,4	47,9	49,1	49,3

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

No obstante, al examinar los datos desagregados por edad, se puede observar que la tendencia se revierte, en consonancia con el mayor ingreso de mujeres más calificadas y los logros en materia de equidad de género. La distribución del grupo más joven no muestra diferencias significativas.²² Sin embargo, es importante tener presente que el avance en la paridad de género en el tipo de ocupación se da en un mercado fragmentado y con profundas diferencias, por lo que cabe interrogarse si esta paridad en el tipo de tarea se refleja también en las condiciones de trabajo y si es una tendencia uniforme en el país. La EPH no es una herramienta útil para responder a este tipo de interrogantes, sólo permite aproximaciones parciales como las que se señalan en este capítulo.

Cuadro V.11: Ocupados en el sector salud por nivel de calificación y sexo - 2003-2005 (en porcentajes)

	2003		2004				2005					
	Hasta 39		40 y más		Hasta 39		40 y más		Hasta 39		40 y más	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Profesional	36,2	40,5	34,6	62,2	38,0	39,1	36,9	59,7	34,6	47,1	34,9	53,5
Técnico	29,4	29,8	37,4	18,2	28,8	24,2	34,2	20,3	27,7	22,5	38,5	22,2
Operativo	26,6	21,3	19,0	14,9	25,1	22,3	20,9	15,3	27,3	23,1	19,3	20,9
No calificado	7,8	8,4	9,0	4,7	8,1	14,4	8,0	4,7	10,4	7,3	7,3	3,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

M: mujeres. V: varones.

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

²² En el año 2004, algo más de la mitad (55,5%) de los ocupados profesionales eran mujeres, la presencia femenina en las restantes calificaciones, en cambio, es superior al 70%. Al introducir la variable edad se observan cambios en la composición según sexo: entre las profesionales, en las más jóvenes representan el 64,7%. Las tareas técnicas también evidencian cambios, mientras en este grupo las mujeres representan el 67%, en las mayores de 40 alcanzan 78,4%. Cambios similares se verifican en las tareas no calificadas, con un promedio de empleo femenino de 71,9%, en las menores de 40 cae a 65,5% y se incrementa a 77% en las mayores de 40.

Una política regulatoria de recursos humanos debería avanzar en la definición de reglas laborales para todo el sector, las que, a su vez, se deben vincular a políticas sanitarias. Sin embargo, la incidencia del Estado como regulador puede ser ejercida más directamente entre el grupo de asalariados, que son mayoritarios en el empleo del sector.

A su vez, *el sector público emplea más mujeres que hombres*, fenómeno que se está produciendo en América Latina en general y en la Argentina en particular, feminizando progresivamente los recursos humanos públicos desde hace varias décadas. El sector salud no ha estado ajeno a ese proceso, aunque la información disponible no permite hacer un seguimiento adecuado.

Cuadro V.12: Asalariados en el sector salud del sector público por sexo - 2003-2005 (en porcentajes)

	Mujeres			Varones			Total		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
	Total	61,1	62,8	64,8	38,9	37,2	35,2	49,7	49,9
Gestión	70,8	80,0	68,8	29,2	20,0	31,2	36,8	33,3	31,9
Servicios	61,5	62,5	66,7	38,5	37,5	33,3	55,5	56,3	56,9
Resto	33,9	36,0	45,2	66,1	64,0	54,8	40,0	45,0	44,1

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Lo expuesto anteriormente (véase el cuadro V.12) indica que la relación varones/mujeres es aproximadamente de un 60/40% en el total de asalariados del sector. Al observar la distribución del sector público y del privado según el tipo de tarea, se comprueba que la mayor proporción de mujeres que trabaja en gestión y servicios se encuentra en el sector privado. Aquí puede haber distintas variables explicativas.

En primer lugar, la terciarización de servicios de apoyo puede ser más significativa en el sector público, lo que se condice con la política que desde hace varios años se asumió: terciarizar los servicios de limpieza, camillas, mantenimiento y conducción de automotores. Debido a la terciarización se subestima la cantidad de personas que trabajan en estas áreas, porque una persona que de-

clara realizar tareas de limpieza para una empresa del rubro es categorizada en un sector distinto (servicio doméstico o servicio a empresas) aunque el desempeño lo realice en un hospital.

Otra posible opción, más preocupante aún, es que las tareas de servicios en el sector público se subestimen en estos cálculos al excluir a los beneficiarios de planes de empleo, como el Plan Jefes y Jefas de Hogar. Si fuera así, se estaría ante una sustitución de puestos de trabajo por un programa transitorio de empleo.

Otra característica destacable es que la estructura del empleo difiere notablemente según sector, presentando diferencias importantes en términos de género. En el ámbito privado, sólo el 20% de las mujeres desempeña tareas profesionales, mientras que algo más de un tercio lo hace en el sector público. Por su parte, en el sector público, los hombres tienen mayor presencia que las mujeres en tareas no calificadas; en el privado, la relación se invierte.

En el sector público, a su vez, existe una mayor proporción de varones con nivel educativo universitario completo y un mayor peso de mujeres con menor nivel educativo, situación que se invierte en el privado. Estas diferencias público/privado son centrales para comprender además las diferencias salariales entre hombres y mujeres, sectores y nivel educacional.

Cuadro V.13: Nivel educativo de asalariados según sector público o privado y por sexo - 2004 (en porcentajes)

	Varón	Mujer
<i>Público</i>		
No completó la media	27,4	18,7
Medio completo y terciario incompleto	15,6	25,2
Terciario completo	3,4	13,3
Universitario completo	53,6	42,8
Total	100,0	100,0
<i>Privado</i>		
No completó la media	23,9	21,2
Medio completo y terciario incompleto	28,9	38,4
Terciario completo	7,4	14,1
Universitario completo	39,8	26,3
Total	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

En el sector público, las tareas profesionales tienen mayor peso que en el privado, en consonancia con el superior nivel educativo de los recursos humanos y el diseño del propio sistema de atención.

Cuadro V.14: Nivel de calificación de la tarea de asalariados según sector público o privado y por sexo - 2003-2005 (en porcentajes)

	2003		2004		2005	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
<i>Público</i>						
Profesional	48,6	39,8	46,7	34,3	42,2	34,8
Técnico	19,7	29,9	24,3	38,0	25,6	39,5
Operativo	21,7	23,8	21,7	22,4	25,5	20,2
No calificado	10,1	6,4	7,2	5,4	6,7	5,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Privado</i>						
Profesional	38,8	19,9	37,2	21,5	47,0	16,3
Técnico	32,8	38,1	24,2	30,4	19,7	35,8
Operativo	23,1	28,6	23,6	33,1	27,9	32,8
No calificado	5,3	13,4	15,1	15,0	5,4	15,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

El nivel de educación formal es claramente diferencial, los empleados públicos tienen un mayor nivel educativo. En ambas estructuras, los hombres tienen mayor presencia en los dos extremos (no completaron la educación media y tienen nivel universitario completo).

En términos de calidad del empleo resulta significativo analizar la cobertura ante contingencias sociales con que cuentan las y los trabajadores en el sector salud. En primer lugar, considerando la existencia o no de *descuento jubilatorio*, se evidencia *el alto nivel de precariedad de las relaciones laborales, particularmente en el sector privado.*²³

²³ El tratamiento de esta variable ha sufrido cambios en el corto período de la encuesta, vinculada a las personas que se autodefinen como cuentapropistas y a las condiciones de trabajo. Esto se traduce en que la EPH las considere asalariadas. Por esta razón, sólo se consignan datos de 2004 y las afirmaciones que se pueden realizar son aún más provisórias.

Cuadro V.15: Asalariados según descuento jubilatorio por sector de gestión y según sexo - 2004 (en porcentajes)

	Mujeres	Varones	Total
<i>Público</i>			
Le hacen descuento	82,6	88,5	84,8
Aporta por sí mismo	5,0	5,6	5,2
No tiene ni hace	12,4	5,8	9,9
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Privado</i>			
Le hacen descuento	64,4	63,5	64,1
Aporta por sí mismo	9,9	11,7	10,5
No tiene ni hace	25,7	24,8	25,4
Total	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Asimismo, llama la atención el alto nivel de empleo precario en el sector privado (sin contrato registrado y, por consiguiente, sin descuentos previsionales) y la existencia de formas de contratación encubierta en los asalariados, que deben aportar como monotributistas.

La mayor presencia de mujeres en el sector público, a quienes no se les efectúa descuento previsional, puede estar vinculada a que es más frecuente que entre los hombres la existencia de trabajo ad honórem (4,7% del total de asalariados masculinos versus 9% de mujeres). Será preciso profundizar en el análisis de esta situación, preferentemente con estudios cualitativos en las provincias, para verificar si existe esta tendencia, la que indicaría una estrategia de las mujeres para incorporarse a la práctica en salud ante la ausencia de residencias o concursos. Otra hipótesis posible es la escasa presencia de las residencias remuneradas en salud mental, un área donde las mujeres tienen una presencia mayoritaria.

Con respecto al *acceso a la seguridad social*, otra particularidad se manifiesta en el comportamiento del empleo en salud. Aun con las diferencias en el tratamiento de la variable "registro" en los dos años y la posible existencia de coeficientes de variación altos, es claro que esta situación no se distribuye uniformemente, sino que incide en mayor medida en las y los trabajadores más vulnerables.

En el cuadro siguiente se hace evidente cómo a medida que disminuye el nivel de calificación se incrementa el empleo precario.

Cuadro V.16: Ocupados en el sector salud por nivel de calificación y descuento jubilatorio - 2003-2005 (en porcentajes)

	2003	2004	2005
<i>Profesional</i>			
Le hacen descuento	66,1	67,7	65,3
Aporta por sí mismo	15,7	17,9	21,0
No tiene ni hace	18,2	14,4	13,6
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Técnico</i>			
Le hacen descuento	79,4	81,4	84,4
Aporta por sí mismo	6,1	4,1	5,0
No tiene ni hace	14,5	14,5	10,6
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Operativo</i>			
Le hacen descuento	77,8	78,0	79,4
Aporta por sí mismo	2,9	2,9	2,4
No tiene ni hace	19,3	19,1	18,2
Total	100,0	100,0	100,0
<i>No calificado</i>			
Le hacen descuento	72,7	66,3	74,7
Aporta por sí mismo	1,6	0,0	1,1
No tiene ni hace	25,6	33,7	24,2
Total	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Resulta interesante constatar la persistencia de situaciones de *discriminación de ingresos*, que se repiten aunque con distinta intensidad entre cuentapropistas y asalariados (sin distinción de sector de ocupación). Si bien una adecuada aproximación exige analizar cómo se distribuyen las diferencias según calificación, educación y antigüedad en la ocupación, el nivel de confiabilidad de los datos no permite avanzar en este sentido. Esta información deberá ser complementada con relevamientos cualitativos por sector privado y público, ya que los instrumentos estadísticos disponibles

no permiten discriminar todas las variables al mismo tiempo, al perderse la significación. Sin embargo, el siguiente cuadro es ilustrativo de la inequidad existente.

Cuadro V.17: Ingresos en el sector salud por sexo - 2003-2005

	Total de horas		Ingreso de la ocupación principal		Brecha hombres y mujeres en porcentajes			
	Media		Media		Media	Ingreso	Mediana	Ingreso
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Horas	Ingreso	Horas	Ingreso
2003								
Cuenta propia	31,8	25,7	1.584	875	-19,3	-44,7	-33,3	-50,0
Asalariado privado	40,8	36,3	853	725	-11,0	-15,0	-12,5	-3,2
Asalariado público	41,9	36,9	872	696	-11,9	-20,2	0,0	-37,5
Total	39,5	35,0	1.012	746	-11,5	-26,3	-12,5	-23,1
2004								
Cuenta propia	36	29	1.617	989	-20,8	-38,8	-28,6	-46,7
Asalariado privado	39	38	899	782	-3,4	-13,0	0,0	-6,7
Asalariado público	43	38	1.072	715	-11,6	-33,3	0,0	-25,0
Total	40	36	1.120	806	-10,3	-28,0	-10,0	-16,3
2005								
Cuenta propia	40	26	1.957	1.098	-35,3	-43,9	-38,1	-33,3
Asalariado privado	41	38	1.109	1.027	-7,4	-7,4	-5,3	-7,0
Asalariado público	46	37	1.390	841	-18,7	-39,5	-11,1	-25,0
Total	42	36	1.379	969	-14,9	-29,7	0,0	-18,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC.

Es notable la ausencia de información sistemática sobre la política salarial en el sector salud. No existe ningún organismo que funda datos en este sentido, situación que se agrava por las disparidades regionales/provinciales y situaciones específicas a nivel local.²⁴

²⁴ Aquí no sólo importa conocer el nivel de los salarios y la escala jerárquica de la pirámide salarial, también es importante analizar la política de incentivos implícita en el salario. ¿Qué se está premiando, antigüedad, capacitación, formación, el lugar de trabajo? Desde un enfoque de género, no es suficiente comparar niveles de ingreso, pues la escala de incentivos puede tener sesgos de género.

Respecto de los niveles salariales de los profesionales en relación de dependencia en el sector salud, una información periodística describe los honorarios de los médicos de obras sociales en consultorios y visitas domiciliarias, así como los salarios mensuales de distintos cargos jerárquicos en hospitales de gestión pública nacional y local. Si bien ilustra sobre el bajo nivel y las heterogeneidades salariales del sector, no refleja situaciones de disparidad salarial o de discriminación debido a que no se desagregan los datos por sexo.²⁵

De acuerdo con datos de Jefatura de Gabinete de Ministros, un residente de medicina cobra con todos los componentes 658 pesos, el salario mínimo legal y móvil son 630 pesos (aproximadamente 220 dólares). Un jefe de residentes con responsabilidad jerárquica alcanza los 816 pesos; en este puesto ya se puede cubrir la canasta básica de bienes y servicios. La diferencia de trabajar en un hospital nacional "eleva" los salarios a 800 y 1.100 pesos (decretos 410, 411/91 y 481/95).

A pesar de que los datos expuestos sobre remuneraciones son indicativos no sólo de la discriminación salarial sino de las disparidades de remuneraciones entre sector público, privado y de obras sociales, así como de los bajos niveles de remuneración de los asalariados y en mayor medida de los residentes, resulta imprescindible conocer con mayor detalle las cápitales, modalidades contractuales y tipo de pagos. Las únicas aproximaciones que se pudieron obtener provienen de noticias de periódicos, con el límite que este tipo de fuentes presenta.

²⁵ Los honorarios médicos promedio en una prepaga por prestación en consultorio varían entre los 13 y 18 pesos; si se trata de obras sociales de primer nivel, pueden pagar entre 25 y 30 pesos cada visita. En el caso de planes médicos exclusivos, se le puede llegar a pagar al profesional hasta 60 pesos la consulta. Las obras sociales se guían por el nomenclador nacional, pero la visita en consultorio se paga, en promedio, 9 pesos. Un médico residente cobra, en promedio, unos 800 pesos por mes. Uno de planta de hospital universitario, como es el caso del Hospital de Clínicas, con 10 años de antigüedad y una carga horaria de 35 horas semanales, cobra 850 pesos; el jefe de departamento, con carga de 40 horas semanales, 1.200 pesos. Los médicos de hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires ganan más de 1.400 pesos (diario *La Nación*, Buenos Aires, 25 de agosto de 2005).

Sin duda, éste es un aspecto clave que debe asumirse en toda iniciativa de recolección de información sobre niveles de ingreso en el sector, diferenciando sectores y jurisdicciones, sin olvidar la discriminación salarial. En la misma dirección, la composición de las remuneraciones es —o debería ser— una forma de aplicación de orientaciones políticas y, por lo tanto, no puede ser resultado de presiones. Un examen de estos temas no puede realizarse a partir de la EPH, porque supone el diseño de sistemas de información que centralicen los datos de la normativa vinculada a las remuneraciones y a la forma en que el sector privado remunera los pagos de las obras sociales. Este enfoque es necesario no sólo para avanzar en la equidad de género sino también para mejorar la calidad del servicio de salud, al darles visibilidad a problemáticas que se traducen en una pérdida de calidad en la atención.

D. ¿Sinergias posibles? Calidad de atención en salud y calidad de género

Ha transcurrido más de un lustro desde que se inició el proceso de intervención en el sector salud en la Argentina, desarrollando importantes avances con el ingreso del problema del empleo y su relación con la calidad y la equidad en la agenda gubernamental sectorial, aun cuando se verifican tendencias que atentan contra ambos objetivos.

Un problema por demás conocido y reiterado es la falta de información específica para cuantificar, pero también para analizar la calidad del empleo en el sector. Son numerosas las exhortaciones que se han hecho en estudios diversos, a lo que se suma el compromiso adquirido por instancias gubernamentales en el convenio COFESA del año 2001; sin embargo, los avances son escasos e insuficientes.

Esta situación resulta aún más llamativa si se considera que el gobierno argentino, cuando presentó los ODM, incluyó algunos indicadores adicionales. En el objetivo tres se reconoce en el diagnóstico que “se mantienen altos índices de segregación

ocupacional de género en las empresas e instituciones, entre tareas jerárquicas y tareas subordinadas, donde se concentra la mayor proporción de mujeres. Este diferencial en la inserción ocupacional se refleja en la brecha de ingresos entre hombres y mujeres”.²⁶

Al formular los indicadores, se señala que

[...] como lo expresa claramente el objetivo, se trata de fortalecer los niveles de igualdad de género alcanzados por la sociedad argentina. Considerando que la propuesta para la comparación internacional es la igualdad en el acceso a la educación, en el caso argentino ésta ya fue lograda hace muchos años. Por ello, se incorporaron las dimensiones de nivel salarial y de participación en el mercado de trabajo y en los niveles de decisión.

Entre los objetivos adicionales incorporados se encuentran:

- Alcanzar mayores niveles de equidad en la participación económica de la mujer, en el salario y en la jerarquía ocupacional.
- Aumentar la participación de la mujer en los niveles decisorios (en empresas y en instituciones públicas y privadas).

Para ello se han seleccionado dos indicadores: brecha de ingresos y la razón entre mujeres y varones en puestos jerárquicos (públicos y privados).

El sector salud es un claro ejemplo de lo enunciado en el objetivo. En primer lugar, y tal como se comprueba en el presente estudio, muestra una situación de paridad en la educación, aunque existe un vacío importante en el sistema estadístico para poder evaluar efectivamente el nivel de equidad en el salario y en la carrera sanitaria. Las aproximaciones que actualmente se pueden

²⁶ Estimada en un 30% (Naciones Unidas y Presidencia de la Nación, Argentina, 2003).

realizar a través de la EPH o de los datos del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJIP)²⁷ indican la existencia de una brecha, no obstante, es necesario desarrollar sistemas de información que cuantifiquen e identifiquen las distintas causales, requisito básico para definir políticas de intervención que permitan alcanzar el compromiso asumido por parte del Estado argentino.

Se trata precisamente de avanzar en estudios y líneas de investigación que tomen el proceso de trabajo en el sector salud desde la perspectiva de la calidad. La complejidad del sector es un desafío para el diseño de sistemas de información adecuados. Seguramente será un proceso progresivo, que avance en la articulación y mejoramiento de los circuitos de datos existentes. Pero hay actividades que pueden realizarse 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 sólo a los ámbitos académicos sino también a las representaciones gre-

²⁷ La base del SIJIP contiene datos sobre asalariados y empleadores por rama de actividad, detallando el nivel de remuneración y el tamaño del establecimiento. Asimismo, habilita una apertura geográfica, pero sólo por el domicilio fiscal del empleador, que no siempre es el lugar de trabajo. Esta fuente contiene información sobre un sector de la ocupación en salud: los asalariados formales que aportan a este sistema, razón por la cual no incluye los datos de las cajas de previsión provinciales que no fueron transferidas, como tampoco el trabajo por cuenta propia. Los datos oficiales no se presentan —aunque se podrían re-procesar— desagregados por sexo y las cantidades se refieren a declaraciones juradas individuales y no a personas. De esta manera, los procesamientos se acercan más al análisis de puestos de trabajo que a personas ocupadas. Si bien no permite avanzar en la caracterización de la ocupación —porque no hay datos sobre la tarea realizada—, podría ser una fuente de interés para monitorear el crecimiento del sector formal de ocupación y la distribución del empleo femenino según responsabilidad de gestión (público-privado), tamaño de establecimiento y tramos de haberes por jurisdicción. Para ello, sería necesario iniciar acciones de cooperación con los organismos productores para evaluar la posibilidad de realizar, de manera periódica, procesamientos específicos.

miales, a las organizaciones no gubernamentales, al voluntariado y a los colegios profesionales, que deben sumar esfuerzos para poder lograr un verdadero conocimiento de la situación de cada trabajador y trabajadora en salud. De este modo, se pueden reconceptualizar las categorías ocupacionales desde una perspectiva de género. 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 incorporar indicadores de equidad de género y, de este modo, aumentar su productividad.

La ausencia de datos sobre el funcionamiento del sector también afecta al diseño de políticas que permitan cumplir con otros ODM vinculados a salud y equidad de género (mortalidad infantil y materna), en los que el país plantea explícitamente la necesidad de reducir las brechas existentes en la Argentina. En el documento oficial se reconoce esta limitación:

Los importantes recursos destinados a la salud infantil en la última década han tenido un impacto menor al esperado y ello es atribuible, entre las razones específicas del sector salud, a problemas de gestión, organización, administración de los recursos, calidad de atención, cobertura y problemas de coordinación entre las instituciones de salud y con otros sectores del desarrollo [...]. El sistema de atención en el país es muy fragmentado y con serios problemas de articulación.

Como una de las estrategias se establece: “Alcanzar un mayor compromiso en el apoyo y control de los niveles centrales nacionales y provinciales en las acciones que llevan a cabo los servicios públicos y privados”.

Tal como se comprometieron los ministros de Salud provinciales en el convenio COFESA, sería importante y urgente iniciar, en el sector público, una labor coordinada entre nación y provincias para producir información comparable a nivel jurisdiccional. El diseño debería utilizar como fuente los datos provinciales de liquidación de haberes, elaborando codificaciones que permitan producir información sobre la carrera profesional, el ingreso, la

carga horaria y el lugar de trabajo. La comparación de cantidad de puestos por sexo es claramente insuficiente para analizar las disparidades de género en el trabajo en salud.

Si bien la Argentina en su compromiso en los ODM incluyó la necesidad de disminuir las disparidades jurisdiccionales, en los hechos no ha desarrollado sistemas de información que permitan su diagnóstico actual y el monitoreo de los cambios, particularmente en materia de calidad del empleo. Hasta que no se definan e instrumenten sistemas de información en las provincias y a nivel nacional, será muy difícil comenzar a generar una primera sinergia entre calidad y equidad.

En relación con las recomendaciones para el sector público, el Ministerio de Salud de la Nación está trabajando en un observatorio de recursos humanos en salud. Sin embargo, no se han difundido los indicadores y variables a utilizar, por lo que se recomienda convocar a los actores interesados para el diseño de un registro acorde a las necesidades de información del sector, que cuente con indicadores de género.

Los organismos regulatorios del sistema de obras sociales deberían avanzar en el diseño de sistemas de información sobre las cúpitas y otras formas de contratación de los profesionales. De manera similar se podría instrumentar en el sector privado y en el de las empresas de medicina prepaga.

En la misma dirección, la Comisión Tripartita de Igualdad de Trato y Oportunidades entre Varones y Mujeres en el Mundo Laboral —que funciona en el Ministerio de Trabajo— podría actuar como ámbito para avanzar en un análisis de los recursos humanos que se desempeñan en las obras sociales sindicales. El Consejo Nacional de la Mujer fue un actor clave que también se comprometió en el convenio COFESA 2001 y en el posterior convenio firmado en el año 2002. Sin embargo, no ha continuado promoviendo acciones en esta línea política, ni cumpliendo los compromisos oportunamente asumidos.

Los consejos y colegios profesionales, no sólo médicos sino de todas las disciplinas de la salud, deberían trabajar en dicha dirección para conocer la situación de empleo de sus matriculados y recuperar un rol más activo en materia de canalizar demandas.

Por último, es necesario revalorizar la importancia del sector salud, entendido como un servicio esencial, incluso en términos de productividad, ya que existe un importante potencial de creación de empleo en una variedad de servicios personales realizados en forma voluntaria y sostenidos principalmente por mujeres (agentes sanitarias, asistencia sanitaria a domicilio, servicios de proximidad). Son actividades de mano de obra intensiva que no pueden ser sustituidas por la tecnología, por lo que habría que fortalecerlas e incentivar el ingreso de varones en ellas.

Nuevamente es preciso *pasar del diagnóstico a la instrumentación de políticas*. El Estado tiene que asumir plenamente su papel regulador en salud, y para ello los sistemas adecuados de información son requisito imprescindible, de lo contrario, la política es el resultado de juegos de presión en el que los sectores más débiles son excluidos o sus demandas no son contempladas.

Sin duda, lo señalado y las “buenas prácticas” propuestas a lo largo de este estudio no sólo se deben dirigir al sector público sino a todos los subsectores de la salud en la Argentina. Por lo mismo, hasta que no se asuma como política de Estado contar con calidad en el empleo (inserción ocupacional) para garantizar la calidad de la atención (producción del servicio en salud), poco se habrá avanzado en un nuevo diseño institucional sectorial. A su vez, sin equidad de género no hay calidad del empleo.

El Estado, en los diferentes niveles de gobierno, no puede limitarse a la gestión de puestos de trabajo ni dejar que las reglas las establezca el mercado; es preciso diseñar y aplicar políticas de manejo de recursos humanos que se integren en un modelo de salud. La definición de incentivos salariales, de la carrera profesional y la distribución de los recursos, deben dejar de ser resultados de inercias, pujas de intereses o respuestas a presiones sectoriales. El Estado debe asumir su rol regulador, ejercer sus funciones de definición de políticas y administración de conflictos y, por supuesto, de garante de la equidad.

Por las características del sector salud, esta debilidad tiene un fuerte sesgo de género, por las repercusiones en la precarización de las condiciones laborales y por las consecuencias sobre la salud de la población, donde las mujeres son las principales gesto-

ras y proveedoras de atención. El mayor costo de la ausencia de políticas recae en los sectores más vulnerables y con menos oportunidades de hacer oír sus demandas en el juego de intereses que rige al sector.

A lo largo de este trabajo se ha llamado la atención sobre las sinergias entre calidad del empleo en salud, calidad de la atención, y equidad de género, que no pueden ser abordadas de manera independiente sin contemplar sus vínculos recíprocos, pues actúan a la vez como condición necesaria y resultante. La equidad de género no se limita a reivindicar iguales ingresos por igual trabajo, se traduce además en una demanda de mayor calidad en los servicios de salud, que circularmente, al atender la vulnerabilidad, permita disminuir no sólo las inequidades de género.

Referencias bibliográficas

- Abramzón, Mónica (2005), *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, Buenos Aires, Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- (2003), “Los recursos humanos en salud en la Argentina. Una mirada a los datos”, *Observatorio de Recursos Humanos en Salud en la Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. Dos estudios*, n° 58, OMS/OPS, Argentina.
- Belmartino, Susana (2005), *La atención médica argentina en el siglo xx. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Borrell, Rosa María (2005), *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*, Buenos Aires, OPS.
- Burijovich, Jacinta y Laura C. Pautassi (2005), “Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 60 (LC/L.2250-P), Santiago de Chile, CEPAL, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.8.
- Geldstein, Rosa y Catalina Wainerman (1989), “Trabajo, carrera y género en el mundo de la salud”, *Cuadernos CENEP* (Centro de Estudios de Población), n° 42, Buenos Aires.
- Gómez Gómez, Elsa (2001), “Equidad, género y salud”, Washington, OPS.
- Hamilton, Gabriela, Nélica Gastaldi y Fernando Di Luca (2000), *Análisis de la oferta de Servicios Médicos en la Argentina*, Buenos Aires, IPSALU.
- Naciones Unidas y Presidencia de la Nación, Argentina (2003), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina. La oportunidad para su reencuentro*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación.
- Novick, Marta y Pedro Galin (2003), “Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud”, *Observatorio de Recursos Humanos en Salud en la Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. Dos estudios*, n° 58, OMS/OPS, Argentina.
- Pautassi, Laura C. (2001), “Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 30 (LC/L.1506-P), Santiago de Chile, CEPAL, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.45.

- y María Nieves Rico (2003), “¿Un mercado en retracción? El empleo en el sector salud en la Argentina desde la perspectiva de género”, *Serie Seminarios Salud y Política Pública*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

VI Reforma sectorial, descentralización y empleo en salud en Córdoba

Jacinta Burijovich y Laura C. Pautassi

A. Introducción

Han transcurrido más de veinte años de procesos de reformas económicas, sociales e institucionales en la Argentina, entre cuyos componentes cobró importancia la descentralización sectorial de los niveles nacionales a jurisdicciones provinciales y municipales. En el sector salud, los objetivos de la reforma estuvieron dirigidos a conseguir mejores niveles de eficiencia y calidad en los servicios, y a aumentar la satisfacción de los usuarios (véase el capítulo III). Estos propósitos no han sido cumplidos totalmente y se han comenzado a cuestionar los supuestos sobre los cuales se asentaban las transformaciones.

Tres características aparecen como constantes en los diversos procesos de reforma y descentralización de los sistemas de salud efectuados en la Argentina en la década de 1990:

- i) la escasa consideración de la importancia estratégica del recurso humano afectado;
- ii) la aplicación de criterios fiscalistas en el sector, con la consiguiente política de reducción de costos en desmedro de las condiciones de trabajo y de atención, y
- iii) la neutralidad en términos de género con que se aplicaron las reformas, tanto a nivel de los trabajadores sectoriales como de los usuarios.

Salvo excepciones, las jurisdicciones menores recibieron, en la mayoría de las provincias, nuevas competencias en materia de

salud, particularmente servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) con o sin personal a cargo, y sin consideración alguna de los efectos que trae aparejada la invisibilidad de la perspectiva de género. A estas transferencias de efectores y de funciones, realizadas desde el ámbito nacional a las provincias, se suma el hecho de que, por mandato constitucional, cada una de éstas es autónoma para organizar sus propios sistemas de salud, sin necesidad de responder a un modelo único, sumando heterogeneidad y complejidad a un sistema de salud de por sí complejo.

En términos institucionales, tanto provincias como municipios presentan realidades muy diferentes asociadas a sus orígenes, desarrollo político institucional y económico, lo que se refleja en la magnitud de los problemas sociales y en las respuestas institucionales diseñadas en torno de los sistemas de salud. A ello se debe agregar la división histórica en tres subsectores en el interior del propio sector salud (subsector público, de las obras sociales y privado) a la que se incorpora un inminente y cada vez más presente “cuarto sector” conformado por organizaciones no gubernamentales (ONG).

De manera similar, las reformas económicas realizadas imprimieron nuevas regulaciones laborales en el interior del sector salud, que modificaron sustancialmente sus reglas de funcionamiento histórico, sin tomar en cuenta las condiciones de trabajo. Si bien el campo de los recursos humanos en salud sufrió transformaciones semejantes al resto del mercado laboral, presenta especificidades que es preciso señalar. Entre éstas se destacan: el desequilibrio en cuanto a la disponibilidad de algunas profesiones, la concentración de profesionales en los grandes centros urbanos, la distancia entre la formación profesional y el perfil ocupacional, la persistencia de alta concentración de mujeres, y el abandono de requisitos de calificación para la prestación del servicio.

Así, los problemas identificados antes de la reforma (pluriempleo, concentración del recurso en las zonas urbanas, falta de control gerencial, débil regulación de la práctica profesional, entre otros) no fueron resueltos, al mismo tiempo que se han agregado nuevos, tales como: migración laboral, aumento del estrés, insatisfacción del recurso humano y énfasis en la productividad en desmedro de la eficiencia. En otros términos, las mayores fallas en los

procesos de reforma están relacionadas con la gestión del recurso humano (Ugalde y Homedes, 2005).

A su vez, al ser el trabajo en salud predominantemente femenino, se le suman los condicionamientos que impactan sobre la inserción particular de las mujeres en el mercado laboral, esto es, la división sexual del trabajo, la maternalización de los roles productivos, déficits de competencias actitudinales y principalmente las dificultades para conciliar obligaciones laborales con el cuidado familiar, el cual está, casi sin excepciones, bajo responsabilidad femenina.

Lo llamativo es la ausencia de estudios y análisis sistemáticos del impacto de procesos de tan importante envergadura (en cada una de las jurisdicciones). Poco se sabe, y menos se ha evaluado, cómo han afectado las reformas en cada una de las provincias y cómo ellas han asumido la provisión de servicios de salud. Y si de ausencias se trata, la más notoria sería la aproximación al tema del recurso humano. No sólo el empleo no ingresó en la agenda sectorial, sino que se desconocen las condiciones bajo las cuales se está desarrollando la producción de los servicios de salud en cada una de las provincias.

La escasa o prácticamente nula atención prestada a las condiciones de empleo en el sector salud a nivel local no se reduce únicamente a un interés especulativo o diagnóstico, sino que es de suma importancia para el diseño e instrumentación de políticas laborales en el sector. Conocer la composición del recurso humano constituye un primer paso orientado a construir consensos que posibiliten instrumentar una política de empleo concordante con políticas sanitarias equitativas.

En función de ello, en el marco del proyecto en el que se inscribe este libro, se seleccionó un caso particularmente interesante: la *Provincia de Córdoba* y específicamente la *Municipalidad de la ciudad de Córdoba*. En primer lugar, la provincia gestionó los efectores de mayor complejidad y transfirió a las unidades menores la casi totalidad de efectores de baja complejidad. En el caso del municipio de la ciudad de Córdoba (capital de la provincia), debido a su escala, cuenta con una red de efectores de baja complejidad (puestos sanitarios, centros de salud) ubicados en zonas con mayores indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que muestran una interesante relación entre cobertura en términos de aten-

ción primaria de la salud y pobreza urbana, al mismo tiempo que cuenta con efectores de alta complejidad (hospitales), concentrando en una misma jurisdicción todos los niveles de complejidad.

En segundo lugar, tanto a nivel del sector público provincial como del municipio capital se introdujo una reforma en materia de recurso humano sectorial del cual prácticamente no existen estudios. Si bien ambas jurisdicciones adoptaron estrategias similares en términos de racionalización del recurso humano, se presentan diferencias en cada una de las políticas adoptadas. Estos contrastes se manifiestan claramente en el rol de los actores involucrados en el proceso, como también en las medidas adoptadas y en la nula consideración de la equidad de género en materia de empleo sectorial. En este último caso, la ausencia de perspectiva de género se presenta a nivel de los decisores y de los propios trabajadores, de los dirigentes gremiales y otros actores locales y provinciales clave.

Algo similar se constata en los otros subsectores: privado y de obras sociales. Si bien la información que se pudo recabar es escasa, debido a la ausencia de registros sistemáticos, las transformaciones operadas se manifiestan en el aumento de la precariedad y la vulnerabilidad del empleo. Esta situación afecta las condiciones de trabajo e impacta directamente en la salud de los trabajadores, con efectos diferenciales de género.

En este capítulo se presenta una aproximación diagnóstica, desde un enfoque de género, del empleo en los sectores público (provincial y municipal), privado y de las organizaciones públicas no estatales, caracterizando las formas que asume el empleo en estos subsectores (tipo de tareas, condiciones de contratación, segmentación ocupacional) y su vinculación al nuevo diseño del sector salud a nivel provincial. El objetivo final consistió en detectar brechas en la gestión del recurso humano y delinear senderos estratégicos para el diseño e instrumentación de políticas laborales con equidad de género.¹

¹ Este capítulo se basa en el estudio de Burijovich y Pautassi (2005) donde se analiza el empleo en salud en la provincia de Córdoba, a través de un diagnóstico participativo, sobre la base de una aproximación de tipo cuanti-cualitativa. Diagnóstico desarrollado durante 2004, juntamente con el personal involucra-

B. Las condiciones de trabajo en el sector salud

Para el ámbito nacional (véase el capítulo V) el supuesto para analizar las condiciones de trabajo en el sector salud en Córdoba es que la calidad del empleo condiciona la calidad de la atención. Ahora bien, *¿qué se entiende por calidad del empleo en salud en ámbitos locales?*

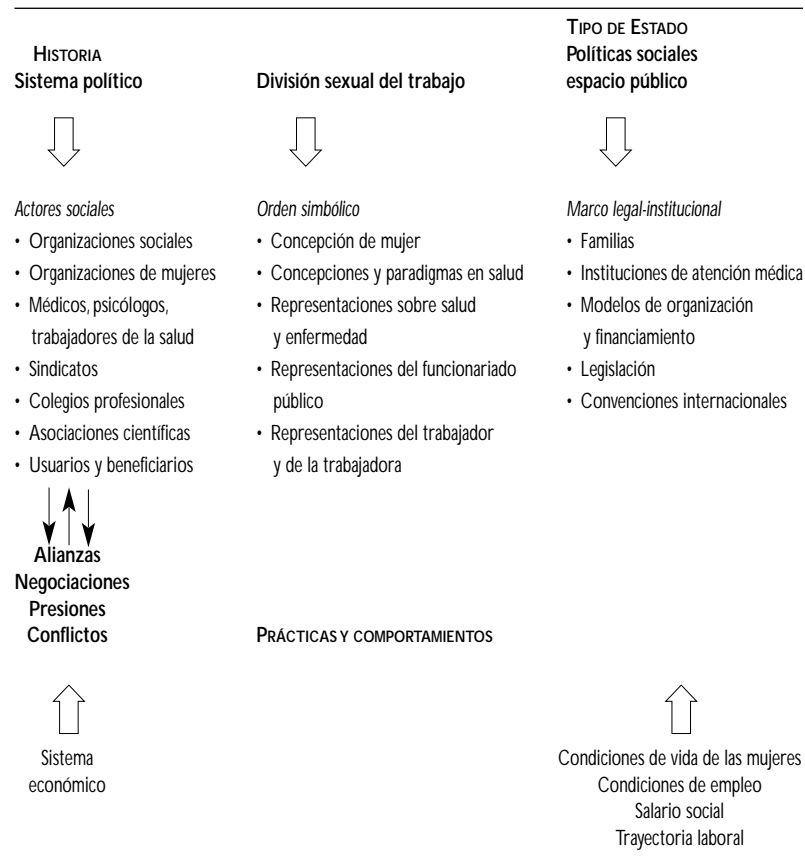
Para aproximar una respuesta deben considerarse las formas que adquiere la producción del servicio en salud, donde el recurso humano realiza su trabajo desde los aspectos subjetivos de la actividad —intereses, motivaciones, sentidos— y desde los aspectos objetivos de su práctica, conocimientos, habilidades, competencias específicas (Padilla, 2002).

Las modalidades de producción del servicio en salud se insertan, a su vez, en el funcionamiento de los mercados laborales en que las condiciones actuales de empleo están determinadas por el orden simbólico (representaciones sociales sobre la salud), por las interacciones entre los actores involucrados y por el marco legal institucional.

A partir de las transformaciones de la década de 1990, este modelo de análisis en el campo de la salud debe ser trasladado desde el nivel nacional al ámbito provincial y municipal, ya que, como fue señalado, aquéllos son los responsables de la prestación de los servicios. Los actores locales involucrados son los gobiernos provinciales y municipales, organizaciones sindicales con más peso (fundamentalmente estatales) y las organizaciones profesionales, especialmente los colegios médicos y demás corporaciones profesionales (psicólogos, trabajadores sociales). La dirección de la política laboral del sector salud es producto de las negociaciones, presiones y conflictos a nivel local, más allá del marco general que otorga la política nacional, y pueden apreciarse en la siguiente figura.

do, tanto de niveles de conducción como de base, buscando consensuar propuestas de políticas de recursos humanos que incluyan la equidad de género. La misma metodología se utilizó, en menor medida y determinada por la disponibilidad de información, para analizar las condiciones de trabajo en los subsectores de obras sociales y privado, como también en el incipiente “cuarto sector”.

Figura VI.1: Modelo de análisis del campo de los recursos humanos en el sector salud



FUENTE: Elaboración propia.

El orden simbólico incide sobre la orientación de las políticas. Las discusiones en este ámbito se han concentrado en las distintas concepciones sobre el proceso salud-enfermedad que abarcan desde posiciones biológicas, curativas y centradas en la enfermedad, hasta perspectivas que integran una mirada social haciendo eje en lo preventivo y en la salud. Cabe destacar que, en este debate, las organizaciones de mujeres han tenido un rol fundamen-

tal. La inclusión de una perspectiva de género en los programas de salud reproductiva, las luchas por el derecho a la salud, las denuncias por los déficits de cobertura en la atención a la población femenina en situación de pobreza, la necesidad de visibilizar el impacto que tiene sobre la salud la violencia familiar, son algunos de los ejemplos de su incidencia en el diseño de la prestación en los servicios de salud.

Además, resulta primordial considerar la división sexual del trabajo en el interior del hogar y cómo ésta determina las diversas modalidades de inserción de las mujeres a la salud. La perspectiva que interesa destacar es la de las formas en que se visibiliza el aporte de las mujeres al sector, tanto a partir de su desarrollo en éste como trabajadoras remuneradas, como a través de la contribución de las trabajadoras voluntarias —el caso de las agentes sanitarias—, las que con una mínima capacitación en tareas básicas relacionadas con la APS cumplen un rol estratégico, particularmente en las zonas con mayores indicadores de NBI, ya que realizan controles domiciliarios y son un nexo sumamente importante entre la población y el sistema de salud institucionalizado.

El análisis de las interrelaciones y juegos de poder de los actores sectoriales permite construir un modelo de política sanitaria y comprender el diseño del funcionamiento del sector, las formas en que se puede definir la política laboral sectorial, y también conocer las potencialidades y límites para incorporar la equidad de género.

C. Institucionalidad sectorial y recursos humanos en la provincia de Córdoba

En la provincia de Córdoba, el sector ha reproducido de manera fiel las características del sistema de salud a nivel nacional ya indicadas (véanse los capítulos III y V). El modelo conformado a partir de la década de 1940, que se consolida recién durante los años sesenta y setenta, se distinguió por estar constituido por tres subsectores (público, obras sociales y privado) cuyas reglas de juego provocaron fragmentación, superposición e irracionalidad en

el uso de los recursos, es decir, una enorme brecha entre los medios invertidos y los resultados sanitarios obtenidos.

Entre las características que asume el sector salud en Córdoba se destaca el espacio que ocupó el subsector público que, en primer lugar, fue tradicionalmente preponderante en el ordenamiento sanitario provincial, en desmedro de los ámbitos nacionales y municipales, debido principalmente a que entre los años 1979 y 1981 finaliza el proceso de transferencia de efectores nacionales hacia la provincia, quedando limitada la participación nacional a los dos hospitales universitarios (Hospital Nacional de Clínicas y Maternidad Nacional). En segundo lugar —salvo la Municipalidad de la ciudad de Córdoba—, fue muy escaso el desarrollo de efectores sanitarios a nivel local.

Un aspecto que acentúa todavía más la centralidad del Estado provincial en la organización del sistema sanitario está ligado a las características que asume en la provincia el subsector de las obras sociales. En el territorio de la provincia desarrollan sus actividades, casi en su totalidad, las obras sociales y sistemas de medicina prepagos nacionales, siendo, en particular, el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) dependiente del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados una de las de mayor cobertura. Sin embargo, en el subsector de las obras sociales provinciales, es el Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM) el que resulta preponderante.

En cuanto al sector privado de la atención médica provincial, el crecimiento fue constante desde la década de 1950, en función del aumento de los recursos de la seguridad social destinados al sector y en desmedro de la capacidad prestacional de las obras sociales. Este crecimiento tuvo dos etapas: la primera (1950-1970) se basó, fundamentalmente, en el aumento del número de camas de internación, quitándole importancia relativa al sector público. La segunda etapa, entre inicios de la década de 1970 e inicios de los noventa, se caracterizó por un fuerte proceso de especialización, diferenciación y “microempresarización” ligado a una importante incorporación de nuevas tecnologías (Navarro y Rosenfeld, 1993).

Este modelo de funcionamiento sectorial sufrió drásticas transformaciones a partir de 1995, como consecuencia de la crisis fi-

nanciera internacional (conocida como “efecto tequila”) que hizo colapsar la totalidad de los servicios públicos provinciales. El gobierno provincial reconoció la necesidad de cambios en la estructura del sector salud bajo el argumento, no sólo de devolverle solvencia financiera, sino también de resolver los problemas de cobertura que se presentaban con mayor magnitud en la provincia.

Entre 1995 y 1999, y durante una misma administración de gobierno, se aplicó un conjunto de medidas de ajuste para resolver el problema de la hipertrofia del área salud y ordenar el uso de los recursos en función de los límites presupuestarios. Una primera medida fue una drástica reducción de la planta, con el cese de contratos e interinatos, la absorción presupuestaria de cargos vacantes y la decisión de no continuar cubriendo interinatos y suplencias. Se suspendieron, además, las residencias médicas rentadas en los hospitales provinciales bajo el argumento de que, en medio de la emergencia, el Estado provincial no podía seguir destinando recursos para la formación de posgrado de las y los médicos.²

Esta medida fue complementada con la reducción de la planta política³ del Ministerio de Salud, lo que tuvo como consecuencia directa la centralización en el proceso de toma de decisiones. Asimismo, se efectuó un importante recorte presupuestario al extremo de llegar al cierre de servicios y hospitales que se consideraban “excedentes”.

Otra medida, vinculada al achicamiento del sector público provincial y a su reconfiguración, fue el proceso de descentralización emprendido, que culminó en 1996 con la municipalización de 480 efectores de salud, principalmente los de menor complejidad, y que —de acuerdo con la política asumida por el gobier-

² Las residencias médicas constituyen un sistema de capacitación intensiva en servicio, al que se accede por concurso y que se desarrollan en los hospitales provinciales.

³ Se refiere al personal que ingresa por designación ante una nueva gestión gubernamental, no por concurso, generalmente con contratos de trabajo temporarios que se van renovando en dicha gestión.

no— debían pasar a ser responsabilidad exclusiva de los gobiernos locales.⁴ La provincia se comprometió a garantizar el segundo y tercer nivel de complejidad (hospitales zonales, regionales y especializados).

Tampoco se consideraron en el proceso de reforma las condiciones de trabajo del personal, que pasa a ocupar funciones en los efectores descentralizados y que desde el inicio fue transferido a los distintos municipios. Esto implicó, en algunos casos, reducción del salario, pérdida de la carrera profesional, antigüedad, vacaciones y estabilidad. La descentralización tampoco tuvo en cuenta las nuevas competencias necesarias para asumir las tareas de gestión que requieren estas unidades menores (municipios y comunas) ante el nuevo personal.

En consonancia, las urgencias fiscales y financieras del gobierno del período hicieron que la política de personal estuviera centrada en el “ajuste”. Mediante la suspensión de contratos, suplencias, interinatos y residencias, y del proceso de municipalización de personal, la provincia logró realizar un drástico recorte de la planta del Ministerio de Salud.⁵ La nueva situación, impuesta por tales reformas, produjo numerosos conflictos entre el gobierno y el personal de salud que se consideraba víctima del proceso de reordenamiento fiscal de la provincia. Además, el equipo ministerial no asumió al personal del sector como un interlocutor legítimo para establecer canales de debate y participa-

⁴ Cabe señalar que con la reforma de la Constitución Provincial en 1987 ya se había instalado la necesidad de realizar un proceso de descentralización de los efectores sanitarios correspondientes al primer nivel de complejidad. Esta política tuvo un desarrollo gradualista, negociado y no compulsivo, lo que provocó que, al llegar al año 1995, se hubieran firmado solamente doce acuerdos de descentralización de efectores de salud.

⁵ La magnitud del ajuste efectuado es materia de controversia al no existir registros oficiales al respecto. Según diversas fuentes consultadas (funcionarios y dirigentes gremiales), el número de empleados del Ministerio de Salud al inicio del período oscilaba entre 15.300 y 18.000, cifra que se reduce drásticamente al final del mismo para ubicarse entre los 8.700 y 10.500 empleados. Más allá de la imprecisión de las cifras, existe consenso en que la reducción del personal de salud durante esos años fue significativa.

ción en torno del proceso iniciado, por considerar que representaban la defensa de privilegios inaceptables o, en el mejor de los casos, voluntarismo con escasa racionalidad (Ase y Burijovich, 2000).

La disminución del número de trabajadores en el sector salud estuvo acompañada por una rigurosa política de controles que se fundamentaba en el supuesto de que en la medida en que se lograra mejorar la productividad y el rendimiento del personal remanente, resultarían menos necesarios y “reclamables” gremialmente los despedidos (Ase y Burijovich, 2000).

La consecuencia directa de esta primera etapa de reformas fue una mayor fragmentación del sistema y una agudización de las inequidades. El cambio en el rol del Estado provincial no fue acompañado de mecanismos que neutralizaran las dificultades de acceso de ciertos sectores de la población o compensaran las desigualdades regionales existentes (Ase y Burijovich, 2000).

En 1999 se inició una nueva gestión de gobierno que aceleró y profundizó el proceso de reformas, configurando un escenario diferente en el sector público provincial. Un primer cambio fue la búsqueda de financiamiento externo, para lo que se incorporan las líneas de políticas propuestas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM), con el objetivo de obtener el apoyo financiero de ambos. De manera que este segundo período de reformas del sector salud provincial (1999-2004) es instrumentado con el financiamiento de estos organismos y con el apoyo de algunos sectores de la corporación médica.⁶

Entre las medidas más destacadas, un conjunto de normas que respaldan el proyecto reformista habilitaron la designación de gerentes que, de acuerdo con sus propulsores, asumirían la tarea de transformar la gestión ministerial. De esta manera, se conformó

⁶ El marco legal para apoyar esta iniciativa lo constituyeron tres leyes que se conocen como Reinención del Estado de Córdoba y que son: ley 8.835: carta del ciudadano; ley 8.836: modernización del Estado, y la ley 8.837: incorporación de capital privado al sector público, las tres sancionadas en enero de 2000.

una estructura gerencial paralela a la burocrática que gradualmente fue asumiendo las funciones de ésta.⁷

Las responsabilidades del Estado provincial respecto de los servicios sanitarios también quedaron redefinidas en este marco legal. Los mayores cambios se produjeron en la delimitación del alcance del derecho a la salud, garantizado en la Constitución Provincial. La coalición gobernante realiza, a partir de la nueva normativa, una interpretación absolutamente restringida del derecho a la salud, al considerar que su responsabilidad se limita a un sector determinado de la población (desocupados y aquellos que carecen de seguro u obra social), quienes serían los únicos habilitados para exigir prestaciones públicas. Esto marca el pasaje de una concepción universalista a otra residual en el terreno de la política sanitaria.

Asimismo, estas leyes posibilitaron instrumentar cambios más profundos en la organización del sistema público de salud. El Estado provincial asume la obligatoriedad de financiar la atención médica de su población beneficiaria, pero en el contexto general de la ley no estaría obligado a prestar directamente los servicios ya que todas las instituciones públicas (sin excepción alguna) tienen la posibilidad de gerenciamiento privado, tercerización, capitalización o privatización. De esta manera, se sentaron las bases legales para transformar el financiamiento del sistema público de salud: del subsidio a la oferta se pasó al subsidio a la demanda.

Esta nueva opción política se evidencia recién en el año 2003 con la sanción de la ley 9.133 de Garantías Saludables, de la cual sólo se han reglamentado las prestaciones destinadas a las acciones preventivas. La conformación de este sistema, según el texto legal, tiene un doble propósito. Por un lado, terminar con la crónica ineficiencia en el uso de los recursos sanitarios y, por el otro,

⁷ La ley 8.991/00 crea la estructura de nuevos cargos gerenciales, los que no estaban contemplados en el Estatuto del Empleado Público ni en la Ley del Equipo de Salud, que regulan las relaciones laborales entre el Ministerio de Salud y sus agentes.

instrumentar la estrategia de la APS como eje articulador del nuevo sistema.⁸

Para lograr estos objetivos, la ley propicia:

- i) integración y articulación de los efectores en torno de la estrategia de APS en los distintos niveles de complejidad;
- ii) determinación de la cobertura mínima universal mediante una canasta básica prestacional;
- iii) asignación creciente de recursos hacia los programas de promoción y prevención;
- iv) descentralizar los servicios integrándolos en redes de derivación de complejidad creciente;
- v) cumplimiento de las acciones de salud mediante el criterio denominado de “población bajo responsabilidad nominada”;
- vi) aplicación de la clave única de identificación sanitaria de personas, a los efectos de instrumentar la Historia Clínica Única en toda la provincia;
- vii) coordinación de inversiones con las distintas jurisdicciones estatales como con el sector privado;
- viii) establecer indicadores de cumplimiento de acciones previstas en la ley.

Varios son los aspectos que deben analizarse del marco jurídico-técnico que incorpora esta ley. En primer lugar, la propuesta de definir una canasta universal y básica prestacional completa el proceso de reconceptualización del derecho a la salud y la responsabilidad estatal en relación con él. La ley 8.835 limita el alcance de esta responsabilidad exclusivamente a la población sin cobertura, mientras que la nueva ley limita la cantidad de prestaciones que tendrán carácter universal.

⁸ Esta política se enmarca en la adhesión del gobierno provincial a la política de transformación del sistema de APS planteada como línea estratégica por parte del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo fue la reforma del modelo prestacional nacional, a partir de un crédito del BID.

A su vez, la Ley de Garantías Saludables establece la forma para definir el monto de la cápita correspondiente a la canasta básica prestacional, de acuerdo con consideraciones referidas a nivel de complejidad y riesgo sanitario. Esta cápita deberá ser abonada por el ente financiador correspondiente (público, semipúblico o privado), al prestador. La definición de una cápita que “sigue al paciente” estaría abriendo las puertas para la introducción del mecanismo de subsidio a la demanda en detrimento del tradicional subsidio a la oferta.

Finalmente, la propuesta de lograr la coordinación entre los efectores sanitarios de la provincia y garantizar la accesibilidad geográfica de las personas a los servicios, independientemente del subsector al que pertenezcan, implicaría una redefinición del rol del Estado provincial en el sistema. En efecto, la ley 9.133 acentúa el rol planificador, regulador, acreditador, evaluador y financiador del Estado provincial. Sin embargo, con la excepción de los programas preventivos, el rol prestador queda diluido. La coordinación en el campo de las inversiones en el sector podría habilitar a que, en algunas zonas de la provincia, el sector privado crezca teniendo como garantía las cápitaa de la población sin cobertura y que deben ser financiadas por el gobierno provincial.

Otro aspecto destacable de la ley es el que obliga a todos los entes financiadores a establecer un primer nivel de atención a cargo de médicos de familia o médicos generalistas que trabajen con población a cargo (“población bajo responsabilidad nominada”) y funcionen como “porteros” del sistema. De esta forma, se propone que cada médico de primer nivel tenga bajo su responsabilidad un número de personas que oscilaría entre las 1.000 y 1.200, siendo esta tarea remunerada de manera capitada. Este profesional también debería desarrollar programas de promoción y prevención de enfermedades.

La propuesta apuntaría a un doble objetivo. En primer lugar, racionalizar la demanda al sistema sanitario —considerando que el médico de primer nivel se encuentra en condiciones de resolver casi el 90% de las patologías— para evitar el tránsito innecesario de pacientes hacia los niveles de mayor complejidad. En segundo lugar, se propicia un cambio en la modalidad de trabajo

de los profesionales de la salud, de una posición asistencialista a una preventivista y promotora de ésta. La exigencia de programas de promoción y prevención, sumada a la decisión de evaluar el desempeño de los médicos del primer nivel sobre la base de contratos centrados en indicadores sanitarios de la población a su cargo, serían los factores que impulsarían la transformación. Aquí, la promoción y la prevención dejarían de ser tareas libradas a la “buena voluntad” del médico para convertirse en parte central de los compromisos asumidos por él en el marco de su contrato de trabajo.

En consonancia con el nuevo modelo, la forma de instrumentar la política laboral sectorial experimenta cambios. A pesar de que durante este segundo período también faltaron espacios de deliberación sobre la reforma, el gobierno impulsó medidas que permitieron desactivar el conflicto en el sector salud:

- i) revirtió todas las políticas de transformación —con excepción de la descentralización— impulsadas por el anterior gobierno;
- ii) manifestó su decisión de recomponer la planta de personal “achicada”;
- iii) otorgó un incremento salarial universal al equipo de salud denominado “incentivo por calidad del servicio”, y
- iv) designó a importantes representantes del gremialismo médico al frente de algunas direcciones hospitalarias.

En otros términos, a lo largo del segundo período de reformas, la pretensión ministerial no fue la de disminuir la cantidad de personal del sector —de hecho, éste se ha incrementado desde 1999—, sino que la política fue la flexibilización de las condiciones de trabajo. La estrategia para lograr el objetivo flexibilizador fue la disminución del personal de planta permanente y su reemplazo por personal contratado.

Asimismo, toda la reforma del sistema se basó en el discurso de la eficiencia y eficacia, especialmente a partir del achicamiento del gasto —entre ellos personal— y en una transferencia de responsabilidades a los propios trabajadores en el éxito de instrumen-

tación del nuevo sistema. Esto es, la suerte del Sistema de Atención Primaria recae sobre un pequeño número de profesionales, entre ellos los médicos generalistas que, en contextos de extrema pobreza, no sólo deben seguir con las habituales tareas asistenciales sino que deben encargarse principalmente de tareas preventivas, muy necesarias por cierto, pero sin los consiguientes insumos. Desde la perspectiva de los usuarios, esta nueva conformación del sistema se traduce en permanentes denuncias de desatención de pacientes (falta de camas, falta de infraestructura necesaria para una correcta atención, deterioro de los hospitales, problemas con la derivación).

Por último, cabe destacar que actualmente la estructura sanitaria de la provincia de Córdoba cuenta con 37 efectores (13 en la capital de la provincia y 24 en el interior), de los cuales el 80% es de baja complejidad (primero y segundo nivel de atención) y el 50% de los recursos del sector son públicos (camas y efectores). En el caso del sector privado, gran parte de ellos presenta mayor complejidad (segundo y tercer nivel de atención), y la relación cama por mil habitantes es similar en los dos sectores.

D. El empleo en la salud pública provincial

A pesar de que los servicios de salud son un sector mano de obra intensivo, resulta llamativo que en las dos etapas de reforma del sistema de salud provincial, el recurso humano reciba un tratamiento marginal y sólo referido a ciertos incentivos económicos para su inserción en el sistema, pero sin estabilidad o mejora en sus condiciones laborales. En consecuencia, tampoco se ha planteado el interrogante sobre la calidad del empleo y su vinculación a la calidad de la atención.

En este sentido, se han desarrollado escasos espacios para el intercambio y la deliberación, con el fin de estimular la participación y el involucramiento del recurso humano en los procesos de transformación planteados para el sector.

1. Perfiles ocupacionales

Para el año 2004, según información del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, la estructura de personal está conformada por 12.790 cargos, de los cuales el 37% son de planta permanente y el 51% son cargos contratados (incluye becas y residentes). De este total, el 65,4% de los trabajadores son mujeres y el 34,6% varones. Es decir, al igual que a nivel nacional el mayor porcentaje de trabajadores son mujeres.

Cuadro VI.1: Total de personas ocupadas por condiciones de contratación y por sexo - 2004⁹

			Mujeres		Varones	
	Cantidad	%	Total	%	Total	%
Personal permanente	4.742	37,1	3.220	67,9	1.522	32,1
Personal contratado	6.502	50,8	4.144	63,7	2.358	36,3
Suplente	103	0,8	55	53,4	48	46,6
Interino	426	3,3	277	65,0	149	35,0
Funcionario	132	1,0	36	27,3	96	72,7

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, 2004.

Las condiciones de contratación no afectan de manera diferencial a mujeres y varones.¹⁰ Se mantienen las proporciones en casi todos los cargos. Sólo entre los funcionarios políticos esta proporción se invierte, las mujeres constituyen el 27,3%, presentándose un claro fenómeno de *segregación vertical*.

⁹ Del total de cargos del personal del Ministerio de Salud, 885 ocupados se encuentran en estado jubilatorio, por lo que no se incluyen en este cuadro.

¹⁰ La principal diferencia entre trabajadores de planta y contratados radica en que los primeros ingresan al Estado provincial siguiendo las normativas establecidas, en cambio, para el personal contratado la relación laboral se rige por un contrato de plazo determinado y se prestan servicios de forma personal y directa. En este caso, se considera que se empleará exclusivamente para realizar tra-

En el caso de las trabajadoras de planta permanente, ellas gozan de 120 días de licencia por maternidad (20 días anteriores al parto y 100 días posteriores a éste) y, una vez reincorporadas al trabajo, gozan de dos horas diarias para lactancia, durante el primer año después del nacimiento. En el año 2004 se estableció la extensión a las trabajadoras contratadas, tanto de la licencia por maternidad como de la licencia por lactancia, en iguales condiciones que el personal de planta. En el caso de las profesionales residentes, la licencia por maternidad es sólo de 30 días y no tienen contempladas las horas de lactancia.

Esta estructura de personal en salud de la provincia se financia con la suma de 147.412.800 pesos que es el equivalente al 51,76% del total de recursos destinados al sector para el año 2004. La inexistencia de información impide comparar estos datos con series históricas. Sin embargo, una mirada sobre los recursos destinados a los hospitales provinciales desde 1999 hasta el año en curso, tal como se presenta en el cuadro, permite analizar la evolución de esta política flexibilizadora.

Cuadro VI.2: Distribución del gasto en personal hospitalario - 1999-2004
(en millones de pesos y porcentajes)

	Permanente	%	No permanente	%	Total	%
1999	89.896.063	95,75	3.988.084	4,25	93.884.147	100
2000	89.601.318	92,27	7.509.866	7,73	97.111.184	100
2001	78.862.174	74,35	27.200.820	25,65	106.062.994	100
2002	80.228.853	74,05	28.112.856	25,95	108.341.709	100
2003	75.820.856	66,77	37.728.911	33,23	113.549.767	100
2004	72.924.700	65,31	38.715.000	34,69	111.639.700	100

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de los presupuestos generales de la provincia de Córdoba correspondientes a los años 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004, Gobierno de Córdoba.

bajos que, a juicio de la autoridad, no puedan o no convengan ser realizados por el personal permanente, dada la especificidad de éstos. La diferencia más importante entre unos y otros es, en definitiva, que el personal permanente goza de estabilidad en el cargo, mientras que el contratado no goza de dicha garantía.

El análisis de los datos del cuadro VI.2 permite observar la magnitud del proceso de reconducción de recursos desde las partidas destinadas al personal permanente hacia las consignadas al no permanente. Es notable observar que, en el año 2004, el 34,69% del presupuesto destinado a personal permite financiar al 50,8% de agentes (contratados) del sector (véase el cuadro VI.1). Estas cifras dan cuenta de que el salario promedio del personal contratado se encuentra por debajo del correspondiente a planta permanente. Por otra parte, el tiempo de duración de los contratos puede ser semestral, anual o plurianual, de acuerdo con el área o función, generando de esta forma un alto nivel de incertidumbre laboral en el personal. La política de flexibilización no sólo introduciría un alto grado de discrecionalidad en el ingreso y egreso de los trabajadores al sistema, sino que también posibilitaría mantener o aumentar el número de cargos con igual o menor cantidad de recursos financieros.

2. *El equipo de salud: los grupos ocupacionales*

Los integrantes de los denominados equipos de salud en la provincia de Córdoba están regidos por la ley 7.625 (Régimen para Personal del Equipo de Salud Humana) que los incluye en cinco grupos ocupacionales. De esta forma, el régimen escalafonario comprende dos niveles:

- i) el operativo, y
- ii) el de conducción.

El primero comprende a todo el personal que desarrolla tareas operativas asistenciales, y reviste en 11 categorías conforme a un sistema de puntajes establecido según requisitos de antigüedad y capacitación. El nivel de conducción reúne al personal que se desempeña jerárquicamente. Este nivel está integrado por cinco tramos:

- i) supervisión,
- ii) sección,

- iii) división,
- iv) servicio,
- v) departamento.

También dentro del equipo de salud se encuentran los integrantes del Programa de Residencias en Salud Familiar y los de otras especialidades.

Si se analizan los niveles educativos alcanzados por los trabajadores del sector con función asistencial se observa que la mayor proporción (70%) alcanza niveles de enseñanza superior.¹¹

Cuadro VI.3: Total de personas ocupadas en el equipo de salud, desagregados por grupo ocupacional - 2004

Equipo de salud	Ocupados	%
Becas de salud familiar	427	4,9
Grupo ocupacional I	3.151	36,5
Grupo ocupacional II	1.676	19,4
Grupo ocupacional III	397	4,6
Grupo ocupacional IV	2.082	24,1
Grupo ocupacional V	107	1,2
Residentes	791	9,2
Total	8.631	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, 2004.

El sistema de residencias en la provincia es una modalidad importante de contratación y remuneración para profesionales graduados. Se trata de un sistema de capacitación intensiva en servicio al que se accede por concurso. La duración varía entre tres y

¹¹ La provincia de Córdoba supera los estándares del Plan Decenal de las Américas (ocho médicos por 10.000 habitantes), sin embargo, la distribución de los profesionales es desigual en el interior de la provincia y por tipo de subsector. Si se considera a los médicos en Córdoba Capital hay un médico cada 137 habitantes mientras que, por ejemplo, en el departamento San Alberto hay uno cada 1.097 habitantes.

cuatro años de acuerdo con la especialidad. Según se puede observar en el cuadro VI.4, alrededor del 15% (residentes más becas de salud familiar) del recurso humano destinado a funciones asistenciales pertenece a este grupo.

Cuadro VI.4: Ocupados en los equipos de salud por grupo ocupacional y por sexo - 2004

	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		Grupo V	
	Profesional*	%	Profesional*	%	Técnicos	%	Auxiliares**	%	Idóneos	%
Femenino	2.480	56,76	1.453	86,69	284	71,54	1.689	81,12	60	56,07
Masculino	1.889	43,24	223	13,31	113	28,46	393	18,88	47	43,93
Total	4.369	100	1.676	100	397	100	2.082	100	107	100

* Médicos, odontólogos, psicólogos, bioquímicos, biólogos, sociólogos, farmacéuticos, veterinarios, ingenieros sanitarios.

** Auxiliares de enfermería.

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, 2004.

Si bien las mujeres están sobrerrepresentadas en todos los grupos ocupacionales, esta sobrerrepresentación es mayor en los grupos II, III y IV. El grupo de los técnicos tradicionalmente estuvo constituido por varones, especialmente los radiólogos. Según los datos de la provincia, en el sector público esta relación se ha invertido, siendo las mujeres más del 70% de este grupo ocupacional.

Se puede observar la persistencia de *segregación horizontal* (las mujeres se concentran más en cargos y funciones asociadas a cuidados maternos: enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, psicopedagogas). En el sector público provincial es posible apreciar, además, *segregación vertical* con las mujeres (la diferencia entre los potenciales aspirantes a puestos de conducción y quienes efectivamente ocupan dichos cargos). Las mujeres, a pesar de ser mayoría en el sector, acceden menos a los cargos de

conducción, lo que se puede atribuir a la presencia de un “techo de cristal”. Si, además, se observan los datos del cuadro VI.5, se concluye que la segregación vertical se da tanto en los cargos de conducción política como de conducción técnica.

Cuadro VI.5: Distribución de los cargos por sexo - 2004

	Mujeres		Hombres	
	Cantidad de cargos	%	Cantidad de cargos	%
Jefe de departamento	0	0,0	4	100,0
Jefe de servicio	8	25,0	24	75,0
Jefe de división	7	87,5	1	12,5
Jefe de sección	26	47,3	29	52,7
Supervisión	126	75,4	41	24,6
Operativo	5.457	68,7	2.481	31,3
Residentes	342	80,1	85	19,9

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, 2004.

Si para analizar la distribución de los cargos de conducción sólo tomamos el grupo ocupacional I, la segregación vertical observada es aún mayor. Las jefaturas de sección de este grupo ocupacional son ocupadas en un 64,7% por varones, lo que se agrava considerando que en este grupo hay casi igual número de mujeres y de varones. También cabe destacar que el 100% de las jefaturas de servicio son del grupo ocupacional I. El grupo ocupacional II cuenta con pocos cargos de conducción y, de ellos, la mayoría son supervisiones. Los grupos ocupacionales III y V no tienen cargos de conducción y el grupo IV sólo tiene una jefatura de sección y tres supervisiones.¹²

¹² Según manifestó en una entrevista (septiembre de 2004) la secretaria de salud del Sindicato de Empleados Públicos de la provincia de Córdoba, en la discusión de las nuevas orgánicas hospitalarias de 2004, la gran mayoría de los cargos de conducción estaba siendo transformado en cargos del grupo ocupacional I. Según su lectura, “los cargos de enfermería se estaban transformando en cargos médicos”.

Como ya se ha descrito, el nivel operativo reviste en 11 categorías que definen una carrera horizontal por la cual se asciende según la antigüedad y la capacitación. Es importante resaltar que el 58,1% de los trabajadores se encuentra en la categoría uno. Este dato se explica por la cantidad de personal contratado por la última gestión. Cabe aclarar que, a la situación de precariedad de este personal, se suma la imposibilidad de “hacer carrera” dentro de la administración pública, porque para poder ascender se requiere ser de planta permanente.

Lo expuesto hasta el momento da cuenta de la relación entre las políticas de recursos humanos y los resultados de las organizaciones públicas. Existe evidencia del limitado peso de la tecnología o de los sistemas de producción por sí solos, en el resultado final de trabajos realizados por profesionales (médicos, asistentes sociales o maestros). Los elementos que mejor definen la calidad de un servicio son la competencia profesional, el buen criterio y la motivación con que se asuma la tarea respectiva. Estos aspectos se pueden visibilizar con mayor precisión al abordar el empleo público a nivel municipal.

E. El recurso humano en la salud pública municipal

La ciudad de Córdoba cuenta con más de 80 efectores de salud de distinto nivel de complejidad (dispensarios, unidades primarias de atención a la salud y hospitales), organizados en torno de la estrategia de APS, con una planta de personal —en mayo de 2004— de 1.713 trabajadores y trabajadoras, en su mayoría mujeres (65%).

Cuadro VI.6: Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por sexo - 2004

	Ocupados	%
Femenino	1.111	64,9
Masculino	602	35,1
Total	1.713	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba, mayo de 2004.

Un importante número de centros de salud y unidades primarias de atención se encuentra ubicado en los barrios que presentan una mayor concentración de hogares con NBI. Dos instituciones de salud muy importantes de la ciudad pertenecen al ámbito de la municipalidad: el Hospital de Urgencias y el Hospital Infantil.¹³

Las relaciones laborales en el sector de salud municipal se rigen por la ordenanza 8.023, Escalafón del Personal de la Administración Pública Municipal. Según este escalafón, el personal de salud reviste en un agrupamiento especial para los profesionales y técnicos de la sanidad. El agrupamiento “técnico de sanidad” incluye al personal que cumple tareas de apoyo asistencial sanitario, diagnóstico, terapéutica y afines, comprendiendo a técnicos profesionales y técnicos auxiliares. El agrupamiento “profesional de sanidad” comprende, a su vez, a los profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos y otros profesionales universitarios con tareas asistenciales, sanitarias y administrativas desarrolladas mediante acciones de promoción, protección y rehabilitación de la salud.

Las trabajadoras son mayoría en casi todos los agrupamientos señalados, principalmente bajo la categoría profesionales de la sanidad (29,6%), siendo minoritaria la presencia femenina en los agrupamientos maestranza y técnicos de escalafón general (28,4% y 21,7% respectivamente). También son minoría en los cargos de directores (45,5%).

Cabe destacar que el 42% del personal tiene más de veinte años de trabajo en el sector público y el 16,2%, más de quince. Estos datos indican que el recurso humano municipal cuenta con una gran experiencia y tiempo en el cargo. Por otro lado, el 24,9% del personal tiene entre uno y cinco años de antigüedad. De estos datos, se desprende la necesidad de organizar buenos canales de

¹³ Para la gestión de la salud, la Municipalidad de Córdoba cuenta con la Secretaría de Salud y Ambiente, dividida en dos Direcciones; una dedicada principalmente a tareas asistenciales y de atención a la salud, y la otra, a tareas vinculadas al medio ambiente y el desarrollo sustentable.

transferencia de información y de capacitación del personal más antiguo al más nuevo, particularmente incorporando la perspectiva de género.

Cuadro VI.7: Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por agrupamiento - 2004

	Ocupados	%
Administrativos	83	4,8
Contratados	414	24,2
Directores	33	1,9
Jefes	25	1,5
Maestranza	74	4,3
Profesionales de sanidad	507	29,6
Profesionales escalafón general	68	4,0
Servicios	88	5,1
Técnicos auxiliares sanidad	233	13,6
Técnicos escalafón general	23	1,3
Técnicos profesionales sanidad	165	9,6
Total	1.713	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba, mayo de 2004.

Como ya se ha explicitado, el municipio de la ciudad de Córdoba atiende el primer y segundo nivel. La cantidad de personal asignado a los diferentes lugares de trabajo expresa la orientación de esta política. El primer nivel de atención está cubierto por la Dirección de Atención Primaria de la Salud, que cuenta con el 32,9% del total de los trabajadores del sector. El segundo efector que dispone de más trabajadores es el Hospital de Urgencias (25,2%), hospital de mayor complejidad dentro de la Secretaría Municipal de Salud.

Los lugares de trabajo donde hay mayor cantidad de mujeres son aquellos más cercanos a la población o más ligados a los roles maternos: el 72,3% en la Dirección de Atención Primaria y 73,3% en el Hospital Infantil. Esto se condice, en primer lugar, con el tipo de especializaciones en el que se concentran las muje-

res (pediatría, clínica médica, ginecología, psicología, trabajo social, enfermería), que se vinculan a tareas de tipo reproductivo y que las posiciona en los lugares más cercanos a la pobreza y a la satisfacción de necesidades básicas.¹⁴

Cuadro VI.8: Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por lugar de trabajo y por sexo - 2004

	Femenino		Masculino	
	Ocupados	%	Ocupados	%
APS	407	72,3	156	27,7
Especialidades médicas	120	69,4	53	30,6
Medicina preventiva	49	67,1	24	32,9
Farmacia	10	47,6	11	52,4
Hospital de urgencias	219	50,8	212	49,2
Hospital infantil	170	73,3	62	26,7
Prevención y gestión	6	33,3	12	66,7
Odontología	73	72,3	28	27,7
Ambiente	1	16,7	5	83,3
Hogar de ancianos	33	58,9	23	41,1
Donación sangre	1	0,1	—	—
Calidad alimentaria	1	0,1	—	—
Secretaría de salud	21	58,2	16	41,8
Total	1.111	64,9	602	35,1

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba, mayo de 2004.

¹⁴ La evolución de la matriculación médica muestra una presencia creciente de las mujeres en esta profesión, tal como ya se ha visto en capítulos anteriores tanto para la Argentina como para otros países de América Latina y de fuera de la región. Según el Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba (Zárate, 2004), en septiembre de 2004 había 15.010 matriculados en dicha institución, de los cuales 6.419 eran mujeres. La matrícula femenina en los últimos 40 años ha crecido en Córdoba: de ser menos del 10% en los años sesenta a obtener paridad en los noventa. Sin embargo, en la feminización de la matrícula se manifiestan determinadas características que permiten observar restricciones de género asociadas a segmentación laboral. Si bien existen 56 especialidades médicas reconocidas, las mujeres se concentran en cinco: ginecología, medicina interna, obstetricia, pediatría y tocoginecología.

Al analizar la distribución del personal por sexo, es posible constatar *segregación ocupacional*: el 100% de las trabajadoras sociales, de las nutricionistas y de las fonoaudiólogas, el 95,2% de los psicólogos, el 88% de los enfermeros, el 85% de los fisioterapeutas y el 82,6% de los odontólogos son mujeres. Entre los profesionales médicos sólo el 54% son mujeres. La distribución de varones y mujeres entre trabajadores de planta permanente y contratados mantiene una proporción similar al conjunto del sector salud. Entre las autoridades, la distribución se acerca al 50%.

Cuadro VI.9: Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por condiciones de contratación - 2004

	Autoridades		Planta permanente		Contratados	
	Ocupados	%	Ocupados	%	Ocupados	%
Femenino	16	47,1	829	65,7	266	64,1
Masculino	18	52,9	432	34,3	152	35,9
Total	34	100,0	1.261	100,0	418	100,0

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de la Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba, mayo de 2004.

Por último, un fenómeno a destacar es la presencia de beneficiarios del Programa Jefes y Jefas de Hogar del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, que están realizando la contraprestación exigida a cargo de tareas de auxiliar de enfermería o similares, particularmente en tareas de limpieza y mantenimiento de efectores. Si bien no se pudo acceder a la información sobre la cantidad de personas beneficiarias —se estima en 140 aproximadamente—, las condiciones en las que se encuentran, en muchos casos, son de alto riesgo, sin ningún tipo de capacitación o preparación relativa a las labores que desempeñan.

1. La salud de los trabajadores y las trabajadoras de la salud municipal

Considerar el impacto de las condiciones laborales que afectan la salud de los trabajadores de este sector es central para analizar la calidad del empleo. Llama la atención la ausencia de medidas específicas que protejan la salud del personal, las dificultades para identificar los riesgos sanitarios a los que se ven sometidos y, sobre todo, la ausencia de información sistematizada de este fenómeno. En otros términos, los problemas de salud son analizados en relación con los usuarios, pero no existen políticas para atender a las trabajadoras del sistema (por ejemplo, la obligatoriedad para las mujeres de mamografía luego de los 40 años de edad). Esta situación se presenta en todas las jurisdicciones.

Para analizar la salud de las personas que trabajan en el sector sanitario municipal, se recolectó información sobre el registro de ausentismo por motivos de salud que lleva adelante el empleador, conocido como carpetas médicas de las y los trabajadores municipales de los años 2002-2003.¹⁵

Si se considera el tipo de patología por el cual se solicita la carpeta médica, para hombres y mujeres, los más frecuentes son: enfermedades infecciosas (22%), traumatología (16%), quirúrgicas (10,8%), digestivas (10,2%), respiratorias (8,6%), emocionales (7,5%). Es decir, los mayores indicadores de ausentismo para hombres y mujeres están concentrados en enfermedades infecciosas y traumatología. Sin embargo, en los varones las carpetas por traumatología y problemas cardiovasculares tienen un porcentaje mayor que en las mujeres, y éstas solicitan con más frecuencia carpetas por trastornos emocionales.

Si se analizan las carpetas por días solicitados, la mayor cantidad de días son por trastornos emocionales, en segundo lugar, traumatología, en tercer lugar, quirúrgico y en cuarto, gineco-

¹⁵ En Burijovich y Pautassi (2005) se analizan, además, situaciones como el agotamiento laboral (síndrome de *burnout*) y otros estresores vinculados al desempeño de la actividad en el sector.

obstétrica. Al observar estos mismos datos desagregados por sexo, el orden es diferente: los trastornos emocionales son la primera causa para las mujeres (un poco más que el triple de días que los varones), en segundo lugar, la gineco-obstétrica, y en tercero, la traumatología. La cantidad de días tomados por los varones presenta el siguiente orden: traumatología, quirúrgica y cardiovascular.

El 60% de las carpetas de los varones son de menos de 10 días, mientras que en las mujeres representan el 50%. Los restantes porcentajes corresponden a licencias de una duración mayor al período señalado. Del total de empleados varones que solicitaron carpetas médicas, el 59% lo hizo entre una y dos veces en el año. Las empleadas mujeres lo hicieron en un 42%. Estos últimos datos indican que las mujeres solicitan más días por enfermedad y que las trabajadoras que piden estos días, en casi un 60%, lo hacen más de dos veces al año.

Un aspecto interesante es el que se presenta en el análisis de las carpetas médicas cardiovasculares. Si bien las mujeres representan alrededor del 65% del personal del sector salud municipal, ambos sexos solicitan prácticamente la misma cantidad de días por problemas cardiovasculares. Las enfermedades más comunes en los varones son la hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, lumbago, bronquitis y gastroenteritis. En las mujeres, artritis, amenaza de aborto, cervicalgia, lumbago, síndrome depresivo, trastornos de ansiedad, hipertensión, colitis, gastroenteritis y tumor maligno de mamas. Estos datos sirven para orientar el tipo de trabajo en prevención de la enfermedad del personal: en los varones, las enfermedades cardiovasculares y en las mujeres, las emocionales.

En síntesis, en el sector salud se confirma la relación existente entre morbilidad y género. Las trabajadoras de salud se enferman más que los varones del sector, presentan más problemas asociados a la salud mental y los tipos de enfermedades que aparecen son diferentes.

F. El empleo en los otros sectores de la salud

1. El subsector privado en Córdoba

El sector privado de la salud en Córdoba sufre una crisis sin precedentes. Desde el año 2002 se perdieron alrededor de 350 camas,¹⁶ muchas de ellas de terapia intensiva, principalmente debido al cierre de numerosas clínicas y sanatorios, como también al achicamiento de varios efectores. A su vez, este déficit prestacional del sector privado impacta directamente en el sector público.

Las principales clínicas presentan un nivel de ocupación prácticamente total, situación que se traduce en rechazo de pacientes, disminución de los días de internación y postergación de las cirugías programadas. La mayor presión se presenta en las camas críticas (terapia intensiva, intermedia y unidad coronaria). Algunas instituciones han optado por mejorar el giro cama y dar respuesta casi exclusivamente a las urgencias. No hay inversión en el sector y el argumento que esgrimen los dueños es que los valores de las prestaciones se mantienen iguales que antes de la devaluación, a pesar de que los precios de los insumos se incrementaron en alrededor del 130%. Simultáneamente se interrumpieron las líneas crediticias y muchas de las clínicas tienen deudas fiscales con proveedores y por honorarios médicos que generaron el cierre de gran número de ellas.¹⁷ A esta situación crítica se debe sumar el desfinanciamiento de la mayoría de las obras sociales, con una evasión de aportes patronales que alcanza al 70%, lo que perjudica tanto a los afiliados como a los trabajadores del sector.

En materia de estimación del recurso humano, se presentan nuevamente problemas relacionados con las fuentes de información: no existen registros de los ocupados en el sector privado y de las obras sociales, por lo que sólo se pudo acceder a información parcial.

¹⁶ Para dimensionar la magnitud de esta pérdida, cabe señalar que la cantidad de camas equivale a dos de los establecimientos de mayor capacidad instalada de Córdoba.

¹⁷ *La Voz del Interior*, Córdoba, 27 de junio de 2004.

Una fuente importante es la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA) que nuclea a técnicos, auxiliares y administrativos. De acuerdo con la información ofrecida por esta entidad, aproximadamente el 30% del trabajo en el sector privado de la salud se realiza bajo condiciones de precariedad (sin aportes a la seguridad social y sin registro de contratos). En las instituciones geriátricas, esta proporción es todavía mayor. Además, en un número importante aunque difícil de precisar, son los efectores geriátricos los que no están registrados, precarizando aún más las condiciones de trabajo. Cabe destacar que, según la misma fuente, el 80% de las personas que trabajan en estas instituciones son mujeres, al mismo tiempo que la ausencia de geriátricos (públicos y privados) perjudica particularmente a las mujeres por la recarga de trabajo doméstico que implica el cuidado de los ancianos en el interior de los hogares.

El nivel de afiliación de los trabajadores de salud del sector privado al sindicato (ATSA) es del 50% aproximadamente. Los dirigentes gremiales estiman que un 30% del personal trabaja en forma precaria; el secretario gremial señala que en algunos casos son los propios trabajadores los que no aceptan las inspecciones del gremio y del Ministerio de Trabajo en los lugares de trabajo, porque sienten que peligran su inserción laboral.

La presencia femenina es mayoritaria entre los afiliados a ATSA, particularmente entre quienes desempeñan tareas de auxiliares y de limpieza (92%). Sin embargo, y en consonancia con la gran parte de los sindicatos, en la conducción gremial predominan los varones a pesar de que sus afiliados son en más de un 60% mujeres.

En los últimos años no hubo prácticamente negociaciones colectivas en el sector, manteniéndose vigentes los Convenios Colectivos (CC) firmados en 1975, con modificaciones parciales entre los años 1990 y 1994, en los salarios básicos. En todos los CC del sector privado se establece la cláusula de “distribución de tareas por sexo”, instituyendo que la dirección de cada establecimiento regule 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 —de acuerdo con la Ley de Contrato de Trabajo— la obligación de los establecimientos de proveer una sala cuna, y en el caso de que el número de mujeres sea inferior al legal (50 trabajadoras), los empleadores deberán abonar a las madres una “suma mensual equivalente al 50% del sueldo básico de la categoría vigente a la fecha de pago” por cada hijo. Si bien no existen registros sistemáticos al respecto, se señala que pocas veces se cumple lo establecido en este tópico.

Al consultar a los dirigentes sindicales sobre las condiciones de trabajo en el sector privado, éstos señalan diferentes situaciones de abuso hacia las trabajadoras y los trabajadores. Las más comunes son el pago del sueldo en cuotas, el no reconocimiento de las cargas horarias, el hacer firmar recibos al personal precarizado (sin registro del contrato ni aportes a la seguridad social), el no otorgar algunos beneficios derivados del contrato como el permiso por estudio, por enfermedades familiares, licencia por maternidad y por lactancia, entre otros. Asimismo, una gran cantidad de establecimientos ha duplicado las jornadas laborales y aumentado los empleos no regulados ni amparados por la seguridad social. Según el secretario general de ATSA, filial Córdoba, “se aceptan estos abusos para mantener la fuente laboral y, más aún, cuando un alto porcentaje de nuestros afiliados son mujeres que con su sueldo mantienen a su familia”.

Nuevamente se pueden visualizar las dificultades para el desempeño de una trayectoria laboral, en contextos de alta vulnerabilidad en el empleo. En el caso de las trabajadoras, a los problemas asociados al trabajo productivo y la permanente amenaza del desempleo se le suma la falta de políticas o negociaciones colectivas que permitan que varones y mujeres concilien trabajo y familia, como la reglamentación de la obligatoriedad en la provisión de guarderías o salas cunas, que debería determinarse en función del número de trabajadores empleados, independiente del sexo de éstos. Mucho más seria y vulnerable es la situación de las trabajadoras precarias que, además de no contar con garantías legales contractuales y aportes a la seguridad social, ponen en riesgo permanente su salud, particularmente aquellas dedicadas a tareas de limpieza en los efectores de salud que manipulan material altamente contaminante.

2. El sector público no estatal: el “cuarto sector”

Una de las transformaciones en el campo de los servicios de la salud es la rica experiencia de acción colectiva. La variedad de experiencias tiene como objetivo último ampliar y complementar las acciones impulsadas por el Estado, acudiendo en general a recursos que provienen de él o de la cooperación internacional.

En Córdoba, un gran número de personas cuenta con una cobertura de salud muy inferior a sus necesidades, a lo que se suman las grandes desigualdades en el acceso a factores básicos determinantes de la salud como la alimentación y el agua potable. Frente a ello, diversas formas de organizaciones sociales han comenzado a desarrollar experiencias para preservar la salud de sus miembros. Esta tendencia, muy incipiente y que no alcanza a constituir un cuarto subsector, se expresa en: promotores de salud, grupos de vecinos, cooperativas de salud y clínicas recuperadas por sus trabajadores. A continuación se intentará identificar algunos rasgos comunes de estas experiencias y las condiciones de trabajo del recurso humano en este subsector.

La acción colectiva en salud tiende a configurarse en torno de los siguientes ejes: democratización social, superación de la pobreza, problemas socioambientales y ampliación de derechos. Los canales colectivos de participación en salud, por lo general, son los informales. Los sujetos de estas acciones deciden participar por distintos motivos:

- i) para proveerse de los elementos necesarios para el cuidado de su salud (medicamentos, servicios médicos);
- ii) por reivindicaciones de derechos (derechos reproductivos, lucha por la no discriminación) llevadas adelante por las organizaciones de mujeres y los grupos homosexuales organizados, para recién en un segundo momento dirigirse hacia los servicios de atención médica;
- iii) por la toma de conciencia acerca de la necesidad de democratizar el saber médico, y
- iv) algunas acciones ligadas a reclamos ambientales, de mujeres o de grupos homosexuales se vinculan a organizaciones transnacionales.

La mayoría de las organizaciones formalmente constituidas del sector está inscrita como asociaciones sin fines de lucro. Por otro lado, gran parte de las nuevas organizaciones relevadas —conformadas en los últimos años— cuenta con un funcionamiento abierto y autónomo y una parte minoritaria comienza a buscar modos legales de organización, bajo la forma de cooperativas o mutuales. La sostenibilidad de estas organizaciones es un problema fundamental, porque parte de ellas no perdura en el tiempo, debido a la inestabilidad de las condiciones de trabajo del recurso humano, que es un servicio social gratuito y voluntario, pero que requiere de la aplicación de idoneidades en salud.

Las ONG que participan del sector salud tienen entre sus objetivos el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que habitan en los sectores populares, asesorando técnicamente a las organizaciones de base. A efecto de indagar respecto de las condiciones de trabajo de las mujeres en el sector público no estatal se confeccionó una muestra accidental donde se relevaron once organizaciones, cuyas tareas se pueden clasificar del siguiente modo:

- i) difusión y comunicación: producción de materiales (herramientas pedagógicas y cartillas educativas); difusión de los programas estatales de salud (por ejemplo, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva); participación en conferencias;
- ii) articulación para el logro de políticas públicas: control ciudadano o monitoreo de la instrumentación de los programas nacionales y municipales sobre salud sexual y reproductiva; articulación con el Encuentro de ONG y el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba para el trabajo en la problemática del Sida;
- iii) extensión comunitaria: proyectos de educación para la salud; promoción de redes comunitarias de prevención y promoción de la salud; asistencia técnica a proyectos de intervención comunitaria; apoyo a procesos educativos y organizativos;
- iv) actividades de capacitación: para promotores de salud; para la no discriminación; a estudiantes de psicología, trabajo social, medicina, nutrición y enfermería;

- v) investigación: epidemiológica; diseño de instrumentos predictivos de riesgo de daño en la salud;
- vi) acción política: sensibilización hacia los partidos políticos y funcionarios del Estado.

Los grupos con los que trabajan son escuelas, comedores comunitarios, hogares geriátricos, organizaciones comunitarias de base, grupos de mujeres, jóvenes de sectores urbano-marginales, sectores profesionales. El financiamiento que reciben es intermitente y, en general, no contempla salarios para quienes trabajan en los proyectos. Tienen apoyo de los gobiernos provinciales y nacionales, de las fundaciones privadas y de la cooperación internacional. Las condiciones de trabajo en el sector público no estatal son de gran precariedad y su facturación depende del financiamiento de los proyectos, por lo que la cantidad de personas que trabajan en las instituciones es muy variable y en su mayoría mujeres voluntarias, de las que una parte importante son monotributistas (trabajadoras autónomas). Algunos entrevistados consideraron que su trabajo es de autoexplotación por la cantidad de horas que le dedican. En otros casos, el trabajo se sostiene con ingresos percibidos en otros ámbitos, por lo que también aquí se observa el fenómeno del pluriempleo.

G. Mujeres atendiendo mujeres. La dinámica del empleo en salud a nivel local

El proceso de reforma en el sector salud afectó a las personas que trabajan en él en los niveles provinciales y municipales. Sin embargo, su impacto fue distinto en cada subsector, porque conviven diversos regímenes de contratación y de lógicas de funcionamiento, particularizándose aún más en el “cuarto sector”.

El funcionamiento del sector salud en Córdoba, caracterizado por *mujeres* (médicas, psicólogas, enfermeras, auxiliares, agentes sanitarias) *atendiendo mujeres* (jefas de hogar, trabajadoras informales, pobres, beneficiarias de planes de empleo), se presenta como un cuello de botella en el que han desembocado los secto-

res a nivel local y donde se ha asumido esta situación como un destino, tanto para las profesionales y trabajadoras sectoriales como para las usuarias del servicio. Así, se comprueba que las instituciones de salud han dejado de ser espacios de desarrollo personal y profesional, y que se ha promovido una estratificación de tareas permeada por mecanismos de segregación genérica. En el primer nivel de atención (APS) predominan las mujeres en una conjunción doblemente desgastante, resumida en la figura de “servicios de pobres mujeres médicas atendiendo a mujeres pobres”. En otros términos, se presenta una inadecuación entre el reconocimiento social y el diseño del modelo de atención: si bien éste establece que la base del sistema es el primer nivel de atención, el reconocimiento y el prestigio profesional están ligados a la atención en los niveles de mayor complejidad. Es decir, descalifica a las profesionales y técnicas a cargo del servicio y para el propio servicio, al mismo tiempo que no se valoriza la importancia de este nivel, que es considerado una suerte de destino “desfavorable” para las trabajadoras.

Esta constatación da cuenta de la necesidad de sortear un primer escollo en el proceso de cambio en los sistemas de salud locales (provinciales y municipales) que consiste en hacer visible la inequidad de género presente en la lógica de conformación y de funcionamiento sectorial. Mientras no se asuma que la equidad de género es una primera medida de eficiencia y eficacia sectorial, no se revertirán las consecuencias de las reformas instrumentadas.¹⁸

La producción de estadísticas e indicadores de género puede ser un primer paso en la nueva institucionalidad, al igual que avanzar en estudios e investigaciones que incorporen el campo de los

¹⁸ Esta advertencia cobra importancia en una provincia donde la institucionalidad de género es incipiente, con la presencia de un Consejo Provincial de la Mujer, creado hace menos de dos años y aún no conformado totalmente. Asimismo, en la Municipalidad de la ciudad de Córdoba no se cuenta con un área o dirección de la mujer, como tampoco se encuentran, en ninguno de los dos niveles, políticas transversales de género. En la actualidad se está promoviendo un proceso de planificación estratégica en la Secretaría de Salud del Municipio de Córdoba, con la participación del movimiento de mujeres.

recursos humanos en salud desde una perspectiva de género. Sin embargo, si estos pasos no son acompañados por una voluntad política que incorpore efectivamente la equidad de género en las acciones de gobierno, los resultados nunca serán del todo exitosos. Conocimiento, acción y voluntad política son imprescindibles para iniciar un nuevo proceso de cambio —y no de reforma— en el sector salud.

A esta altura cabe preguntarse lo siguiente: ¿quién va a iniciar este proceso de cambio?, ¿quién lo promoverá?; pero principalmente: ¿quién lo sostendrá?, ¿por dónde se puede comenzar?

H. Desafíos y líneas de acción

Para responder a los interrogantes planteados, y a las resistencias que genera iniciar este tipo de procesos, se identificó una serie de *brechas* en el logro de los objetivos de equidad de género en el empleo en salud, entendiendo por tales a la distancia existente entre un objetivo deseado posible y lo realmente alcanzado (Cohen, Martínez, Tapia y Medina, 1998). Las brechas identificadas, entendidas también como desafíos, son tanto institucionales como organizacionales, y los senderos estratégicos son las acciones principales propuestas a fin de acercarse a los objetivos deseados.

1. Aportes para el sector público de la salud

En primer lugar resulta necesario instalar la discusión sobre las condiciones de trabajo desde una perspectiva amplia que incluya el debate sobre los procesos de trabajo, las habilidades requeridas, los modos de contratación, la infraestructura y, particularmente, el impacto que tienen las condiciones de trabajo sobre la calidad de la atención, considerando la necesidad imperiosa de avanzar hacia la incorporación de la equidad de género.

A continuación se detalla cada una de las brechas identificadas a partir de la evidencia empírica en el caso de Córdoba, y cuáles son los senderos estratégicos para su superación.

Brechas político-institucionales

Brechas	Senderos estratégicos
<i>Heterogeneidad de situaciones de empleo con impacto diferenciado de género</i>	Problematizar e incorporar en la agenda la situación del recurso humano sectorial y sus condiciones de contratación, con perspectiva de género, en todos los ámbitos de toma de decisiones en materia de empleo (Ministerio y Secretaría de Salud, Economía, Trabajo).
<i>Vulnerabilidad en el empleo con impacto diferenciado de género</i>	Iniciar un proceso de reforma consensuado entre funcionariado y dirigencia gremial para revertir la vulnerabilidad, incorporando medidas de acción positiva y cambios en las condiciones de empleo.
<i>Escasa vinculación entre las políticas laborales y sanitarias</i>	Iniciar procesos participativos de análisis y toma de decisiones sobre la dotación de personal (cantidad, distribución y tipo), la especificidad del proceso de trabajo en salud, los alcances y límites del marco flexibilizador general en el empleo (Ministerio de Salud Provincial, Secretaría de Salud Municipal).
<i>Nula vinculación a políticas de género</i>	Revisar la estructura organizacional interna en cada subsector y su adecuación a la equidad de género. Transversalizar esta perspectiva en las políticas de salud y trabajo, y en cada una de las jurisdicciones y efectores de salud (todas las áreas de decisión legislativa y ejecutiva en cada área y efector).
<i>Segregación laboral vertical y horizontal para las mujeres</i>	Superar la desventaja social de las mujeres en relación con el tipo y sector de ocupación al que acceden. Visualizar la división sexual del trabajo en la estructura del empleo. Analizar el diseño de los puestos de trabajo y valorar las tareas desempeñadas para no repetir estereotipos ni mecanismos de subordinación. Regular los horarios y los concursos, y mejorar las posibilidades de capacitación (todos los actores involucrados).
<i>Aumento en la demanda de servicios y falta de personal e insumos para satisfacerla</i>	Considerar que las demandas en salud sólo podrán ser efectivamente satisfechas si se garantiza calidad en el empleo. La incorporación de tecnología y/o insumos por sí sola no garantiza el mejoramiento de la atención.
<i>Desvalorización del trabajo en Atención Primaria de la Salud</i>	Jerarquizar el trabajo en la primera línea de atención debido a su importancia estratégica y también en función de que atienden a la población con mayores necesidades.
<i>Ausencia de valoración del trabajo de las promotoras de salud (remuneradas o voluntarias)</i>	Incorporar a las promotoras sanitarias en el régimen de empleo público (provincial y municipal) con la mayor estabilidad posible, en el marco de los límites financieros existentes, con el objetivo de iniciar un primer paso en su reconocimiento.

Brechas en torno de la política de recursos humanos e incentivos

Brechas	Senderos estratégicos
<i>¿Quién define la política de recursos humanos en el sector?</i>	Generar una política consensuada de recursos humanos, es decir, ampliar y enriquecer la definición de las funciones de cada una de las profesiones.
<i>¿Cómo se definen los perfiles laborales en el sector?</i>	Orientar la política de recurso humano sectorial para acortar la distancia entre el perfil profesional y el ocupacional, orientar las estrategias en función de la calidad del servicio y satisfacción del ciudadano, y promover procesos de aprendizaje institucional.
<i>¿Quién cuida a los que cuidan la salud de las y los otros?</i>	Considerar las carpetas médicas y establecer régimen de suplencias, con el objetivo de no dejar al recurso humano solo frente a la demanda. Estimular el control sanitario del agente sanitario, sobre todo de las patologías prevalentes de las mujeres y demás acciones preventivas para el personal en salud, como las enfermedades cardiovasculares para los hombres y emocionales en las mujeres. En el caso de estas últimas, la prevención se puede realizar con estrategias de psicohigiene y supervisión integral de la tarea. Establecer el examen médico periódico y obligatorio en la Canasta Básica de Prestaciones y crear un área de Prevención Laboral.
<i>¿Quién cuida a los hijos e hijas de las trabajadoras y los trabajadores?</i>	Promover políticas de conciliación trabajo/familia, con servicios de apoyo (guarderías) y considerar las responsabilidades familiares en el momento en que se eligen turnos, vacaciones, guardias y otras obligaciones laborales. Incorporar licencias por maternidad y paternidad, lactancia y puerperio en los casos en que no existan.
<i>¿Cómo se informan y participan los trabajadores?</i>	Aumentar la participación y cooperación de los trabajadores y promover procesos de aprendizaje a través del intercambio de experiencias entre empleados que tienen saberes diferentes, pero complementarios.
<i>¿Cómo disminuir la segmentación vertical y horizontal?</i>	Cuando existan vacantes de cargos, se deberá instrumentar como medida que sean cubiertos con personal del sexo opuesto al que es mayoría en esa área o función.

Brechas de organización interna

Brechas	Senderos estratégicos
<i>Déficit de información sobre la situación del recurso humano</i>	Iniciar un proceso sistemático y sostenido de producción de información sectorial sobre el recurso humano, con producción de estadísticas e indicadores de género.
<i>Condiciones de trabajo desfavorables</i>	Relevar las condiciones de trabajo en los distintos efectores de salud provinciales y municipales, para conocer mejor la situación del recurso humano y establecer prioridades generales del sector y de cada efector. Analizar la reglamentación sobre contratación, ascensos, capacitación, nivel escalafonario, para reformar la normativa e incorporar el principio de equidad de género.
<i>Fuentes de financiamiento</i>	Evaluar las necesidades y prioridades presupuestarias en relación con el recurso humano, para poder instrumentar acciones con las restricciones existentes.
<i>Ausencia de evaluaciones sistemáticas y de impacto sobre el funcionamiento del esquema de atención</i>	Diseñar metodologías para conocer el funcionamiento de los efectores, revertir situaciones conflictivas, desfavorables e ineficientes, y promover procesos de cambio, tanto del recurso humano como de la atención, considerando las especificidades de género.
<i>Falta de estímulo en el desarrollo de tareas al interior de los efectores (tareas asistenciales) y del propio sistema de salud (tareas administrativas y de conducción)</i>	Estimular la rotación del personal, tanto del especializado de los centros de salud de primer nivel de complejidad como del personal de estos centros a los hospitales, pues compartir la práctica médica y las condiciones de trabajo es la mejor manera, junto con la capacitación permanente, de producir un cambio en las representaciones, ideas, opiniones y valores en los trabajadores de salud. El mismo supuesto para tareas administrativas y de conducción.
<i>Concentración de trabajadoras en el primer nivel de atención</i>	Promover el equilibrio en la cantidad de hombres y mujeres por lugar de trabajo. Desarrollar acciones para que las mujeres accedan más a los hospitales y los varones a las Unidades Primarias de Atención de Salud (UPAS) y a otros niveles de Atención Primaria de la Salud.
<i>Débil participación de las y los trabajadores en el diseño y la política organizacional</i>	Ampliar los espacios de discusión y reflexión: reuniones de equipo con los niveles de conducción, intersectoriales, y de capacitación, para democratizar el proceso de toma de decisiones y facilitar la participación femenina.
<i>Inseguridad en el lugar de trabajo</i>	Garantizarla mediante consensos de horarios y arreglos entre el personal masculino y femenino para sentirse seguros. Iniciar y profundizar la discusión y el acercamiento entre los trabajadores de salud y la comunidad para que ésta se apropie de los efectores y garantice la seguridad de los establecimientos y de su personal.
<i>Precarización del empleo</i>	En los casos de externalización, evitar la feminización de estas formas precarias de contratación.

Brechas de relacionamiento interinstitucional

Brechas	Senderos estratégicos
<i>Falta de articulación entre efectores y entre jurisdicciones</i>	Jerarquizar a los efectores de salud municipales para transformarlos en espacios de formación: profundizar la relación con la universidad, organizar cursos de posgrado, ampliar las residencias. Redistribuir responsabilidades al interior de equipos de salud. Coordinar acciones interjurisdiccionales a fin de mejorar la red de derivaciones, instrumentar acciones conjuntas que impliquen mejora del servicio en ambas jurisdicciones y un ahorro de esfuerzo y económico importante.
<i>Déficit de información y cooperación interinstitucional</i>	Promover acciones de cooperación con áreas estadísticas y de recursos humanos a nivel local y provincial, así como también con los órganos nacionales (INDEC, Ministerio de Salud de la Nación). También con las universidades, Consejo Médico, Asociación Médica Argentina, Sociedad Argentina de Mujeres Médicas, Organismos de la Mujer, entre otros. Analizar el estado de los métodos de información del sector salud y elaborar una propuesta de sistema con información desagregada por sexo, tipo de tareas, de contrato, y demás aspectos relevantes, así como también incorporar indicadores de género. Formular un proyecto interinstitucional para proveer información, capacitación y difusión sobre los derechos de las trabajadoras, que incluya leyes laborales internas como también las convenciones internacionales (CEDAW, Convenios de OIT) entre otras.
<i>Déficit de organizaciones dedicadas a la problemática del empleo en salud con perspectiva de género</i>	Fortalecer la articulación entre subsectores y entre organizaciones de mujeres con el sector público y privado para sumar acciones en pos de la equidad de género.

Brechas en términos de habilidades

Brechas	Senderos estratégicos
<i>Descalificación de tipo de tareas y no del puesto de trabajo</i>	Evitar la descalificación de los trabajadores y las trabajadoras mejorando sus condiciones de empleabilidad a través de la institucionalización de carreras profesionales y de una política de capacitación.

Brechas en términos de habilidades

Brechas	Senderos estratégicos
<i>Falta de promoción de mecanismos de capacitación permanente</i>	Organizar la capacitación en horarios de trabajo para facilitar la asistencia de mujeres con responsabilidades familiares, incluso las que tienen licencia por maternidad o atención de sus hijos. En los ámbitos existentes de comunicación y capacitación, en hospitales y centros de salud (comités de Capacitación, Docencia e Investigación, de Bioética, de Farmacovigilancia) introducir la perspectiva de género, incluyendo el tema de la igualdad entre hombres y mujeres. Adecuar los programas de formación de competencias a la orientación de la atención de salud y a la equidad de género. Incorporar en los planes de formación el desarrollo de "competencias actitudinales". Esto es, la "superación de los obstáculos que en las mujeres son la autolimitación para el crecimiento personal (reforzamiento de la identidad y seguridad personal y de género, promoción de estrategias de autoestima, autorresponsabilidad y protagonismo en el propio proceso de empleo-formación)", (Silveira, 2000).
<i>Especificidad de la enfermería</i>	Es necesario flexibilizar la institución. La historia de las divisiones de enfermería se remonta a la época en que el personal era empírico, por lo que requería estructuras verticales, niveles de supervisión ligados al control del personal y el establecimiento de rutinas asistenciales. Actualmente, con niveles altamente profesionalizados de personal e instituciones de alta complejidad, se debe cuestionar esa organización y ese rol de conducción. Es necesario desburocratizar y modernizar la gestión. Pasar de las rutinas a los programas. Descentralizar la toma de decisiones a los equipos de trabajo. Discutir el rol de conducción donde el control deja de tener sentido y se requiere el rol de facilitador y viabilizador de propuestas (Cerino, Sandagorda y Portillo, 2002).

Brechas culturales

Brechas	Senderos estratégicos
<i>Falta de adecuación entre el diseño de un modelo de atención y el reconocimiento social</i>	Sensibilización sobre la especificidad que tiene el trabajo en salud con sectores de extrema pobreza y su importancia estratégica.
<i>Prácticas de salud estereotipadas</i>	Cuestionar y revertir tanto la "maternalización" del rol de las trabajadoras sanitarias como el poder autoritario de los trabajadores.
<i>Socialización de género en el ejercicio de la profesión</i>	Reconocer el aporte de tareas femeninas y promover la ruptura de mecanismos de segregación horizontal y vertical. Destacar la contribución de este tipo de tareas al conjunto del sector y al bienestar de la ciudadanía.
<i>Desvalorización del trabajo y de las profesiones predominantemente femeninas</i>	Promover un proceso de sensibilización en la perspectiva de género para todos los actores comprometidos, hombres y mujeres. No es suficiente para lograr transformaciones en las condiciones de trabajo de las mujeres que ellas lleguen a cargos de conducción.

Nuevamente cabe destacar que la superación de estas brechas se logrará en la medida en que los actores institucionales y políticos se comprometan en el cambio y que el eje rector del proceso sea asumido por el Estado (nacional, provincial, municipal) y desde allí promovido a los otros subsectores.

2. Aportes para el sector privado y de las obras sociales

Los anteriores aportes son válidos y de aplicación para el sector privado y de las obras sociales, y destacan la necesidad de impulsar medidas de acción positiva desde una perspectiva de género. Sería importante que se consideren las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el límite de horas asistenciales, es decir, que el contacto directo con pacientes sea de hasta seis horas diarias. Esto implica poder realizar actividades ligadas a los servicios intermedios (docencia, gestión, estadísticas, investigación) en las dos horas restantes. Los estudios de rendimiento laboral muestran que los errores e iatrogenias comienzan a observarse luego de las seis horas de trabajo, con mayor frecuencia en la preparación y administración de medicación.

Asimismo, resulta imprescindible generar información sobre la situación del empleo en el sector privado y de las obras sociales. En tanto no se conozca con exactitud la composición y caracterización del empleo en estos dos subsectores, no se podrá dimensionar su situación. Es precisamente en ellos donde la relación calidad del empleo/calidad de la atención cobra notoriedad debido al estímulo de la competencia, porque al estar regidos más abiertamente por las reglas del mercado resulta fundamental conocer el grado de satisfacción/insatisfacción de las y los trabajadores, como también qué tipo de medidas se instrumentan para la conciliación de las responsabilidades familiares.

Lo anterior es la contracara del recurso humano afectado a APS, porque en estos dos subsectores no se trabaja con grupos de pobreza sino con estratos medios y medios altos, situación que no dice nada con respecto a las condiciones de empleo del recurso humano. De allí la necesidad de conocer en qué condiciones desarrolla sus tareas el personal de las obras sociales y de la medicina privada.

3. Aportes para el “cuarto sector” de la salud

Las organizaciones de mujeres que se encuentran prestando servicios de salud son las más indicadas para difundir que, en estas condiciones de vulnerabilidad en el empleo, no es posible empoderar a las mujeres. También, resulta necesario iniciar un proceso de comunicación y capacitación que elimine prejuicios y estereotipos. Uno de los aspectos fundamentales sobre los que hay que sensibilizar es la necesidad de transformar la “maternalización del rol de las trabajadoras de salud”. Es necesario establecer cuál es el grado de involucramiento más operativo: entre la identificación total y la despersonalización, se debe encontrar la manera de intervenir más eficazmente. Resulta necesario romper la simetría entre el trabajo doméstico y el trabajo en salud, tal como fue descrito a lo largo del análisis. En esta dirección se requiere promover medidas que apunten a la conciliación trabajo/familia para los miembros de las organizaciones. A su vez, es importante fortalecer el trabajo de articulación de cada organización en redes de cooperación interorganizacional y con el sector público para sumar acciones y esfuerzos que garanticen la salud de la población en un contexto de equidad.

En síntesis, analizar un sector mano de obra intensivo con perspectiva de género permitió, entre otros aspectos, hacer visible la heterogeneidad de los trabajadores y de las trabajadoras en relación con sus necesidades, intereses y valores. Al mismo tiempo, este análisis hizo posible problematizar la feminización del sector y los distintos significados de la alta presencia de mujeres trabajando en salud, dando sustento a propuestas de políticas a nivel local. Si se quiere superar la ecuación “de mujeres atendiendo mujeres” es imprescindible promover una transformación de las condiciones de trabajo que generan inequidad de género, para que, de este modo, se mejore la calidad de la atención.

Referencias bibliográficas

- Ase, Iván y Jacinta Burijovich (2001), “La reinención del estado cordobés: una ‘reingeniería’ de la ciudadanía”, *Revista Administración Pública y Sociedad*, n° 14, Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba.
- (2000), “La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas”, *Revista Administración Pública y Sociedad*, n° 13, Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba.
- ATSA (Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina) (2004), “Sanidad de Guardia”, *Revista de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina de Córdoba*, año 23, n° 47.
- Belmartino, Susana (1994), “Transformaciones internas en el sector salud: la ruptura del pacto corporativo”, *Cuadernos Médico Sociales*, n° 68, 94, Rosario, julio.
- Burijovich, Jacinta y Laura C. Pautassi (2005), “Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 60 (LC/L.2250-P), Santiago de Chile, CEPAL, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.8.
- Cerino, Sandra, Betty Sandagorda y Graciela Portillo (2002), “Estrés laboral asistencial. Su impacto en el personal de enfermería en los hospitales de alta complejidad. Una aproximación a la prevención del estrés”, Córdoba, inédito.
- Cohen, Ernesto, Rodrigo Martínez, Leonel Tapia y Alejandro Medina (1998), “Metodología para el análisis de la gestión de programas sociales”, *Serie Políticas Sociales*, vol. II, n° 25 (LC/L.1114/Add.1-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Navarro, Mario y Arnoldo Rosenfeld (1993), “El sector salud de la provincia de Córdoba”, *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Jorge Katz y colaboradores, Buenos Aires, FCE.
- Padilla, Mónica (2002), “Área de Desarrollo estratégico de la salud. Unidad de desarrollo de RRHH. RRHH en los servicios de salud”, Informe preparado para el documento de posición sobre los servicios de salud en la Región, Buenos Aires, OPS.

- Pautassi, Laura C. (2001), "Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 30 (LC/L.1506-P), Santiago de Chile, CEPAL, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.45.
- Silveira, Sara (2000), *Mujer, formación y trabajo. Gestionando la igualdad. Líneas de acción sindical para la igualdad y la formación de las trabajadoras*, Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (Cinterfor)/OIT.
- Ugalde, Antonio y Nuria Homedes (2005), "Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, n° 3.
- Zárate, Concepción (2004), "La presencia de la mujer en la profesión médica", *Revista Ethica*, n° 58, Córdoba.

TERCERA PARTE BASES PARA POLÍTICAS CON EQUIDAD

VII

Hacia la reconstrucción del sector salud en la Argentina. Una mirada desde el gobierno

Graciela Rosso

A. Introducción

La plena participación de las mujeres en todos los ámbitos del acontecer nacional, no es sólo un legítimo derecho sino una necesidad de la sociedad para aprovechar el potencial de cada uno de sus integrantes. La equidad de género es una parte integral de la promoción de los derechos humanos, objetivo último de todas las políticas sectoriales. Desde este enfoque, el gobierno argentino se ha propuesto transversalizar la perspectiva de género en la planificación de sus políticas, partiendo de la igualdad de oportunidades que favorezca el empoderamiento de la ciudadanía y el ejercicio de derechos y responsabilidades en los ámbitos político, económico, social y cultural por parte de varones y mujeres.

La presencia creciente de las mujeres en las decisiones políticas y en la vida de la comunidad contribuye a una mayor cohesión social con construcción ciudadana, componentes indispensables de un desarrollo sustentable, y de la prevención contra la violencia, la intolerancia y el sectarismo. En consecuencia, el presidente de la Nación, doctor Néstor Kirchner (octubre de 2003), en oportunidad del acto de lanzamiento del informe sobre Objetivos de Desarrollo del Milenio en la Argentina, formuló un mandato expreso para todos los funcionarios responsables de llevar adelante las políticas:

La igualdad esencial entre el hombre y la mujer no es sólo declarativa para este gobierno, sino que estamos dando mues-

tras claras y concretas de nuestras convicciones y de nuestro empeño en hacer de esto un principio y un marco de verdadero pensamiento nacional.

En la misma dirección, desde el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social se fijaron los objetivos de la política laboral como parte del plan del gobierno nacional, destacándose el rol protagónico del Estado en su definición. Asimismo, se plantea lograr que el trabajo digno cumpla una función de integración social, se busquen relaciones laborales equilibradas entre empleadores y empleados, y se establece el consenso como herramienta para lograr acuerdos sustentables en el tiempo. Regularizar el trabajo ilegal y eliminar la cultura del incumplimiento, así como ir reemplazando los planes sociales por programas de trabajo y producción son también fines de esta política.

En este marco político-institucional y en coincidencia con las políticas impulsadas por el Estado nacional, la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente obtuvo apoyo para la creación de la Unidad de Género y Salud, formalizada el 27 de abril de 2005 por resolución 431 de este Ministerio (Argentina, 2005). Entre las acciones sustantivas de esta secretaría se encuentra la formulación de políticas de salud, la planificación sanitaria y la asistencia en la gestión operativa e institucional, la coordinación con instituciones públicas, privadas, y organizaciones no gubernamentales que realicen acciones orientadas a promover la optimización de la situación de las mujeres y su salud, incluyendo el tratamiento de la violencia familiar, las condiciones de acceso y atención en el sistema de salud, así como la promoción de un enfoque de género en los servicios.

Este capítulo ilustra la incidencia de decisiones políticas impulsadas por esta Secretaría de Estado en la promoción de procesos que generen eficiencia en el sector, instalando la equidad de género y promoviendo la calidad del empleo como requisito para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud en la Argentina.

B. La Unidad de Género y Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

La creación de la Unidad de Género y Salud en el interior del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se fundamenta en la reforma constitucional de 1994 y se inscribe en el cumplimiento de compromisos internacionales asumidos por el Estado argentino en diferentes instrumentos, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, 1979), que tiene rango constitucional.¹

Dichos compromisos sirvieron de estímulo, desde 1983, para la creación en la Argentina de organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan por la igualdad entre hombres y mujeres y el empoderamiento de éstas, optimizando los recursos existentes para el mejoramiento de su calidad de vida, como parte integrante del desarrollo del país. Sin embargo, los esfuerzos realizados en estos años para cumplir con los acuerdos internacionales debieron redoblar frente a la crisis inédita por la que atravesó el país, que ha deteriorado fuertemente las condiciones de vida de todos y todas, pero en particular de las mujeres y niñas de los sectores populares.

La Unidad de Género y Salud tiene por objetivo influir en todas las políticas y programas de la agenda ministerial, transversalizando el principio de equidad de género y fomentando la igualdad de oportunidades para las mujeres en el cuidado y acceso a los servicios de salud. Con esta instancia se persiguió:

¹ Otros acuerdos internacionales en los cuales se inserta esta decisión son: la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994); el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe (Mar del Plata, 1994); la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); la Carta Democrática Interamericana (Perú, 2001); el Trigésimo período de sesiones de la CEPAL (San Juan, Puerto Rico, 2004), así como los Consensos de Santiago (1997), Lima (2000) y México (2004), adoptados por las VII, VIII y IX Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.

[...] generar un espacio institucional específico que, con una perspectiva de género, aborde la problemática de la mujer en relación con la salud, impulsando en cada programa, plan o política sanitaria su incorporación, desarrollando estrategias de acción que contribuyan a la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las condiciones que son específicas para las mujeres y/o que tienen manifestaciones, riesgos o demandan intervenciones específicas para las mujeres (Argentina, 2005).

De esta manera, se pretende contribuir al ejercicio de los derechos y al fortalecimiento del capital humano y social, a través de la acción conjunta de otros organismos del Estado y de la sociedad civil organizada.

En este sentido, resulta importante, así como inédito en la historia institucional del sector, la presencia de un área ministerial específica con competencia en cuestiones de género, acompañada por un reingreso en la agenda del Consejo Federal de Salud (COFESA) de la situación de los recursos humanos en salud, y la problemática del empleo en el sector, todo lo que se puede considerar un hito en el proceso iniciado.

Con el convencimiento de que las políticas públicas deben ser integrales e intersectoriales, la articulación de acciones con otros organismos del Estado Nacional, provinciales y de la sociedad civil, es amplia e incluyente. De este modo, son variados los agentes institucionales con los cuales se interactúa.

Considerando que uno de los objetivos específicos de la Unidad de Género y Salud es impulsar los acuerdos internacionales comprometidos por nuestro país con el aporte de las organizaciones sociales, el trabajo interinstitucional incorpora al Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, del cual depende la Dirección General de la Mujer que representa al Estado argentino en el ámbito internacional, así como a la Representación Especial para Temas de la Mujer, que transversaliza la perspectiva de género en el proceso de integración del Mercado Común del Sur (Mercosur), y a la Comisión Nacional para el seguimiento del Plan de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre

la Mujer (Beijing), que garantiza el monitoreo del cumplimiento del mismo por parte del Gobierno Nacional.

También se trabaja de forma coordinada con el Consejo Nacional de la Mujer, cuyo tema prioritario es el monitoreo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), colaborando en la elaboración del Plan Nacional de Violencia, en cumplimiento de otro de los mandatos de la Unidad, que es “promover la protección de la salud de la mujer en situación de violencia y reconocer a la misma como tema de salud pública”. A estos efectos se pretende diseñar un protocolo específico de detección de la violencia desde los servicios sanitarios, su inclusión en las historias clínicas de los hospitales, así como capacitar a los equipos de salud en el marco del respeto a los derechos de las mujeres, en la atención, prevención y detección de formas tempranas de situaciones de violencia, para disminuir así la morbimortalidad por esa causa.

Además, la Unidad de Género y Salud participa en el Consejo Federal de la Mujer, instancia presidida por el Consejo Nacional desde 1996 y que está integrada por las consejeras federales nombradas por los gobiernos provinciales y representantes locales, atendiendo a que la profundización del debate y el trabajo de construcción acerca de las diferencias de género es otro de los objetivos específicos de la Unidad. Asimismo, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación forma parte de la Comisión Tripartita de Igualdad de Trato y Oportunidades entre Varones y Mujeres en el Mundo Laboral, creada por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Por otra parte, se tiene planificado trabajar más estrechamente con la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para producir información con perspectiva de género, lo cual constituye una imperiosa necesidad para fundamentar las políticas sectoriales.

C. Equidad de género y empleo sectorial

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación participó activamente durante los años 2003 a 2005 en la realización de un trabajo de investigación/acción participativa, en el que se buscó eva-

luar la calidad del empleo en el sector, con una perspectiva de género, y visibilizar su incidencia en la calidad de atención que proporciona el sistema de salud.

Esta iniciativa dio continuidad a otros esfuerzos anteriores que en la misma línea se habían desarrollado entre 1999 y 2001, que tuvieron como efecto positivo un Acuerdo entre el Ministerio de Salud de la Nación, los ministros de Salud provinciales y el Consejo Nacional de la Mujer, suscrito en el marco de la reunión ordinaria del COFESA, realizada en Ushuaia en abril de 2001 (CEPAL, 2006).

El COFESA fue creado por la ley 22.373 del 13 de enero de 1981, y está integrado por funcionarios que ejercen el más alto nivel en Salud Pública, en el orden nacional, provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es un órgano consultivo del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, cuya función es coordinar el desarrollo del sector en todo el ámbito nacional, contribuyendo al progreso de un sistema federal de salud.

El objetivo del mencionado Acuerdo, que implicaba firmar la apropiación y continuidad del proyecto, fue *formular políticas públicas integrales e intersectoriales para integrar el principio de equidad de género en el empleo del sector salud*. En esta iniciativa se explicita que el mercado de empleo remunerado es el ámbito donde se visualiza con mayor nitidez la discriminación contra las mujeres y los obstáculos al ejercicio de sus derechos, y que es en las políticas laborales donde se percibe claramente la vinculación entre los aspectos económicos y sociales del desarrollo de los países.

En el Acuerdo de Ushuaia (Argentina, 2001) los actores se comprometieron a:

1. Realizar acciones concretas para promover la igualdad de oportunidades y de trato entre varones y mujeres en materia de empleo, en la formación de posgrado y en la capacitación continua, en los niveles salariales y demás aspectos de la relación laboral en el sector salud.
2. Iniciar acciones de cooperación entre las áreas de Estadísticas de los Ministerios de Salud, Trabajo, Economía (INDEC) y Desarrollo Social, el Consejo Nacional de la Mujer, y sus correlatos provinciales para la recolección de

información que permita construir indicadores de género y de ocupación en salud.

3. Convocar a los centros académicos y universidades a profundizar los estudios y líneas de investigación que aborden el proceso de trabajo en el sector salud, desde la perspectiva de la calidad y un enfoque de género, teniendo en consideración las particulares realidades provinciales.
4. Comunicar en forma periódica los avances y logros en la promoción de la calidad del empleo en el sector salud desde una perspectiva de género.

Otro aspecto relevante, que se señala en el mismo instrumento, es que representa “un primer consenso entre los actores involucrados para instrumentar acciones transversales que incorporen los objetivos de la equidad de género y calidad en el empleo en el sector salud”. Asimismo, se destaca que será el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación el que lidere el proceso de instrumentación.

En seguimiento a estos compromisos, en el año 2004 se renueva el convenio de asistencia técnica entre el Ministerio de Salud y la CEPAL, y se inicia en la provincia de Córdoba un proceso de investigación y de incidencia política que incluye:

1. El fortalecimiento de la cooperación, el diálogo y el consenso intersectorial, permitiendo la participación activa de las distintas instituciones gubernamentales y no gubernamentales involucradas, desde sus áreas específicas de competencia técnica y política, como también desde la perspectiva de las y los trabajadores en salud.
2. Un diagnóstico de la situación del empleo en el sector salud en la provincia y en la ciudad de Córdoba.²
3. Identificación y promoción de líneas de acción para la incorporación de la perspectiva de género en el sector salud, municipal y provincial.

² Parte importante de este diagnóstico se presenta en el capítulo VI.

4. La elaboración de una guía para la instrumentación de políticas laborales en el ámbito local.
5. La promoción e instrumentación del diálogo intersectorial para transversalizar la perspectiva de género en el sector salud, tanto en el nivel provincial como municipal.

De esta manera, se iniciaron dos procesos en paralelo pero directamente conectados y, en cierto sentido, interdependientes. El primero de ellos se inicia a nivel del Ministerio de Salud y Ambiente, como órgano coordinador y regulador del sistema, a partir de la creación de la Unidad de Género y Salud, en el ámbito de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. El segundo proceso se fue desencadenando en el ámbito de la provincia y la Municipalidad de Córdoba, a partir de una estrategia de articulación entre las tareas de diagnóstico y de promoción de consensos intersectoriales. Utilizando los aprendizajes acumulados en el ámbito nacional en la primera etapa de trabajo, en el abordaje del empleo a nivel local se incorporaron activamente los actores sectoriales desde el inicio de las actividades, en un diagnóstico participativo, buscando construir con el personal involucrado propuestas de políticas de recursos humanos que incluyan la equidad de género (Buriyovich y Pautassi, 2006).

A los efectos de auditar el proyecto de investigación y validar las propuestas derivadas de éste, además de las autoridades políticas de la Secretaría de Salud del Municipio y del Ministerio Jurisdiccional, intervinieron en este proceso la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, como formadora de recursos humanos, los gremios del sector que actúan en el ámbito provincial y municipal, el movimiento de mujeres y otras organizaciones de la sociedad civil. Con estos actores se realizaron cuatro seminarios y talleres donde, desde el inicio del proceso, se buscó facilitar el diálogo interinstitucional e involucrar a los participantes.

El Ministerio de Salud de la Nación participó en Córdoba en tres diferentes momentos de esta experiencia. Allí se comprobó la posibilidad de trabajar conjuntamente —más allá de las dificultades político-partidistas— en los tres niveles de gobierno (nacional,

provincial y municipal), y que el compromiso de los actores con un objetivo común disminuye el conflicto interjurisdiccional, evidenciándose la importancia del fortalecimiento de las capacidades institucionales en este trabajo conjunto (Rico, 2005b y Rosso, 2005b).

Por otra parte, el proceso dejó en claro la necesidad imperiosa de problematizar y politizar la cuestión del empleo en el sector salud para convertirla en una cuestión social, en un tema de debate público, relevante no sólo para el recurso humano sectorial sino para la comunidad. Asimismo, el exhaustivo análisis de las políticas sanitarias en la provincia de Córdoba (Buriyovich y Pautassi, 2005) permitió comprender la heterogeneidad del empleo en el sector, poniendo de manifiesto la mayor vulnerabilidad de las trabajadoras del sector, y la ausencia de políticas laborales, especialmente si se lo examina desde la perspectiva de género.

A partir del diagnóstico se obtuvieron logros que trascienden el ámbito de los estudios y que dan cuenta de su efecto político y de las potencialidades de la investigación social para movilizar y fortalecer las capacidades institucionales. Entre estos logros se destaca:

- Se llamó a concurso de aproximadamente 6.000 cargos que estaban por contrato en la provincia.
- También en la provincia se estatizó, desde la Dirección de Medicina Ocupacional, la organización de las carpetas médicas (registro de ausentismo por motivos de salud) que hasta ese entonces estaban a cargo de una empresa prestataria tercerizada.
- Se comenzó a separar la codificación por sexo (01-DNI hombre/02-DNI mujer) en la mencionada instancia, y a prevenir el estrés laboral y otros problemas haciendo especial énfasis en aquellos que atañen particularmente a las mujeres, como parte de un programa para disminuir el ausentismo laboral (Agüero, 2005).
- El poder legislativo tiene en estudio dos proyectos sobre salud ocupacional y acoso laboral, y sobre condiciones de contratación (uno a nivel provincial y el otro a nivel municipal).

Con el objetivo de replicar esta exitosa experiencia en otras jurisdicciones, a través del Ministerio de Salud de la Nación, fue presentada en una reunión del COFESA en la provincia de Tucumán (agosto de 2005), mostrando a los ministros reunidos las ventajas de un proceso técnico-político que diera un marco transversal para establecer mecanismos interinstitucionales en el diseño y ejecución de políticas laborales con enfoque de género, así como la necesidad de elaborar diagnósticos sectoriales y estudios de calidad para fortalecer las capacidades institucionales.

En este sentido, como lo indican Buriyovich y Pautassi (2006):

Cabe concluir que, en las dos oportunidades que fue presentado el proyecto en el COFESA (2001 y 2005), los resultados fueron más que satisfactorios, en tanto en ambos momentos se instaló la importancia de considerar la calidad del empleo como condicionante de la calidad de la atención y, a su vez, dependiente de la equidad de género. Esto es, se logró que los actores del sector internalicen esta relación, no sin resistencias, pero que ha sido adoptada y legitimada. Precisamente, se instaló como demanda conocer en detalle la composición del recurso humano provincial y su relación en torno de la equidad de género.

El aprendizaje sobre las facultades movilizadoras de la investigación para fortalecer las capacidades institucionales y la oportunidad de trabajo conjunto entre los distintos niveles del gobierno, la cooperación internacional y especialistas en la temática, permitió proponer a las provincias, desde el Ministerio de Salud de la Nación, realizar esfuerzos para erradicar la inequidad de género en el sector y establecer/fortalecer políticas laborales en el marco de una política sanitaria.

Cuatro provincias, Río Negro, Tucumán, La Rioja y Formosa, mostraron su voluntad política de hacer investigaciones y procesos en la misma dirección que Córdoba, contribuyendo a un proyecto nacional de recursos humanos en salud. Con ello, se persigue consensuar un marco institucional que facilite la realización de actividades conjuntas en las áreas de salud y medio ambiente,

que atiendan temas específicos. Esto se refrendó en una reunión extraordinaria del COFESA, llevada a cabo en septiembre de 2005 en la ciudad de Buenos Aires.

Posteriormente, se acordó establecer un programa de colaboración entre el Ministerio de Salud y Ambiente y la CEPAL, a través de la Unidad Mujer y Desarrollo, donde se le solicitó a esta entidad una asistencia técnica con el objeto de producir un análisis y diagnóstico actualizado del empleo en salud en la Argentina, buscando promover la adopción de políticas integrales de empleo acordes con políticas sanitarias sostenibles y equitativas (véase el capítulo V).

D. El fortalecimiento de la ciudadanía de trabajadores y usuarios del sistema de salud

Las modalidades de inserción laboral en el sector salud históricamente fueron el trabajo en relación de dependencia o por cuenta propia. Luego del proceso de reforma y flexibilización laboral, al igual que en todos los sectores productivos, cambiaron las regulaciones para la contratación de las y los trabajadores sectoriales, aumentando las situaciones de precariedad laboral.

Los fenómenos económicos nacionales ocurridos desde los inicios de la década de 1990 han producido cambios sobre la evolución del empleo y, especialmente, sobre las relaciones entre el Estado y las estructuras sociales. Es sabido que la fuerza laboral reacciona ante fluctuaciones macroeconómicas y es altamente vulnerable a partir de la crisis del año 2001, en especial las trabajadoras. Estas fluctuaciones han impactado las relaciones de género y las potencialidades para la autonomía y particularmente sobre los derechos económicos de las mujeres.

El sector salud no es ajeno a las nuevas formas de empleo, parciales, temporales y discontinuas. De hecho, el sector está fragmentado y las trabajadoras tienen mayor carga laboral, menor sueldo, mayor multifunción y, generalmente, sus derechos se cuestionan. Esto se visualiza más en el sector privado que en el público, pero en este último, las mujeres tampoco ocupan niveles de

decisión. Además, está la carga que les impone el proceso reproductivo y la desigual distribución de tareas en el hogar, los que se constituyen en obstáculos de difícil superación.

La organización del sistema bajo la lógica de división de subsectores no ha funcionado. Esta partición ha dividido a la sociedad y a las y los trabajadores sanitarios, ya que dependiendo a qué subsector pertenezcan tienen acceso a salud de primer nivel o a interminables esperas, maltrato, exclusión o calidad de atención deficiente, lo que se explica porque la salud ha sido pensada históricamente desde la lógica profesional y no desde la perspectiva de los ciudadanos, llegando a la actual segmentación de la demanda de servicios que complejiza el sector, en particular en el aspecto jurisdiccional.

Se requiere entonces una reforma de la reforma. Los cambios han operado sobre la lógica de funcionamiento del subsector público, que antes subsidió la oferta y ahora intenta subsidiar la demanda. Se desreguló el sistema de obras sociales y de medicina privada, lo que generó problemas al usuario pues la competencia para obras sociales corresponde a la Superintendencia de Servicios de Salud y la de prepagas a Defensa del Consumidor. Al mismo tiempo, es cierto que las y los trabajadores del sector público tienen sueldos congelados hace muchos años, lo que los lleva a disminuir la labor hospitalaria y trasladarse a los otros dos subsectores para mejorar su ingreso.

Con estos antecedentes, existe claridad en que la verdadera reforma se va a concretar cuando el eje que la sustente sea el ciudadano y pueda trabajar sus necesidades juntamente con las y los trabajadores del sistema.

Para establecer los cambios necesarios en el sector hay que capacitar al recurso humano en perspectiva de género, para la atención a la población y para el ejercicio de sus propios derechos como trabajadores. Para ello es fundamental el rol de los formadores de recurso humano y la revisión de las currículas de formación y el rol de los gremios profesionales, pero también de las organizaciones sociales y civiles que exigen nuevas competencias al respecto.

No hay duda de que la calidad del empleo incide en forma directamente proporcional en la calidad de la atención. Evidentemen-

te, el análisis del caso Córdoba, como hemos llamado a la investigación realizada en esa provincia, es solamente una demostración de lo que sucede en el sistema sanitario.

A partir de esta experiencia, se ha abierto un debate político-técnico acerca de la orientación que deberían tomar las reformas en la administración pública en general y, también, en el sector salud, en torno de la posibilidad de desarrollar el empleo estatal fortaleciendo su profesionalización y jerarquizando la carrera en la función pública. Por lo tanto, aparece una oportunidad para que este rediseño en la política y en la gestión del recurso humano en salud se realice tomando en cuenta la particular situación de las mujeres trabajadoras.

El actual gobierno es consciente de la necesidad del cambio para salir de la transición entre la crisis de legitimidad de las políticas de ajuste, para recorrer juntos, Estado y ciudadanía, el camino hacia el pleno estado de los derechos sociales con inclusión. La construcción de ciudadanía se instala desde dos perspectivas: la visión de la población y la visión de los trabajadores. Para que ello sea posible, se debe asegurar la salud como un derecho y un bien de interés público tutelado por el Estado nacional, asumiendo el presupuesto público en salud como inversión social prioritaria. En este sentido, se debe adoptar una concepción integral de la salud, definida como la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas respecto de alimentación, vivienda, trabajo, recreación, educación, cultura y medio ambiente adecuados y acoger la solidaridad social como principio rector de todo el sistema sanitario, que posibilita el acceso a los servicios de salud en condiciones de equidad, compensando desigualdades sociales y regionales.

Por otra parte, la participación social a través de organizaciones representativas en los niveles de decisión, acción y control de políticas sanitarias, y el acceso de la población a la información relacionada con la salud colectiva y con su salud individual, contribuyen al fortalecimiento de la ciudadanía de los usuarios del sistema.

En cuanto al fortalecimiento de la ciudadanía de los trabajadores del sector, se considera que el enfoque de desarrollo del recurso humano con perspectiva de género puede contribuir a este

objetivo. Se entiende a los recursos humanos no desde una perspectiva de objeto/factor productivo en el proceso de trabajo, que concluye con la prestación de un servicio de salud, sino como sujetos (individuales, grupales, colectivos) de transformación del proceso productivo del que forman parte.

Si bien el recurso humano es un factor en el proceso productivo, es el único que piensa, aprende, produce el conocimiento, realiza el trabajo, lo dirige y define las políticas. Ni los adelantos biomédicos de alta tecnología ni las tecnologías más sencillas se pueden aplicar si no existen individuos capacitados y organizados para instrumentarlas.

Los recursos humanos se presentan como un campo de investigación e intervención complejo, dinámico y contradictorio donde confluyen e intervienen diferentes sectores de la sociedad:

- Sector educativo, con el sistema formador del recurso humano.
- El campo de la utilización del recurso humano, es decir, la población que recibe los servicios.
- El del sector trabajo, o sea, el sistema prestador de servicios de salud, donde variables como el desempleo, la caída de los salarios, las leyes del mercado laboral y las políticas de ajuste intervienen con desafíos nuevos.
- El sector ciencia y tecnología, la investigación y producción de bienes (medicamentos, vacunas, equipamiento) donde las importaciones/exportaciones tienen un impacto importante en los procesos de reconversión del trabajo en salud, así como la posibilidad de producir conocimiento en relación con las necesidades de la población.

De esta diversidad deriva la necesidad de políticas intersectoriales que consideren a los entes reguladores, como asociaciones profesionales, sindicatos de trabajadores, asociaciones y por supuesto el Estado. El papel de este último es regular las complejas relaciones que se producen entre todos los actores e intereses que se juegan en el campo de la salud y velar por el mejoramiento de la cantidad y la calidad de atención en salud para el conjunto de la

población. En este sentido, tal como lo indican Burijovich y Pautassi (2006), no hay que olvidar que la presencia de múltiples actores en el sector con diferentes intereses corporativos obliga a procesos muy complejos de construcción de consensos y acuerdos, por lo tanto, la administración de los recursos humanos se da siempre en un contexto político conflictivo.

Desde esta perspectiva, el concepto de desarrollo de los recursos humanos en salud implica que el Estado reconozca a los trabajadores y a la población como sujetos del proceso de trabajo (producción de salud), lo que significa reconocer su participación en la dirección, planificación, administración de recursos, en el establecimiento de las políticas y en su propia formación y capacitación, garantizando la investigación y el desarrollo de prácticas de trabajo en función de las necesidades de la población a la cual están destinados los servicios. Asimismo, demanda su intervención en el proceso de regulación del mercado laboral y de formación.

La formación y capacitación del personal sanitario es fundamental para la transformación del sector desde una óptica de desarrollo de recursos humanos, de manera que el proceso mismo llegue hasta las modalidades de atención y gestión. Con este cometido, se propone crear una red entre los entes formadores y los prestadores del servicio, para garantizar tanto líneas de formación acordes con las necesidades de los servicios como la producción sostenida de conocimiento en una relación de integración permanente entre la academia y las políticas.

Por otra parte, se considera necesario terminar con la jerarquización de los individuos receptores del servicio y los trabajadores del sector, ya que puede atentar contra el derecho a la salud de los primeros y los derechos laborales de los segundos. En esta dirección se adoptó la consigna de “restituir los derechos de los trabajadores para respetar los derechos de los ciudadanos”.

Referencias bibliográficas

- Agüero, Martín (2005), Presentación en el panel “Capacidades institucionales y caminos hacia un mejor empleo en salud”, Córdoba, 29 de septiembre, <www.eclac.cl/mujer/proyectos/gtz/Default.htm> [23 de agosto de 2006].
- Argentina (2005), *Boletín Oficial de la República Argentina*, año CXIII, n° 30.644, Buenos Aires, 2 de mayo.
- (2001), “Acuerdo entre el Consejo Federal de Salud y el Consejo Nacional de la Mujer”, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, <http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/gtz/publicaciones/word_doc/carta_acuerdo.pdf>.
- Burijovich, Jacinta y Laura C. Pautassi (2006), “Capacidades institucionales para alcanzar la equidad de género en el empleo en salud”, Documento de trabajo, proyecto “Políticas laborales con enfoque de género”, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL.
- (2005), “Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 60 (LC/L.2250-P), Santiago de Chile, CEPAL, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.8.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), proyecto “Políticas laborales con enfoque de género”, Unidad Mujer y Desarrollo, <www.eclac.cl/mujer/proyectos/gtz/Default.htm>.
- Kirchner, Néstor (2003), “Palabras en el acto de lanzamiento del Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la Argentina”, 24 de octubre, <www.presidencia.gov.ar>.
- Rico, María Nieves (2005a), “Logros de la metodología del proyecto ‘Políticas laborales con enfoque de género’”, presentación efectuada en la xxxviii Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Mar del Plata, 7 y 8 de septiembre.
- (2005b), Presentación en el panel “Capacidades institucionales y caminos hacia un mejor empleo en salud”, proyecto “Políticas laborales con enfoque de género”, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL, Córdoba, 29 de septiembre.

- Rosso, Graciela (2005a), Presentación del gobierno argentino ante la xxxviii Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Mar del Plata, 7 y 8 de septiembre.
- (2005b), Presentación en el panel “Capacidades institucionales y caminos hacia un mejor empleo en salud”, proyecto “Políticas laborales con enfoque de género”, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL, Córdoba, 29 de septiembre.

VIII

Capacidades institucionales para una mayor equidad en el empleo

Jacinta Burijovich y Laura C. Pautassi

A. La urgencia de desarrollar capacidades institucionales

La intención de este artículo es contribuir al debate sobre las capacidades institucionales necesarias para establecer políticas laborales con equidad de género. Tiene un objetivo eminentemente propositivo y se basa en el marco conceptual desde donde se evaluaron las capacidades existentes en el sector salud para instrumentar políticas laborales equitativas, en el contexto de la experiencia desarrollada en la Argentina a nivel nacional, así como en la provincia de Córdoba y su municipio capital.¹ Los procesos desencadenados, que se analizan en distintos capítulos de este libro, y los senderos estratégicos, propuestos en el capítulo VI, tienen el objetivo de diseñar alternativas de acción que, a partir de las orientaciones que se están elaborando en América Latina para la formulación y la instrumentación de políticas de empleo público, sean puestas en práctica con una visión que incorpore la perspectiva de género. Se basa en la evidencia de que el intercambio de información genera procesos multiplicadores ante la observación de *buenas prácticas*.

En los primeros años de la década de 1990, en América Latina se instrumentaron las reformas de primera generación, cono-

¹ Véanse Pautassi, 2001; Burijovich y Pautassi, 2005; Bravo y Rico, 2001; Rico, 2005 y <www.eclac.cl/mujer/proyectos/gtz/Default.htm> [junio 2006].

cidas en la denominación de Oszlak como “desguace del Estado” que, a nivel del empleo público, implicaron la tercerización de servicios, los retiros de personal y la privatización de empresas públicas. Estas medidas produjeron que se desmontaran las estructuras estatales y, también, una nueva división del trabajo —en el caso de la Argentina— entre el Estado nacional, las provincias y los municipios, llegando el empleo público provincial a ser cinco veces mayor que el nacional (Oszlak, 2000).

Ante este nuevo esquema de funciones nacionales y subnacionales, las provincias debieron asumir nuevas responsabilidades y gestionar un aparato estatal más complejo, sin haber adquirido las capacidades institucionales necesarias. Los gobiernos subnacionales recibieron estas nuevas funciones y las procesaron a través de las estructuras tradicionalmente utilizadas, lo que generó niveles de ineficiencia en la operación cotidiana. Del análisis de las capacidades del sector salud para instrumentar políticas con equidad de género en las distintas jurisdicciones se desprenden las *opciones efectivamente posibles*, de allí su importancia.

El estudio de las capacidades institucionales es fundamental para diseñar una política de empleo en el marco de una política sanitaria que, a su vez, debe ser prevista en un marco de equidad. Cualquier modificación será ineficiente sin uno de los componentes de esta trilogía o por el desconocimiento de alguno de ellos. Esto es, *calidad del empleo con equidad para una mejor atención en salud*.

Actualmente, se ha abierto un debate político-técnico acerca de la orientación que deberían tomar las reformas en la administración pública y en el sector salud, en particular para desarrollar el empleo público fortaleciendo su profesionalización y jerarquizando la carrera funcionaria. Por lo tanto, es una oportunidad de rediseñar la política y la gestión del recurso humano en salud, tomando en cuenta la particular situación de las mujeres trabajadoras.

Atender la discriminación femenina en el trabajo en este sector implica incorporar una perspectiva de género que supere la visión esencialista dominante hacia las mujeres, a quienes se atribuyen características como emotividad, subjetivismo y sensibilidad,

interpelando una visión idealizada de la maternidad, la vida familiar y el trabajo reproductivo gratuito que realizan, para instrumentar estrategias políticas que visibilicen las experiencias y los aportes de las trabajadoras del sector, y así avanzar hacia relaciones de género más igualitarias. Se pretende también realizar propuestas que cuestionen las visiones instrumentales sobre el trabajo e incluyan políticas laborales integrales.

Cabe destacar que, debido a la particularidad que reviste este sector estratégico tanto para la población en general como para el funcionamiento social, el *proceso de transversalidad de una perspectiva de género* no se reduce únicamente al empleo y mejoras en las condiciones de trabajo sectoriales, sino que debe impactar los órdenes culturales y simbólicos que regulan las relaciones sociales. 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: *el de factor productivo y agente social*.

Es por esto que la formulación de políticas y la gestión del recurso humano en salud son tareas complejas que implican procesos políticos, económicos, sociales y culturales que coordinan las tareas de las y los trabajadores, en ámbitos institucionales particulares para la atención de salud de la población. Por otro lado, no se puede desconocer el impacto sobre las condiciones de trabajo en el sector público y del empleo en general, provocado por las reformas estatales de la década de 1990 que trascienden al sector salud.

Las preguntas que guían este artículo son: para la formulación e instrumentación de políticas de empleo en salud con equidad de género, ¿qué aspectos deben ser visibilizados y tenidos en cuenta?; ¿cuáles son las fortalezas y debilidades de las capacidades institucionales actualmente existentes que favorecen u obstaculizan la formulación e instrumentación de una política de empleo en salud con equidad de género?; ¿cuáles son las interacciones que se desarrollan entre los actores involucrados a fa-

vor o en contra de la equidad de género?; ¿qué acciones debe contener una agenda propositiva de políticas laborales con equidad de género?

Es preciso señalar que, si bien el énfasis del trabajo está puesto en el sector público, en tanto regulador y planificador del sector pero particularmente como empleador, es posible extrapolar este tipo de abordaje a los otros subsectores. Asimismo, se debe recordar que la información diagnóstica —fundamental para cualquier diseño de política— proviene en su mayoría de datos disponibles de empleo en el sector público, faltando fuentes de información del subsector privado y de obras sociales que urge recolectar.

B. Capacidades institucionales y equidad de género: aproximaciones conceptuales

Las acciones institucionales de promoción de la equidad de género en el empleo en salud a nivel local, en la provincia y la ciudad de Córdoba, partieron de la convicción de que *la capacidad institucional para promover, incorporar o modificar acciones equitativas en el empleo se encuentra directamente relacionada con el funcionamiento de los actores locales de cada jurisdicción*. No es posible accionar en términos de empleo si no se conoce y acciona en la red de actores involucrados en el sector salud. Entonces, *la calidad de la atención se relaciona con la calidad del empleo y, ambos, son altamente dependientes de las reglas de juego, las arenas de negociación y las interacciones que establezcan los actores a nivel local* (Ase, 2006).

En esta dirección, se consideró imprescindible conocer las capacidades institucionales existentes y los recursos que disponen los actores, para diseñar con mayor precisión las acciones a desarrollar. Por ello se propuso, como metodología específica para el análisis y las acciones de incidencia, una combinación de dimensiones referida a las capacidades y a las brechas institucionales.

A su vez, y en función de la organización del sector salud en la Argentina, dividido históricamente en tres subsectores (público, obras sociales y privado) y un reciente cuarto sector a cargo de

las organizaciones no gubernamentales (ONG), el diagnóstico se focalizó en cada uno de ellos, sin sortearse el límite que imponen —salvo en contadas excepciones—, tan delimitados desde su lógica de funcionamiento.

Sin embargo, las acciones desarrolladas se concentraron en el sector público, con la certeza de que es el Estado (nacional, provincial y municipal) quien debe iniciar el proceso de cambio y de incorporación de la equidad de género en el empleo. Esta afirmación tiene una justificación ética porque, tal como afirma Hintze (2002), el Estado es un *empleador testigo* y debe mostrar a la sociedad un *ejemplo práctico* de lo que considera un *mercado laboral equitativo*.

Sin embargo, los cambios en el interior del Estado implican una batalla política, por lo que, además de la adhesión a una orientación de políticas, se deben movilizar las capacidades institucionales y los apoyos sociales para iniciar las transformaciones y disminuir las resistencias que se oponen a ellas. Tal como señala Prats (1998):

[...] la función pública comprende el conjunto de valores, principios, normas que permiten el acceso, promoción, retribución, responsabilidad, comportamiento, relaciones con la dirección política y con los ciudadanos, con los funcionarios. También incluye los modelos mentales y expectativas que éstos y los ciudadanos tienen acerca de lo que constituye el comportamiento adaptativo de la función pública. También las reglas informales de juego son fundamentales para comprender las características y el funcionamiento de esta institución.

Es preciso destacar que las capacidades institucionales condicionan las posibilidades de acción del gobierno, no son estáticas y se constituyen a partir de la interacción de los actores estatales y no estatales.

Según Repetto (2003), se entenderá por *capacidad estatal*:

[...] la aptitud de las instancias de gobierno para plasmar, a través de políticas públicas, los máximos niveles posibles de valor social, dadas ciertas restricciones contextuales y según

ciertas definiciones colectivas acerca de cuáles son los problemas públicos fundamentales y cuál es el valor social específico que en cada caso debiese proveer la respuesta estatal a dichos problemas.

La capacidad estatal se observa en el grado en que las organizaciones públicas resuelven las cuestiones socialmente problematizadas que componen su agenda. Su análisis implica considerar un aspecto técnico instrumental, pero también la distribución de recursos de poder en el interior del aparato público.

La capacidad estatal no puede analizarse fuera del contexto institucional, puesto que las instituciones son las reglas formales e informales que estructuran el juego, constriñendo o posibilitando las distintas opciones de acción. Tomando una clasificación propuesta por Acuña y Tommasi (1999), se puede hablar de:

- *Reglas de primer nivel (R1)*. Son aquel conjunto de reglas, rutinas o normas que afectan resultados o contenidos específicos de una acción pública puntual (por ejemplo, a nivel de los programas, programa de salud sexual y reproductiva).
- *Reglas de segundo nivel (R2)*. Determinan las reglas que producen resultados específicos (R1): una ley que identifica los tomadores de decisiones y la forma en que éstos deciden las reglas de menor nivel implica un ejemplo de R2 (como la ley del equipo de Salud Humana de la provincia de Córdoba, o el estatuto del empleo público).
- *Reglas de tercer nivel (R3)*. Son las que determinan quién y cómo se hacen las reglas en términos generales. Las instituciones de nivel R3 definen los procesos de participación política y decisionales en el ámbito público (por ejemplo, la Constitución Nacional, los acuerdos internacionales).

No es posible separar estos niveles de análisis. Los intercambios que se producen en el primer nivel son altamente dependientes de juegos más amplios y de reglas que los regulan. Por ello, es necesario comprender en profundidad las reglas más generales de cada sector que, en el caso particular de salud, son numerosas

y varían de acuerdo con cada forma de organización local en cada jurisdicción.²

Para incorporar la equidad de género en las políticas públicas es preciso tener en cuenta las diferentes lógicas de cada sector (educación, salud, trabajo) que puedan favorecer u obstaculizar su instrumentación. En el análisis de las condiciones iniciales del sector salud:

- i) no se detecta una voluntad política consensuada por todos los actores para lograr este objetivo,
- ii) de lograrse algunos objetivos es difícil garantizar su sostenibilidad, y
- iii) es necesario identificar los recursos que tornarán perdurables los cambios propuestos.

Los *problemas* identificados para avanzar en la instrumentación de acciones están ligados, en primer lugar, a las características del sector salud:

- Los actores resistentes a las reformas en salud, en general, son también resistentes a discutir reformas relativas a condiciones equitativas de empleo. Los actores han desarrollado “reflejos conservadores” frente a acciones que impliquen cambios en el statu quo (Acuña y Chudnovsky, 2002).³

² Belmartino (2005), en un interesante análisis de la historia de la atención médica en la Argentina, destaca la importancia de la trama institucional construida entre actores estatales y sociales desde los orígenes del sistema, trama que por otra parte generó numerosos obstáculos para garantizar los valores que el sistema de salud se proponía. Agrega que el principal déficit lo ha constituido la falta de capacidad reguladora del Estado, a lo que se sumaron las condiciones macropolíticas determinando que las reglas del juego destinadas a regular el acceso de la población al sector fueran definidas en otras instancias, las que a su vez no se preocuparon por la eficacia, la eficiencia y efectividad en la utilización de los recursos involucrados.

³ En los procesos de reforma del sector salud, los gobiernos no incluyeron a los profesionales porque consideraron que eran grupos que no se iban a beneficiar de las políticas que intentaban promover. Para evitar enfrentamientos con estos grupos políticamente poderosos, los gobiernos prefirieron no incluir a los recursos humanos en las reformas.

- La presencia de actores con diferentes intereses corporativos obliga a procesos muy complejos de construcción de consensos y acuerdos, por lo tanto, la administración de los recursos humanos se da siempre en un contexto político conflictivo.
- Las políticas de salud involucran a múltiples actores que interactúan en los diferentes momentos del proceso de la política. La multiplicación de actores relevantes complejiza y aumenta las demandas.
- Por cuestiones ligadas, probablemente, a la inestabilidad política, los actores desarrollan estrategias de corto plazo.
- Los espacios de negociación están escasamente desarrollados y son débiles institucionalmente, lo que produce una reducción de la calidad de las políticas y, también, que las problemáticas planteadas a nivel micro se “contaminen” de los problemas generados a niveles más altos de decisión (por ejemplo, cuando se discute la carrera sanitaria se termina negociando los salarios).
- Cuestiones como equidad de género, eficiencia sectorial y equidad distributiva aparecen débilmente mencionadas dentro de las instancias de planificación del sistema o de diseño institucional, y totalmente ausentes en las medidas y políticas efectivamente adoptadas.
- El sector se caracteriza por un desorden institucional: superposiciones, vacíos, mecanismos de deslinde de responsabilidades, escasa transparencia y nula rendición de cuentas.

Uno de los problemas más complejos de resolver es que algunas de las acciones propuestas generan costos en el corto plazo a cambio de beneficios futuros, provocando rechazo en los funcionarios y sindicatos.

Importa también señalar que los *problemas detectados* son *poco visibles* y, por lo tanto, no son parte de la agenda de discusión en la opinión pública y tampoco en los actores sectoriales relevantes.

Los *patrones culturales* han actuado como una resistencia para identificar y debatir en torno de los problemas, sobre todo en los representantes de los empleados, las organizaciones sindicales y tam-

bién en los funcionarios públicos. Es por ello que cobró especial relevancia la identificación de los actores que participan en el sector, quienes, a su vez, son clave para llevar adelante un proceso de institucionalización de la equidad de género en el empleo sectorial.

C. Políticas laborales en el sector salud con equidad. Aprendizajes de una experiencia

Para establecer si las capacidades institucionales son las adecuadas para el logro de la equidad de género en las políticas laborales, es preciso detallar cuál sería el buen desempeño esperado en esta materia a fin de contrastar, en los diferentes casos empíricos, la distancia entre el patrón establecido y la realidad observada. Éste es un punto de fundamental importancia, en especial porque los procesos de producción de servicios en salud han mutado considerablemente, como dan cuenta los diversos estudios incluidos en el presente volumen. Dada la transformación de las relaciones de empleo sectoriales, la aplicación de políticas de desregulación y flexibilización aplicadas en los últimos años y el consiguiente surgimiento de nuevas formas de empleo “atípicas”, es que resulta urgente pensar la construcción de indicadores o de un índice especial que defina una “buena” política que, a su vez, sea equitativa.

Entonces, la primera pregunta que se tendría que responder es: ¿qué significa incorporar la perspectiva de género en el empleo del sector salud?

Los principios generales que conforman el marco de las políticas laborales con equidad de género son: la igualdad de oportunidades, remuneración igual por igual trabajo, no discriminación en el empleo y la ocupación, protección de la maternidad y de la paternidad (licencia por maternidad, lactancia, salud reproductiva, licencia por paternidad, guarderías infantiles y derechos relativos a la adopción), promoción de responsabilidades familiares compartidas entre hombres y mujeres, igualdad de acceso a puestos de trabajo mejores y más calificados, y eliminación de la discriminación en los procesos de selección y promoción, es decir, considerar también la igualdad de trayectorias. Si bien la mayoría

de estos principios está garantizada en la legislación, existen pocas experiencias donde se operativicen claramente y que puedan ser evaluadas a través de metas e indicadores.⁴

En 1999, en la Argentina se firmó el primer Convenio Colectivo de Trabajo del Sector Público donde fue aprobado un Plan de Igualdad de Oportunidades y Trato, que incluye medidas de fortalecimiento de la protección a la maternidad y establece mecanismos para garantizar la igualdad de oportunidades en los procesos de selección del personal. Los organismos competentes diseñarán sus prácticas con miras a eliminar los prejuicios y los usos y costumbres que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.⁵

Otra área en la que se ha avanzado, en menor medida, es la referida a las condiciones de trabajo y género. Aquí se deben contemplar los problemas relacionados con la salud de las mujeres (prevención del cáncer ginecológico y del VIH-Sida), la salud ocupacional (higiene y seguridad), enfermedades profesionales, la formación profesional, la política de ascensos y remuneraciones, jornada de trabajo, acoso sexual, entre otros aspectos débilmente desarrollados (Abramo y Rangel, 2005).

⁴ Se ha comprobado en reiteradas oportunidades que los derechos otorgados a las mujeres no necesariamente producen los cambios esperados, sino que se visibilizan los comportamientos discriminatorios ocultos (relacionados con estereotipos de género, la presencia del techo de cristal, discriminación encubierta y autodiscriminación) en los lugares de trabajo, ya que éstos son los más difíciles de transformar y estancan la carrera de las mujeres. Al respecto, véase Pautassi, Faur y Gherardi (2004).

⁵ En febrero de 2006, el Poder Ejecutivo nacional dictó el Decreto 214, que homologa el convenio colectivo de trabajo general para la administración pública nacional, incluido el personal contratado, y que fue acordado entre el Estado y los dos gremios que agrupan a los trabajadores del sector público nacional. El convenio marco, que garantiza *el principio de igualdad de oportunidades y de trato*, implica aproximadamente a 72.000 trabajadores formales, y cerca de 15.000 hasta ahora contratados. Entre algunos de los beneficios acordados figuran el incremento en un 70% del reintegro por guardería infantil, el derecho a viáticos, movilidad, gastos de comida e indemnizaciones para el personal no permanente.

Sin embargo, tal como señalan Marco y Rico (2004) y sobre la base de resultados empíricos, la *respuesta de los gobiernos* en la mayoría de los países latinoamericanos al ingreso de las mujeres en el mercado de empleo remunerado bajo condiciones de discriminación y segregación consiste en *programas y proyectos, no en políticas*.⁶ Las mujeres no están presentes en las cada vez más reducidas políticas generales de trabajo y menos aún existen políticas específicas para ellas. Se evidencia, una vez más, la urgencia de cambiar la lógica de abordaje de la cuestión del empleo femenino y las políticas acordes con ello.

Las acciones llevadas a cabo por los países encuestados, en materia de igualdad de oportunidades, se limitan a: la ratificación de convenios internacionales; la identificación de objetivos o acciones estratégicas, proyectos o programas específicos; la manutención de una unidad de género en el Ministerio de Trabajo; planes y leyes de igualdad de oportunidades en el empleo. Asimismo, constatan que las políticas de mercado de trabajo se desarrollan en un contexto de reducción de las facultades de los ministerios de Trabajo y que, a su vez, en el marco de las reformas legislativas flexibilizadoras, ha disminuido considerablemente la cobertura de las y los trabajadores. Otra evidencia es la excesiva compartimentación de la administración pública que atenta contra la integralidad e intersectorialidad que deben caracterizar a las políticas de empleo y mercado de trabajo. En las políticas activas, un gran número de países de la región ha privilegiado la creación de em-

⁶ Para evaluar el impacto de los programas de empleo en la región, la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL, en el marco del proyecto "Políticas laborales con enfoque de género", remitió durante el año 2003 una encuesta a los gobiernos de la región para conocer cómo ellos consideraban los avances en materia de empleo y equidad de género. Se recibieron respuestas de diecisiete países, entre ellos la Argentina, para los que el trabajo constituye un eje o capítulo importante de los instrumentos que contemplan las políticas nacionales de género. No obstante, la inclusión del trabajo remunerado como uno de los ejes de las políticas de género no implica que sus lineamientos y metas se traduzcan en acciones gubernamentales, más aun cuando los mecanismos nacionales para el adelanto de las mujeres no tienen facultades ejecutoras.

pleo a través de asistencia, subsidios y créditos a las pequeñas y medianas empresas (Marco y Rico, 2004).

Otros programas tienen menos presencia y abordan áreas tales como intermediación en el empleo, tutela de derechos, sindicación y prácticas empresariales para la equidad de género. Los programas de trabajo destinados a las mujeres no fomentan su inserción laboral en sectores competitivos de la economía. Tampoco la redistribución de responsabilidades y la reconstrucción de roles de mujeres y varones. Más que adoptar medidas que beneficien la inserción laboral de todas las mujeres, la mayoría de las beneficiarias de los programas son grupos de trabajadoras rurales, jefas de hogar o aquellas que han iniciado, o pretenden hacerlo, actividades empresariales. Si el criterio es focalizar en grupos más vulnerables, es necesario destacar que, en general, quedan fuera las trabajadoras informales, las temporeras y maquiladoras, las jóvenes, las adultas mayores y las discapacitadas (Marco y Rico, 2004).

Precisamente para evitar la ausencia de políticas de empleo equitativas, se propone la construcción de un *índice sectorial* que defina una “buena” política en la materia. Hintze (2002) repasa los puntos a tener en cuenta para la definición de una política de gestión del recurso humano e identifica los siguientes: diseño de condiciones de trabajo, diseño de tareas de los puestos, establecimiento de perfiles de requisitos de puestos, ingreso, ocupación de puestos de trabajo, jerarquización, capacitación y formación, egreso, estructura salarial y composición salarial.

Si analizamos los importantes aportes de los estudios de género, los puntos anteriores deben ser definidos tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Diseño de nuevos requerimientos de perfiles laborales que incorporen la diferencia entre hombres y mujeres, considerándolas constitutivas de las formas de producción y organización de cada sector productivo o de servicios, así como también en los denominados empleos “atípicos” (contratos a plazo fijo, temporales, contratación por honorarios, entre otros).

- Consideración de la estructura salarial teniendo en cuenta las disparidades que se presentan entre hombres y mujeres, la brecha salarial que perdura entre ambos sexos, los mecanismos de incentivos salariales o de productividad y su impacto en términos de género.
- Evaluación de impacto en la calidad del empleo de la ausencia de mecanismos que permitan articular o conciliar tareas productivas con las responsabilidades familiares, bajo el supuesto de que son las mujeres las que asumen casi exclusivamente el cuidado del hogar y de los hijos e hijas, supuesto que fue incorporado en la legislación.
- Diseño de nuevos mecanismos que adecuan los programas de formación de competencias orientados a la salud y equidad de género incorporando el desarrollo de “competencias actitudinales”, que consisten en la superación de aquellos obstáculos que en las mujeres resultan autolimitantes para el desempeño de una trayectoria laboral, tanto a nivel de las especializaciones profesionales, residencias médicas, como en los demás niveles de competencias sectoriales. Cabe aclarar que esta “autolimitación” se da en el contexto de un sistema que promueve las competencias bajo parámetros típicamente femeninos, organizando el sistema de especialización y desempeño según este supuesto. Por ejemplo, mayor “elección” por parte de las mujeres médicas de especializaciones como pediatría, clínica médica, ginecología y escasa presencia en especializaciones como cirugía, neurología, entre otras.
- Promoción de grupos de trabajo mixtos que tengan en cuenta equilibradamente la incorporación de mujeres y varones por lugar de trabajo, como también que promuevan la rotación del personal, no sólo entre un mismo nivel de atención sino entre diversos niveles.

Una vez aproximado este *índice sectorial equitativo* que, sin duda, puede ser construido de acuerdo con las particularidades de cada caso, se evalúan sus posibilidades de instrumentación a partir de las brechas detectadas en el proceso de intervención en el

sector salud en la Argentina, con especial mención al nivel local, como instancia favorable para iniciar el proceso de cambio.

1. Brechas para un buen desempeño

El análisis de las capacidades institucionales —realizado para la instrumentación de políticas públicas de empleo que incorporen la equidad de género en el sector salud— se inició con la identificación de las brechas en relación con el propósito planteado. Sin embargo, este análisis no se debe separar del análisis político porque, en el momento en que se detecta una brecha en la capacidad institucional, deben movilizarse los actores políticos dispuestos a transformar esta situación para darles viabilidad a las acciones emprendidas (Palermo, 1998).

Para iniciar el proceso de politización del empleo en salud, en la Argentina en general y en Córdoba en particular, desde una perspectiva de género y, de este modo, construir voluntad política para mejorar las condiciones de empleo en el sector, el diagnóstico realizado identificó una serie de brechas que se retoman a continuación con el objetivo de formular senderos estratégicos para lograr una reversión —o achicamiento— de éstas.⁷ La experiencia local ayuda a comprender mejor las capacidades existentes/inexistentes, por lo que el énfasis estará puesto en el análisis del caso Córdoba.

El concepto de brechas (Cohen y otros, 1998) remite a *la distancia existente entre un objetivo deseado-posible y lo realmente alcanzado*. Las brechas identificadas son tanto *institucionales* como *organizacionales*. Los senderos estratégicos refieren a las acciones principales propuestas a fin de acercarse a los objetivos deseados.

A partir del análisis del sector salud en Córdoba, se pudo identificar claramente la heterogeneidad de situaciones que caracteri-

⁷ Los aspectos principales de este diagnóstico se desarrollan en el capítulo VI del presente libro y un análisis detallado de las brechas encontradas en el caso de Córdoba, en Burijovich y Pautassi (2005).

zan al empleo en la actualidad, la cual incluye una peculiar distribución de puestos de trabajo por tipo de actividad, subsectores y sexo, que da cuenta del impacto que las nuevas regulaciones laborales tienen sobre el sector, particularmente en términos de flexibilización contractual y precarización, y que afectan a los trabajadores en servicios asistenciales y a los que desempeñan tareas administrativas.

Tampoco existe una vinculación estrecha entre políticas sanitarias y políticas de empleo, invisibilizándose los efectos que tiene la inserción ocupacional (calidad en el empleo) en la producción del servicio en salud (calidad de la atención). A modo de ejemplo, se puede mencionar que, en el ámbito del sistema público de salud municipal, los problemas para el desarrollo de las tareas no estarían dados, fundamentalmente, por la ausencia de insumos (situación común en otras provincias y municipios), sino por la inseguridad que tienen los profesionales y técnicos en la prestación del servicio (temor a robos y demás manifestaciones de violencia ciudadana). Este ejemplo da cuenta de los múltiples aspectos que resulta necesario considerar en el diseño de políticas de salud.

En otro extremo, pero en igual dirección, se producen situaciones como el hecho de que, dentro del sector público provincial, las y los trabajadores que cumplen funciones asistenciales en salud se encuentran en una situación de mayor flexibilidad que los administrativos o, en muchos casos, se transformaron cargos de función administrativa en cargos destinados a tareas asistenciales. Adicionalmente, los altos índices de desempleo o el cambio en el régimen de contratación (flexibilización) favorecen la contratación con baja remuneración pero con responsabilidades que exceden la calificación de los trabajadores. Del mismo modo, y salvo el posicionamiento del sindicato municipal, en el caso provincial y a nivel de los afiliados al sindicato de trabajadores de la salud, los reclamos y movilizaciones son por el empleo —principalmente, para conservar puestos de trabajo— y no por su calidad.

La vulnerabilidad en el empleo se ha instalado en el sector, no sólo en el provincial y municipal sino también en el ámbito nacional, como consecuencia de las reformas instrumentadas a partir de la década de 1990. Esta vulnerabilidad, en los ámbitos provin-

ciales y locales, si bien presenta particularidades importantes en términos de organización del sistema y de estabilidad en el empleo, se expresa en la insatisfacción y está afectando la salud física y emocional de las y los trabajadores, con claras diferencias de género.⁸ Si a ello se le suma que el pluriempleo se presenta como una constante en el sector y en todas las jurisdicciones, el agotamiento de los propios trabajadores y trabajadoras es visible y merece especial atención.

Las instituciones de salud han dejado de ser espacios de desarrollo personal y profesional. No hay concursos para el acceso a cargos, ni carreras de formación y especialización. Otra peculiaridad detectada se relaciona con la distribución de los cargos por niveles de atención y la consiguiente estratificación social. Así, en el primer nivel de atención predominan las mujeres en una conjunción doblemente desgastante, resumida en la figura de “servicios de pobres mujeres médicas atendiendo a mujeres pobres”. En otros términos, se presenta una inadecuación entre el reconocimiento social y el diseño del modelo: si bien este último establece que la base del sistema es el primer nivel de atención, el reconocimiento y el prestigio profesional están ligados a los niveles de mayor complejidad. Es decir, se visualiza una doble situación descalificante: para las profesionales y técnicas a cargo del servicio y para el propio servicio. Esto es, no se valoriza la importancia de este nivel, que es considerado un destino “desfavorable” para las trabajadoras.

Finalmente, la presencia de mujeres es mayoritaria en todos los subsectores (más del 60%), donde se observa segregación vertical y horizontal, dado que determinadas ocupaciones, profesiones y lugares de trabajo no son accesibles para ellas, al mismo tiempo que la conducción política y técnica del sector sigue siendo fundamentalmente masculina.

⁸ Una mirada a los motivos de ausentismo en el ámbito público municipal evidencia las situaciones de estrés a las que se ven sometidos trabajadores varones y mujeres, a lo cual debe sumarse fenómenos como el síndrome de *burnout* y una falta de motivación con la tarea (Burijovich y Pautassi, 2005).

2. Senderos abiertos

Si bien se identificaron las brechas en materia de empleo y género en salud y, a partir de allí, se formularon senderos estratégicos, no es posible pensar que éstos se instrumentaran de una manera lineal. Así, a lo largo del proceso de desarrollo de las acciones de intervención sectorial se presentaron distintas situaciones que no fueron o no podían ser previstas al momento de la formulación inicial.

En primer lugar, resultó necesario instalar la discusión sobre las condiciones de trabajo desde una perspectiva amplia que incluyera el debate sobre los procesos de trabajo, las habilidades requeridas, los modos de contratación, la infraestructura y, particularmente, el impacto de las condiciones de trabajo sobre la calidad de la atención, considerando la necesidad imperiosa de avanzar hacia la incorporación de la equidad de género.⁹

En segundo lugar, resulta necesario tener una *comprensión profunda de las reglas más generales* del ámbito de las políticas públicas y del empleo en particular, de cada uno de los condicionantes y determinantes de funcionamientos de cada rama de ocupación y de cada mercado de empleo remunerado. Tal como fue señalado, los *problemas detectados* están *escasamente visibilizados* y, por lo tanto, no forman parte de la agenda de discusión, ni en la opinión pública ni en los actores sectoriales relevantes.

En otros términos, para formular e instrumentar políticas laborales con equidad de género se debe tener sensibilidad política para detectar o crear las ventanas de oportunidad. El primer paso en dicha constatación es considerar si existe o no voluntad política consensuada para lograr incorporar políticas de equidad en materia de empleo; para luego definir los objetivos claramente e interrogarse acerca de si resulta posible garantizar su sostenibilidad y, finalmente, identificar los recursos que lograrán la instrumentación de la política.

⁹ Las acciones descritas en los próximos apartados se refieren a aquellas realizadas durante el período 2004-2005, identificadas con el segundo momento de intervención del proyecto “Políticas laborales con enfoque de género”.

De suma utilidad resultan las siguientes preguntas iniciales que se deben formular en el momento de evaluar las capacidades institucionales:¹⁰

1. Cuando el/la gobernante, actores institucionales, deciden la instrumentación de políticas laborales equitativas, ¿cuáles son las situaciones políticas y administrativas que condicionan el logro exitoso de ese objetivo?
2. Una vez alcanzado el objetivo, ¿se está en condiciones de sostenerlo?
3. Para sostener una política en el tiempo, ¿cuántos y cuáles son los recursos adicionales de que se dispondrán? A veces es preferible no lanzar una política cuya sostenibilidad no se asegure, porque —al lanzarla en condiciones dudosas— el probable fracaso dejará las cosas peor que antes de la decisión. El concepto clave es el de recursos, recursos para lograr un objetivo, recursos para tornarlo perdurable (Palermo, 1998).
4. En teoría, ¿cuáles son las capacidades necesarias para llevar adelante las tareas y para cumplir con los objetivos? ¿Cuáles son las tareas que deben desarrollarse y cuáles son las acciones y el personal calificado para llevarlas a cabo?
5. Una vez evaluadas las capacidades, ¿cuál de las alternativas posibles es la más conveniente?
6. ¿Cuáles son los objetivos políticos? ¿Cuál es su naturaleza y envergadura? ¿Son compatibles o contradictorios entre sí?
7. ¿Existe relación entre la viabilidad política y la evaluación de las capacidades estatales?

¹⁰ En el desarrollo de este punto se sigue a Palermo (1998), Oszlak y Orellana (2000) y Rodríguez-Gustá (2004).

8. ¿Qué programa de desarrollo institucional permite que las capacidades se ajusten a los requerimientos y las exigencias de los objetivos deseados?
9. ¿Qué se puede esperar del universo institucional y organizacional en y con el que se habrá de actuar en el diseño de las etapas de formulación e instrumentación de políticas públicas? ¿Están preparadas las unidades estatales que deberán ponerse en movimiento?
10. Si se elabora el camino hacia atrás, desde los resultados deseados (políticas laborales equitativas) hasta las condiciones que tienen que estar en su lugar, ¿cuáles son las tareas que deben desarrollarse?
11. ¿Es posible diseñar un modelo de indicadores para medir las capacidades estatales necesarias?
12. ¿Qué tipo de capacidades se deben favorecer, a quiénes se debe capacitar? ¿Qué capacidades son mejores que otras en función de un fin como la equidad?
13. ¿Qué dimensiones debería tener un programa de investigación evaluativa sobre las capacidades institucionales para el logro de la equidad de género en el empleo en salud?

Avanzar en las respuestas a los anteriores interrogantes asegurará, sin duda, mejores resultados en el proceso iniciado y en las políticas adoptadas, a la vez que imprimirá un curso distinto que rompa la inercia institucional y se incline por innovar promoviendo la equidad.

En el caso de Córdoba, y con el objetivo de visibilizar cómo se pueden identificar brechas en materia de empleo en salud, a nivel local se construyó el siguiente cuadro que presenta las brechas identificadas, el área de intervención, los actores que promueven el cambio y algunas acciones a instrumentar.

Cuadro VIII.1: Brechas y senderos estratégicos en el diseño de una política laboral en salud, el caso de Córdoba

Áreas de intervención	Actores	Acciones
Escasa vinculación entre las políticas laborales y sanitarias		
Dotación de personal.	Secretaría de Salud Municipal, Ministerio de Salud provincial, trabajadores/as.	Propuesta de análisis consensuado de dotación de personal.
Nula vinculación con políticas de género		
Todas las áreas de decisiones legislativas y ejecutivas y en cada área y/o efector.	Todos los actores (nacional, provincial y local) y todos los subsectores de salud (obras sociales, sector privado y ONG).	Iniciar un proceso de reforma consensuado para instrumentar políticas equitativas.
Déficit en la definición de la política de recursos humanos (RRHH)		
Carrera/Estatuto sanitario.	Ministerio de Salud de la provincia, Secretaría de Salud municipal, sindicatos, profesionales.	Análisis de las normas sobre contratación, ascensos y escalafón para diseñar normativa que incorpore la equidad de género.
Segmentación y segregación laboral vertical y horizontal para las mujeres		
Desventaja social y laboral de las mujeres.	Todos los actores involucrados.	Cambios estructurales de funcionamiento del sector, en los concursos y en el diseño de los puestos de trabajo.
Déficit en el cuidado de la salud de los trabajadores/as a nivel provincial y municipal		
Salud laboral.	1. Ministerio de Salud de provincia y sus reparticiones específicas. 2. Secretaría de Salud Municipal. 3. Concejo Deliberante. 4. Legislatura provincial.	a) Canasta básica de prestaciones: examen periódico obligatorio. b) Creación de un área de prevención laboral. c) Estrategias de psicohigiene. d) Identificación de estresores laborales.
Heterogeneidad del empleo con impacto por género		
Condiciones de contratación.	Legislatura provincial.	Proyecto de ley.
Dificultades para la visualización de la discriminación hacia las mujeres		
Cuidado de la trabajadora: acoso y violencia laboral.	Concejo Deliberante, Legislatura provincial, sindicatos, trabajadoras.	Proyecto de ordenanza municipal y ley provincial.

Áreas de intervención	Actores	Acciones
Falta de medidas de conciliación del trabajo productivo con responsabilidades familiares		
Políticas y estrategias de conciliación trabajo/familia.	Ministerio de Salud provincial, Secretaría de Salud municipal, sindicatos.	Consideración de las responsabilidades familiares al asignar turnos, guardias y vacaciones. Dotar una infraestructura para el cuidado de hijos/as pequeños y adultos mayores a cargo de las trabajadoras.
Déficit de información		
Estadísticas de género.	Dirección de Salud Ocupacional de la provincia, Secretaría de Salud municipal.	Producción de indicadores de ausentismo.
Déficits de investigaciones		
Investigaciones sobre recursos humanos en salud con perspectiva de género.	Universidades, Colegios Profesionales, unidades de estadísticas sectoriales.	Asegurar la incorporación de la perspectiva de género en el análisis de los recursos humanos.

Las brechas existentes de déficits serios comprometen a varias esferas públicas y numerosos actores políticos y sociales a nivel provincial y municipal. En términos de Palermo (1998):

[...] cuanto más grandes o más numerosas o dañosas sean las brechas, más importante será incluir el desarrollo institucional como un componente específico que acompañe o integre la política pública en juego. La actividad de desarrollo institucional constituye en sí misma una política pública.

Poder construir en esta dirección es un avance importantísimo en la definición de una voluntad de cambio, dispuesta a romper las inercias institucionales e impulsar políticas sanitarias que consideren central el empleo y, a su vez, promuevan políticas laborales equitativas. A continuación, se expone el paso siguiente para afinar los senderos estratégicos a escoger en la consecución del objetivo buscado.

D. Déficits en las capacidades institucionales y acciones de superación

La metodología de análisis utilizada identifica el grado de capacidad institucional para llevar a cabo las acciones definidas como prioritarias para el logro de la equidad de género en el empleo en salud a nivel local. También permite evaluar los obstáculos y debilidades. Sin embargo, es necesario avanzar un paso más en determinar los déficits de capacidad institucional persistentes y su clasificación en diferentes tipos. Esto es, construir una tipología de análisis aplicable a experiencias similares para la integración de la equidad de género en el sector.

Brevemente, se puede señalar que los déficits de capacidad institucional son los obstáculos que se presentan para el cumplimiento de las tareas. Existen diferentes factores que provocan problemas a nivel de tareas, tal como fue analizado a lo largo de la observación e instrumentación de la estrategia llevada a cabo en Córdoba.

Si se consideran las causales que propone Tobelem (1992), los déficits identificados están relacionados con:

- i) Leyes, reglas, normas y “reglas de juego”.
- ii) Relaciones interinstitucionales.
- iii) Estructura organizacional interna y distribución de funciones.
- iv) Capacidad financiera y física de las agencias ejecutoras.
- v) Políticas de personal y sistema de recompensas.
- vi) Capacidad individual de los participantes en las agencias involucradas en el proyecto.

En esta dirección, se mencionan a continuación déficits específicos en la construcción de capacidades institucionales, que se presentan como los principales escollos a solucionar, en el mediano plazo, por parte de los actores intervinientes.

1. Relacionados con leyes, reglas, normas y “reglas de juego”

De las numerosas brechas detectadas, merece destacarse la existente entre la legislación vigente y la necesaria, proponiéndose

se como prioridad iniciar acciones en el poder legislativo provincial y municipal. Básicamente, se les presentaron estas brechas para que identificaran y promovieran acciones, consistentes en la formulación de un proyecto de ley o de ordenanza municipal, de acuerdo con la jurisdicción (provincia o municipio).

Tal como se expuso, un vacío legal lo constituye la inexistencia de normas y disposiciones que específicamente se ocupen de la salud de las y los trabajadores del área. Para llenar el vacío, es necesario formular un anteproyecto de ordenanza municipal que proteja la salud de ellos, de modo que sea consensuado y aprobado en el órgano legislativo municipal (Concejo Deliberante).

Entre los ejes principales que podría contener se encuentran:

- i) definir como prioritaria la salud de las y los trabajadores municipales y que el municipio se comprometa a arbitrar los medios necesarios para que el personal goce de atención oportuna y de calidad;
- ii) establecer la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización;
- iii) cada trabajador y cada trabajadora tienen derecho a conocer en forma escrita y fehaciente los resultados de los exámenes clínicos realizados, siendo obligatorio para los centros de salud y demás efectores el cumplimiento de la citada comunicación y la entrega de los mismos;
- iv) la dirección encargada de los recursos humanos deberá confeccionar anualmente estadísticas sobre enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, discriminadas por sexo, repartición y funciones; también deberá elaborar estadísticas que contengan indicadores de ausentismo del personal (carpetas médicas) discriminadas por sexo, edad, tipo de enfermedad, cantidad de días, repartición y función de cada agente; estas estadísticas deberán ser comunicadas a la autoridad administrativa del trabajo y a la representación sindical;
- v) una vez producida la información antes señalada, se pondrán medidas específicas para la prevención y tratamiento de patologías prevalentes en mujeres y en varones;

- vi) las anteriores medidas de prevención se realizarán a través de la instrumentación de estrategias de psicohigiene y supervisión integral de la tarea del personal municipal;
- vii) la administración municipal y cada repartición en general se comprometen a promover a la mujer trabajadora, con el fin de acelerar la igualdad efectiva de género y evitar la violencia laboral, como también el acoso sexual; para ello, el propio municipio se compromete a establecer un mecanismo expeditivo para la denuncia y la sanción de los abusos, tipificando el acoso sexual en el trabajo y sancionando al agente que incurra en esa figura;
- viii) el municipio de Córdoba se compromete a promover la instrumentación de programas de información, orientación y asesoramiento a trabajadoras y trabajadores para el cuidado de su salud.

Estos puntos fueron discutidos y enunciados con algunos de los representantes del Concejo Deliberante municipal y se formularon como un anteproyecto de ordenanza que finalmente no fue presentado. Constituyó, sin embargo, un buen ejercicio de reglamentación ante vacíos normativos.

En materia de protección de derechos específicos de las trabajadoras, no existen estructuras dentro de la reglamentación del empleo vigente, tanto a nivel provincial como municipal, que recojan las denuncias y sancionen la violencia laboral de género. En la misma dirección, no existen unidades responsables que impulsen las tareas propuestas, presentándose como constantes los conflictos entre las consideraciones políticas y las consideraciones técnicas.

Otro marcado déficit —que es parte de una práctica arraigada en todas las jurisdicciones— se manifiesta al considerar el empleo público como política clientelar, estableciéndose pactos y acuerdos corporativos tendientes a garantizar la gobernabilidad y no el empleo.

De igual manera, la presencia de normas de congelamiento de vacantes (puestos, cargos) que impiden la contratación de personal actúa en desmedro de la transparencia y del desarrollo institucional.

2. Relacionados con coordinaciones interinstitucionales

Las dificultades en la coordinación refieren al modo en que los diversos actores y organismos estatales interactúan en forma coherente —o no—, generando sinergias en función de tareas asignadas y sus ventajas comparativas a favor de cumplir los objetivos públicos previstos. Si bien se presentaron serios problemas de coordinación entre la provincia de Córdoba y el municipio capital, que exceden los alcances del proyecto de equidad de género, el Ministerio de Salud de la Nación ejerció un rol importante, particularmente la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria. Su intervención logró que se sentaran a una misma mesa ambas jurisdicciones (provincia y municipio), que se encontraban enfrentadas políticamente. Esta primera intervención de la nación fue promovida en la reunión de presentación del proyecto “Políticas laborales con enfoque de género”, al invitar a la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias a disertar y a convocar a la reunión. Allí se logró concretar la presencia del ministro de Salud de la provincia y del secretario de Salud y Ambiente de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba.

A partir de la primera instancia de presentación pública del proyecto, se abrió un primer sendero: es posible disminuir el conflicto interjurisdiccional en tanto se comprometa a todos los actores en un objetivo común como el análisis de la situación del recurso humano en salud con perspectiva de género. Para avanzar en este sentido, resultan cruciales las acciones que desarrolla el Ministerio de Salud de la Nación para recuperar la conducción sectorial. Asimismo, se detectaron competencias superpuestas entre las diversas jurisdicciones, como también entre diferentes actores, que manifiestan necesidades de acciones dependientes de compromisos de otras organizaciones. Finalmente, un aspecto clave de la coordinación se asocia al modo en que se relacionan los grupos y organizaciones del movimiento de mujeres y de la sociedad civil con las instituciones del Estado. Si bien existe relación entre estos actores, se concentra en los problemas relativos a la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, mientras que las cuestiones ligadas a las condiciones de empleo, salud

ocupacional, y violencia laboral (de género), aún no se han incluido en la agenda de negociación.

En el caso específico del movimiento de mujeres, se planteó —como medida de acción política— monitorear la instrumentación del “Programa nacional de salud sexual y procreación responsable”, realizar un control ciudadano participativo sobre la aplicación del programa en el ámbito provincial. Se ha propuesto generar instancias de reunión con el Ministerio de Salud de la provincia y con la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba; presentar públicamente y visibilizar, a través de tareas de difusión, las conclusiones y lecciones aprendidas de este proceso. Para el movimiento de mujeres, las acciones de monitoreo son responsabilidad de las organizaciones y movimientos de la sociedad civil, para garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos es preciso tener un diagnóstico acertado acerca de lo que está pasando con la instrumentación de una política pública. Esta acción colectiva es la más cercana a cumplir el rol fiscalizador, de control social, como también de participación y promoción del debate político en torno de los temas de salud.

3. Vinculados a la estructura organizacional interna y distribución de funciones

Otra brecha importante se refiere a las formas de organización interna de cada efector de salud y de todo el sistema, situación común a ambas jurisdicciones.

En el caso específico del ámbito municipal, que tiene a su cargo el sistema de atención primaria de la salud (APS), además de los otros niveles de complejidad, se optó por concentrar en tres áreas de intervención, propuestas e insumos técnicos que podrán ser utilizados por las autoridades en el momento que visualicen una oportunidad política favorable. Las tres áreas seleccionadas fueron: i) carrera sanitaria, ii) salud ocupacional, iii) análisis de la dotación de personal.

Para el diseño de la carrera sanitaria, se analizó la normativa vigente provincial y municipal y se definieron los ejes sobre los que

se debería consensuar una propuesta: diferenciar una carrera de nivel operativo de la carrera del nivel de conducción, establecer la forma de ingreso, el escalafón y las promociones, establecer un régimen de calificación, regular la capacitación, especialmente en servicio, establecer un régimen de retribuciones conforme al escalafón, función, horarios y derecho a adicionales particulares y compensaciones.

Tres argumentos resultan indispensables para convocar el debate tendiente a identificar esta brecha y diseñar cursos de acción:

- i) centrar la discusión en el valor público que tiene la propuesta, en tanto se trata de avanzar en mejoras en las condiciones de trabajo de un sector mano de obra intensivo: promover la idea de que la calidad de la atención en salud está directamente relacionada con la calidad del empleo;
- ii) destacar que se persigue como objetivo promover la equidad en las condiciones de trabajo entre trabajadores y trabajadoras que desempeñan una labor esencial para la sociedad;
- iii) justificar la sanción de una ordenanza municipal, esto es, que no sea sólo una política del ejecutivo, sino que involucre el debate en el legislativo, en el hecho de que resulta necesario descentralizar la gestión del recurso humano en salud, para revertir la homogeneización de la política de personal en salud en el municipio.

Precisamente, se trata de consensuar entre los actores involucrados que se deben planificar condiciones de desempeño del recurso humano en función de la estrategia acordada, tanto en términos de la modalidad de atención existente como del funcionamiento del sistema municipal de salud. En la misma dirección, se debe destacar la necesidad de poner en la agenda pública los problemas relacionados con la gestión de los empleados, mostrando las particularidades para hombres y mujeres, en términos de prestación del servicio y de condiciones de trabajo. Se trata de promover que los cambios —en la política de empleo y, por ende, en la política sanitaria— se realicen en el marco de un proceso participativo de diag-

nóstico, utilizando para ello diagnósticos ya existentes y, a partir de allí, formular vías de solución consensuadas.

Entre las líneas de políticas que se recomiendan, además de las ya señaladas, se encuentran:

- Políticas orientadas a mejorar las competencias profesionales, desarrollar la motivación y fortalecer una cultura común.
- Políticas y líneas de acción que hacen hincapié en “buenas prácticas” más que en controles detallados.
- Incorporación de medidas de acción positiva para revertir situaciones de inequidad entre hombres y mujeres.
- Conformación de equipos equitativos integrados por varones y mujeres de acuerdo con el grado de especialización y nivel de ocupación.
- Promover el concepto de “lugar de trabajo saludable”, humanizar las reestructuraciones organizativas y “cuidar la salud de los que atienden la salud de la población”.

4. Relacionados con la capacidad financiera y física de las instancias ejecutoras

Este déficit muchas veces no se considera, ya que los decisores suelen apelar a la voluntad política existente sin otorgar la debida importancia a la detección de la cantidad de recursos faltantes en las organizaciones y los insumos específicos para llevar adelante la política propuesta.

Además, en el caso de Córdoba (provincia y municipio) se identificó como déficit el hecho de que existen pocos cuadros técnicos capacitados para impulsar los cambios propuestos y otras medidas que incorporen la equidad de género en el empleo en salud. Esto no sería una limitante en sí misma, si se convoca a otras reparticiones con competencias específicas en el tema e insumos adecuados para colaborar en el proceso de definición.

Entonces, si se establece en forma suficientemente clara la importancia de promover un marco de equidad y eficiencia en el empleo sectorial, no deberían existir obstáculos para alcanzar el presupuesto necesario.

5. Relacionados con políticas de personal y sistema de recompensas

Se observa una gran distancia entre la carrera sanitaria establecida en la normativa y la que efectivamente se instrumenta, por lo que se puede afirmar que, en la práctica, no existe. Tal como se mencionó en el diagnóstico, la vinculación entre políticas sanitarias y políticas laborales es baja y no tiene, a la vez, vinculación con políticas de género.

Es posible señalar la persistencia de la desvalorización del primer nivel de atención de la salud por parte de la cultura médica, así como la descalificación de algunas especialidades, junto con el hecho de que ambas instancias son fundamentalmente cubiertas por trabajadoras. La necesidad de visualizar la división sexual del trabajo en el interior del sector permitirá avanzar en la construcción de capacidades para lograr sistemas de referencia y contra-referencia más eficaces.

En esta dirección, se diseñó una propuesta para consideración de las autoridades de la Secretaría de Salud del municipio, que luego concluya con la sanción de una ordenanza municipal y una política del área que garantice la seguridad y la salud de las y los trabajadores de acuerdo con los siguientes principios generales de prevención: evitar y combatir los riesgos en su origen, adaptar el trabajo a la persona y promover la equidad de género en materia de personal.

Asimismo, las recomendaciones técnicas buscaban promover condiciones para que los efectores de salud municipales se transformaran en ámbitos donde las exigencias laborales sean óptimas (y no máximas), en el que se les permita a los trabajadores un grado razonable de autonomía y se les garantice una mejor calidad en el empleo que se traduzca en un servicio de calidad, adecuado a las necesidades de la población y un servicio que promueva la equidad de género, a nivel de los trabajadores y de los usuarios, que revise las escalas salariales, organice las prestaciones de acuerdo con áreas y funciones del personal, que integre las distintas actividades y que sea equitativo en términos de género. Estas recomendaciones son aplicables también a la provincia.

Por último, si no están claros los *incentivos para participar en este tipo de transformaciones*, las demandas salariales, como sucede a menudo, teñirán el proceso de cambio, demorando otras reivindicaciones en materia de calidad del empleo. No desconocemos la importancia de alcanzar niveles adecuados de remuneración del personal y que “un buen salario es fundamental para la calidad del empleo”, pero no es el único componente.

Sin embargo, todo el proceso ha mostrado que, a pesar de la actual baja capacidad institucional de la provincia de Córdoba y su municipio capital, es posible lograr consensos e instrumentar medidas concretas de acción que incorporen la equidad de género en el sector.

El solo hecho de haber transformado en evidencia que la calidad de la atención se encuentra directamente relacionada con la calidad del empleo y, a su vez, con el mayor o menor grado de equidad de género alcanzado, constituye un primer y claro sendero de cambio.

E. Hacia una agenda propositiva de políticas laborales con equidad de género

Si bien la elaboración de las agendas está condicionada por múltiples factores, algunos ya descritos en este capítulo, es posible proponer algunas acciones en pro de la construcción de consensos mínimos entre actores e instituciones que diseñan las políticas del sector salud:

- Intersectorialidad del problema del empleo: el empleo en salud no se restringe al ámbito de decisión de las instancias sectoriales, generalmente compromete al Ministerio de Trabajo y al de Economía, pero también a los mecanismos de adelanto para la mujer, como el Consejo Nacional de la Mujer y áreas de la mujer a nivel provincial y municipal.
- Inequidad de género —inequidad en el empleo— e inequidad en la atención son conceptos inseparables y requieren un abordaje integral y simultáneo.
- Incorporar la discusión sobre la equidad de género en las *paritarias de salud* (proceso de negociación colectiva entre

el Estado como empleador y las asociaciones gremiales y de representación de las y los trabajadores sectoriales).

- Profundizar el diálogo intersectorial e interinstitucional iniciado en el proceso para generar propuestas y consensos en torno de la promoción de políticas laborales con equidad de género. Para ello, se sugiere crear una mesa de diálogo entre los actores involucrados, con una participación clave del sector sindical que, si bien se encuentra presente en las negociaciones, asume posicionamientos diferenciados en la provincia y en el municipio. Previo a ello, hay que sensibilizar a dirigentes gremiales y trabajadores sobre la importancia estratégica de incorporar la perspectiva de género en su accionar, tanto en los niveles de conducción como en los puestos laborales.
- Se constata una importante falta de información sobre el recurso humano existente, sobre todo de las necesidades de personal y mucho más si se desagrega por género. Las causas de ausentismo recién son analizadas tomando en cuenta el sexo de las y los trabajadores. La *producción de estadísticas de género* no debe quedar como datos muertos, sino que debe servir para diseñar políticas públicas.
- La *ausencia de planificación* es una carencia del sector. La mayoría de las veces, las decisiones políticas que tienen que ver con el personal son reactivas y no estratégicas.
- El mérito, traducido en un índice que evalúe el nivel de las garantías de profesionalidad en el funcionamiento del servicio civil y en el grado de protección efectiva frente a la arbitrariedad, la politización y la búsqueda de rentas (Longo, 2005), aún no ha sido tomado como criterio que acompañe la incorporación, la promoción y la carrera. Las mujeres están más expuestas a la vulnerabilidad de este principio. Para estimular *mecanismos de responsabilidad*, tanto horizontal como vertical, se deben desarrollar las capacidades de los funcionarios para integrar las consideraciones de equidad de género en la gestión del recurso humano en salud. En este sentido, los procesos de rendición de cuentas y de transparencia en el sector favorecen la equi-

dad de género porque amplían los espacios de participación y control.

- En los *órganos de selección del recurso humano* no es posible garantizar la no discriminación, por lo que se propone la incorporación de veedores de género para vigilar el cumplimiento en el sector salud de las leyes y convenios colectivos que garantizan la equidad en el trabajo, en el sector público y privado. La anterior medida no es costosa y podría estar a cargo de representantes gremiales, del movimiento de mujeres, docentes, mujeres profesionales. Para el logro de este objetivo es necesario comprometer y sensibilizar en torno de la importancia de contar con mecanismos institucionales que resguarden la equidad de género en el acceso a puestos de trabajo, a la especialización y ascensos, para evitar muchas de las situaciones de discriminación aquí descritas.
- Es necesario ampliar el vínculo entre las prácticas del recurso humano y las prioridades políticas del sector, sobre todo las referidas a la primarización de atención donde el 70% del recurso humano son mujeres. Las *políticas laborales* deben ser *coherentes* con las *políticas de salud*. Un modelo prestacional centrado en la enfermedad y en la asistencia produce mayor estrés y síndrome de *burnout* en las y los trabajadores de salud. En cambio, un *modelo prestacional preventivo* opera como factor protector de la salud de las y los trabajadores.
- El *escaso desarrollo de la función de dirección femenina* en el interior del sector salud ha sido identificado como uno de sus principales déficits. Se encuentran pocas mujeres ocupando estos cargos y, cuando los ocupan, no implica una gestión con perspectiva de género. Esta situación puede deberse al exceso de centralización en las decisiones sobre la gestión del recurso humano y la falta de autonomía de los directivos. Las carencias en la formación de las y los directivos requieren políticas activas de capacitación dirigidas a perfeccionar sus competencias, las que deben incluir la equidad de género.
- En relación con la *organización del trabajo*, se pueden observar algunos déficits en las descripciones de los puestos de

trabajo y de los perfiles. Por ejemplo, las enfermeras cumplen múltiples funciones: hacen las veces de personal administrativo, organizan a la gente en los pasillos y entregan turnos, entre otras tareas. En la organización real, las tareas pueden ser asignadas o “apropiadas” por sus ocupantes. El concepto de tarea incluye un conjunto de actividades asignadas a cada puesto. Desde la perspectiva de género, en el diseño de éstas, es preciso alertar sobre dos aspectos: la “apropiación de tareas”, que se realiza de manera espontánea, debe prevenir sobre la asunción de tareas diferentes en varones y mujeres, por ejemplo, la administrativa; el impacto diferencial sobre varones y mujeres que tienen las condiciones físicas de trabajo.

- Según Hintze (2002), las capacidades específicas dependen tanto de las características técnicas de las tareas como de las condiciones físicas, organizacionales y culturales que constituyen “*el medio ambiente*” de los puestos de trabajo. Las capacidades individuales requeridas pueden ser descritas en términos de la presencia de cuatro componentes:
 - i) conocimientos técnicos,
 - ii) destrezas,
 - iii) habilidades, y
 - iv) actitudes específicas.

Las actitudes específicas son las predisposiciones individuales, positivas o negativas, a realizar las tareas derivadas de diferentes circunstancias donde el género es un condicionamiento importante, por lo tanto, cuando se piensa en la gestión de las capacidades, éste es un aspecto central a tener en cuenta para considerarlo y transformarlo.

- La capacitación se debe organizar de manera tal que se acomode en los horarios de trabajo para permitir la conciliación entre el rol productivo y el reproductivo. La formación tiene graves déficits, entre ellos, la falta de planes sistemáticos, la falta de contenidos estratégicos (Longo, 2005) y también de contenidos ligados a la problemática de género. La *inclusión* de la equidad de *género* requiere de la *capacitación en género* de los propios trabajadores y tra-

bajadoras. En función de ello, se propone identificar y visibilizar la división sexual del trabajo en el sector, lo que permitirá mejorar la atención.

- Se constata un énfasis excesivo en la educación formal, sin rescatar las *competencias en el trabajo* muy desarrolladas por las mujeres en los ámbitos laborales.
- Las *políticas de recursos humanos* presentan escasos estímulos para el aprendizaje y la calidad del servicio. Es necesario establecer una carrera vertical y horizontal, sobre todo en el primer nivel de atención, donde es preciso promover aún más la existencia del ascenso horizontal como alternativa a las carreras jerárquicas presentes en los hospitales.
- La *gestión del clima laboral* no es tomada en cuenta por los funcionarios políticos, siendo un claro reclamo de las mujeres trabajadoras. La ausencia de espacios de reflexión y de canales de comunicación generan malestar e insatisfacción en el trabajo.

F. Implicaciones para la acción

Si bien en cada provincia o municipio donde se pretenda instrumentar acciones para el logro de la equidad de género en el empleo en el sector salud se deberá realizar un *análisis político e institucional*, se pueden hacer algunas puntualizaciones como corolarios de la experiencia desarrollada en Córdoba:

1. Se deben aprovechar las ventanas de *oportunidad* que se abren cuando se instrumentan las paritarias, cuando se llama a concursos para cubrir cargos, se discuten las carreras sanitarias o se intentan aplicar nuevas técnicas de gestión.
2. Generar el interés de *actores externos al sector* (por ejemplo, movimiento de mujeres, Ministerio de Trabajo, organismos de la mujer, áreas locales mujer, entre otros). La *ecuación calidad del empleo-calidad de la atención* debe ser leída en los dos sentidos, para que se cumpla esta relación es necesario *incorporar a la población destinataria de los servicios*, especialmente a las *mujeres* y otros actores sociales representativos, como también al *público usuario* en general.

3. Garantizar la *coherencia* y la *cohesión* en torno de las políticas a instrumentar, abriendo instancias de debate y encuentro.
4. *Vincular las políticas de equidad de género a otras políticas que faciliten su adopción*. El supuesto que sostiene esta propuesta es que, cuando la equidad de género es vinculada a otra política relevante, se asiste a la creación de una *arena política ampliada*. Las propuestas de las mujeres deben ser articuladas con discursos sociales más amplios, tales como la superación de la pobreza, el desarrollo sustentable y la preservación ambiental (Yannoulas, 2005).
5. Las *políticas de equidad de género* deben ser presentadas identificando claramente quiénes son las y los beneficiarios inmediatos, para movilizar el monto de poder político necesario.
6. La importancia de conocer las capacidades institucionales del sector salud para instrumentar políticas laborales con equidad de género radica precisamente en que de ellas se desprenden las *opciones de políticas efectivamente posibles*.

La incorporación de la equidad de género en el empleo en el sector salud implica nuevas regulaciones en el mercado de trabajo. Esta transformación, tal como ya se explicitara en este capítulo, requiere de voluntad política para construir las coaliciones necesarias. Parte de las resistencias a este proceso se explican por cuestiones culturales y por la inercia institucional, pero también cuando se analizan los actores que se oponen: aquellos que deberán cubrir los costos que conlleva sostener una política de recursos humanos con equidad de género.

Por lo tanto, el interrogante que debe seguir abierto (a pesar de que algunas respuestas ya se ensayan aquí) es: ¿por qué, a pesar de que se firman los acuerdos y que todos aceptan la perspectiva de género, no se avanza?, y ¿cuáles son los costos para los funcionarios de llevar adelante una política de empleo con perspectiva de género?

El desafío, de ahora en adelante, es precisamente que los actores involucrados amplíen la arena política para garantizar calidad de empleo con equidad, y que ésta se traduzca en calidad en la atención de ciudadanos y ciudadanas.

Referencias bibliográficas

- Abramo, Laís y Marta Rangel (eds.) (2005), *América Latina: negociación colectiva y equidad de género*, Santiago de Chile, OIT.
- Acuña, Carlos y Mariano Tommasi (1999), "Some reflections on the institutional reforms required for Latin America", *Documento* n° 20, Buenos Aires, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI).
- Acuña, Carlos y Mariana Chudnovsky (2002), "El sistema de salud en la Argentina", *Documento* n° 60, Buenos Aires, Universidad de San Andrés, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional-Fundación Gobierno y Sociedad.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud (2004), *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*, Buenos Aires, <www.msal.gov.ar>.
- Ase, Iván (2006), "La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal", *Revista Salud Colectiva*, vol. 2, n° 2, Buenos Aires.
- Belmartino, Susana (2005), *La atención médica argentina en el siglo xx. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Bravo, Loreto y María Nieves Rico (comps.) (2001), "Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina", *Serie Seminarios y Conferencias*, n° 20 (LC/L.1667-P), Santiago de Chile, CEPAL, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.201.
- Burijovich, Jacinta y Laura C. Pautassi (2005), "Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 60 (LC/L.2250-P), Santiago de Chile, CEPAL, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.8.
- Cohen, Ernesto, Leonel Tapia, Cecilia Navarrete, Carlos Gil y Gloria Fanta (1998), "Gestión de programas sociales en América Latina", *Serie Políticas Sociales*, vol. I, n° 25 (LC/L.1114-P), "Metodología de análisis de programas sociales", vol. II, n° 25 (LC/L.1114/Add.1-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Hintze, Jorge (2002), "Capacidad institucional y profesionalización: el enfoque ORH", VII Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 8 a 11 de octubre, Lisboa, Portugal, <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043617.pdf>>.
- Longo, Francisco (2005), "La gestión del empleo público en América Latina: ejes de un diagnóstico institucional comparado", X Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 18 a 21 de octubre, Santiago, Chile, <www.clad.org.ve/fulltext/0052331.pdf>.
- Marco, Flavia y María Nieves Rico (2004), "Políticas ausentes y programas residuales", Documento de Trabajo, Unidad Mujer y Desarrollo, Santiago, CEPAL.
- Oszlak, Óscar (2000), "El mito del Estado mínimo: una década de reforma estatal en la Argentina", IV Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre Reforma del Estado y la Administración Pública, Santo Domingo.
- y Edgardo Orellana (2000), El análisis de la capacidad institucional: aplicación de la metodología SADCI, Biblioteca Virtual, <www.top.org.ar>.
- Palermo, Vicente (1998), "Estudio sobre el estado del Estado en la Argentina. Una herramienta de evaluación de las capacidades del sector público", Documento de Trabajo n° 1, Buenos Aires, Fundación Carlos Auyero.
- Pautassi, Laura C. (2001), "Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 30 (LC/L.1506-P), Santiago de Chile, CEPAL, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.45.
- Eleonor Faur y Natalia Gherardi (2004), "Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Avances y omisiones para una mayor equidad", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 56 (LC/L.2140-P), Santiago de Chile, CEPAL, mayo.
- Prats i Catalá, Joan (1998), "Servicio civil y gobernabilidad democrática", *Revista Iberoamericana de Administración Pública*, n° 1, julio-diciembre.

- Repetto, Fabián (2003), “Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina”, VIII Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 28 a 31 de octubre, Panamá <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0047522.pdf>>.
- Rico, María Nieves (2005), “Logros de la metodología del proyecto ‘Políticas laborales con enfoque de género’”, presentación efectuada en la xxxviii Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Mar del Plata, 7 y 8 de septiembre.
- Rodríguez-Gustá, Ana L. (2004), “Capacidades estatales: reflexiones en torno a un programa de investigación”, IX Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2 al 5 de noviembre, Madrid, España, <www.iiij.derecho.ucr.ac.cr/docs_bd/pub%20otras%20entidades/LAD/CLAD%20IX/documentos/rodrigus.pdf>.
- Tobelem, Alain (1992), *Institutional Capacity Analysis and Development System (ICADS)*, citado por Oszlak y Orellana (2000).
- Yannoulas, Silvia (2005), *Perspectivas de género y políticas de formación e inserción laboral en América Latina*, Buenos Aires, Red Etis - Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (IIPE)/Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).

IX Investigación social y políticas públicas: un binomio polémico

Cristina Bloj

A. Un primer acercamiento a la cuestión

La preocupación en torno de los vínculos entre investigación social y políticas públicas o, dicho de otro modo, de los alcances de la “aplicabilidad” del conocimiento social en territorios político-decisionarios, está instalada desde hace varias décadas en la escena de las ciencias sociales, aunque contemporáneamente ha cobrado nuevo impulso. Entre las múltiples aproximaciones de que es objeto se aborda aquí la cuestión desde un horizonte bien definido, desde la formación y práctica en investigación social, aunque se recuperen al mismo tiempo otros acercamientos que han enriquecido el debate. En tal sentido, resulta oportuno distinguir los afluentes más significativos que han tributado a la elaboración de estas páginas: i) las cavilaciones en tanto científicos sociales alrededor de los objetos de estudio, las condiciones de producción del conocimiento social y la identificación de prácticas y contextos de actuación pertinentes o ajenos al “quehacer”; ii) los enfoques críticos cimentados en relecturas de las experiencias y del andamiaje conceptual del desarrollo y la gestión pública, y iii) los estudios de género que han revelado desde sus orígenes un carácter paradigmático en lo que concierne al binomio pensamiento/praxis social.¹

¹ Como se observa, “Los últimos veinte años han sido testigos de un importante fenómeno: el interés de centrarse en las mujeres como sujeto de acción y de investigación, y el proceso paralelo de construcción de un enfoque de género como una nueva mirada analítica de la realidad social” (Rico, 1997, p. 14).

Particularmente, los ensayos reunidos en este volumen, que tienen como epicentro la problemática del empleo en el sector salud en la Argentina y las reformas experimentadas en las últimas décadas, han brindado pistas invaluable para situar ideas previas y tensionar supuestos.² Es posible reconocer en la mayoría de ellos la tendencia a alentar procesos técnico-políticos fundados en una relación cada vez más fluida entre conocimiento, niveles decisivos y sociedad, y a impulsar la elaboración de estudios y diagnósticos concebidos como dispositivos que respaldan el “retorno” del conocimiento hacia los contextos de actuación. Esta direccionalidad no es azarosa, mucho menos neutra, y se sustenta en:

- i) La convicción de que políticas sociales cimentadas en conocimientos e informaciones sólidas redundan en beneficio de la toma de decisiones y, sobre todo, de las poblaciones.
- ii) La importancia de “instituir” pautas y prácticas vinculantes entre investigación y políticas allí donde no existen experiencias previas, o de reforzarlas cuando se manifiestan inadecuadas a los fines expresos.
- iii) La relevancia analítica de contextualizar, histórica y socialmente, la lectura de las encrucijadas del presente y la definición de los “problemas” sociales.
- iv) El compromiso con la “institucionalización” de una perspectiva de género (y con su transversalización) y con la elaboración de estudios, estrategias, y propuestas de políticas que afirmen esta direccionalidad.
- v) El desarrollo de una modalidad participativa de producción de conocimiento social, y de diseño, instrumentación

² Las consideraciones que se exponen surgen de la revisión de un conjunto de experiencias llevadas a cabo en espacios político-institucionales, con equipos interdisciplinarios y mixtos (técnico-políticos). En este contexto, el trabajo ha implicado la realización de entrevistas a funcionarios políticos y académicos; algunos de estos últimos ligados estrictamente al campo universitario y otros que se desenvuelven simultáneamente (o han tenido contacto) en la gestión pública.

y evaluación de políticas públicas, avanzando hacia una mejor confluencia de lógicas y actores.

En este punto, se hace necesario volver sobre ciertos sobrentendidos. Las “políticas públicas” no son herramientas neutras sino que, por el contrario, ponen en acto decisiones que reflejan:

- i) el sustrato epistemológico y los criterios políticos que las sustentan;
- ii) el tipo de problemas que se privilegia y los que quedan fuera;
- iii) una concepción de “sujetos de las políticas”;
- iv) los niveles distributivos que se propician.

Asimismo, un error frecuente es asociarlas exclusivamente a los mecanismos que impulsa el Estado, para afrontar las cuestiones de orden público, dejando de lado la experiencia social de los ciudadanos (las disputas, negociaciones, consensos), y el modo en que un conjunto más amplio de actores y circunstancias contribuye a delinearlas.

Se puede intuir, entonces, que explorar los nexos entre conocimiento y políticas no se restringe a consideraciones de orden técnico o programático porque tras esta dimensión visible se pueden entrever complejas redes intersubjetivas e interinstitucionales: lógicas, actores, discursos no siempre en sintonía, la circulación o restricción de información y saberes que en la hoy llamada “sociedad del conocimiento” tienen un peso político y distributivo relevante. Adicionalmente, hay que contemplar que tales entrecruzamientos sólo pueden despuntar si se constata de antemano, o si es viable construir en el camino, una “voluntad política” para habilitarlos.³ Este escenario es condición de posibilidad para la

³ En el diagnóstico de la situación del empleo en el sector salud en Córdoba se señalan algunas dificultades de este orden: “[...] En el análisis de las condiciones iniciales: 1) *no se detecta en el sector una voluntad política consensuada por todos los actores para lograr este objetivo*, 2) de lograrse algunos objetivos es difícil garantizar su sostenibilidad y 3) es necesario identificar los recursos que tornarán perdurables los cambios propuestos” (Buriyovich y Pautassi, 2006, p. 6).

instauración de canales de diálogo y coordinación que favorezcan la diagramación e instrumentación de políticas participativas.

En el sentido expuesto, si la pregunta por los alcances de la investigación social en el campo de la toma de decisiones está siempre vigente es, entre otras razones de peso, porque el conocimiento desempeña un papel activo no sólo en la constitución y dinámica del “mundo académico” (si fuera posible plantear la existencia de tal mundo cerrado). Los lineamientos de políticas no son elaborados por las administraciones desde un vacío conceptual, y unilateralmente, sino desde posicionamientos que advierten acerca de qué tipo de nexos entre el Estado y la sociedad (más o menos participativos, más o menos inclusivos, más o menos distributivos) se pretende impulsar.⁴

B. Discursos en pugna, afluentes críticos y nexos potenciales

La participación de científicos sociales en procesos de formulación, instrumentación y evaluación de políticas públicas ha estado siempre sujeta a recusaciones desde el campo académico por considerarse, entre otras cuestiones, que condiciona la autonomía irrenunciable que debe mantener un investigador. A esta argumentación se suma otro aspecto crítico: las divergencias respecto de la conceptualización de los “problemas sociales” y las consecuencias para su abordaje; en efecto, mientras que en la investigación social se insiste en que los problemas se “construyen”, en el campo de las políticas suelen ser concebidos como “dados”.

Es importante subrayar que, en los estudios de género, estos antagonismos se han atenuado o, por lo menos, se han expresado

⁴ Una política social podría ser concebida desde una perspectiva de “derechos”, en la que se privilegien criterios distributivos, o bien desde un enfoque “gerencial” deviniendo una suerte de variable de ajuste. Aunque en teoría debería estar dirigida hacia la búsqueda de equidad e inclusión, en la práctica no todas las orientaciones encarnan estos “ideales”, incluso la mayoría está muy lejos de ellos.

con otros matices. Es así que las experiencias desarrolladas a partir de este enfoque se han orientado a superar estas controversias y, en ese sentido, han sido pioneras en la persecución del fortalecimiento de los vínculos mencionados.

1. Dinámica histórica, dinámica de las ideas

Cierto es que las inquietudes derivadas de los acercamientos de la investigación social al campo de las políticas públicas están siempre vigentes, aunque no es menos cierto que han evidenciado etapas de auge o de declinación que no podrían comprenderse sin prestar atención simultáneamente a:

- i) Las encrucijadas sociopolíticas por las que ha atravesado América Latina y cada país en particular, y las relaciones de fuerza, de articulación hegemónica, urdidas en cada período.⁵
- ii) Específicamente en el campo de las ideas, las crisis epistemológicas que han sacudido a las ciencias sociales, las disputas entre visiones antagónicas y la interpelación a las creencias dominantes. Vaivenes que son parte de la dinámica tanto del campo de las ideas como del social en la medida en que, tal como advierte Bourdieu, “[...] las rupturas epistemológicas son a menudo rupturas sociales [...]” (1995, p. 180).
- iii) Los desafíos que ha ido imponiendo la “cuestión social” a la agenda pública y a los colectivos sociales.⁶

⁵ En la línea de Laclau y Mouffe (1987) estas tensiones son inherentes a toda práctica social y política.

⁶ La tendencia a nominar los problemas acuciantes de la sociedad como “cuestión social” remite a la difusión de la obra de Robert Castel (1997), *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, y a la publicación de Fitoussi y Rosanvallon, *La nueva era de las desigualdades*, que data del mismo período (Grassi, 2004a, p. 40).

Sin pretender desplegar una cronología exhaustiva, las décadas de 1970 y 1980 son períodos emblemáticos en los cuales, desde diferentes experiencias políticas y plataformas discursivas, la relación conocimiento-praxis social asume un estatuto central y controversial. En el campo académico latinoamericano, la confrontación de proyectos intelectuales alrededor de este binomio se asocia fundamentalmente al paradigma crítico y a las líneas de investigación-acción; perspectivas que, si bien no constituyen una trama homogénea, se identifican por una serie de orientaciones comunes:

[...] una toma de conciencia de los participantes en relación con su posición en determinadas estructuras de poder; la conceptualización y ejecución conjunta de líneas de acción; la horizontalidad como metodología; la explicitación de las valoraciones ideológicas; el cambio social como meta y la conciencia crítica y la organización social como metodología insoslayable (Krause, 2002, p. 44).

Por otro lado, están las experiencias ligadas a los procesos de desarrollo,⁷ ya que las críticas que han despertado nutren considerablemente la reflexión sobre los nexos en cuestión. Desde mediados de los años setenta, y particularmente durante el decenio de los años noventa, visiones detractoras de la perspectiva clásica y canónica de los procesos de desarrollo ponen en escena la consideración de nuevos ejes a partir de los cuales analizarlos: i) *el conocimiento* como sustento de la construcción de objetos y conceptos; ii) *las prácticas de poder* y el rol constitutivo que asume el lenguaje en la relación entre discurso y poder, y iii) *las subjetividades* en juego (Escobar, 1997).⁸

⁷ Como es sabido, no es posible aludir al “desarrollo” como si se tratara de un proceso estandarizado o uniforme, pero sí ubicar el despegue de este andamiaje, y la instauración de un discurso y una práctica canónica, en el período post Segunda Guerra Mundial; en el discurso instituido el desarrollo asume el carácter de parámetro “universal” de diseminación del progreso.

⁸ Consúltense Hobart, 1993; Escobar, 1997; Ramírez, 1999; Viola, 1999.

Asimismo, desde los años ochenta en adelante en el marco de los organismos internacionales se va consolidando un campo de preocupaciones evocado como “utilización del conocimiento”. En este contexto, y en el entender de Carol Weiss (1999), la noción de “uso” del conocimiento remitiría a “[...] toda consideración seria de los resultados de la investigación, tanto si se emplean como si no”. Sin embargo, y pese a esta connotación válida, la idea de “uso” es puesta recurrentemente en entredicho por su potencial sesgo funcionalista. Dentro de esta misma plataforma será subrayada la necesidad de rever los criterios que han predominado en las evaluaciones sobre las “influencias” de los estudios sociales en el diseño y ejecución de políticas (Auriat, 1998); inquietud fundada alrededor de dos interrogantes centrales: i) si existe o no una relación directa entre calidad de los estudios y “utilización” de los mismos; ii) y en qué medida las esferas político-decisorias toman en cuenta las lecturas y recomendaciones que realizan los investigadores (Weiss, 2004, p. 2).⁹ La insistencia en estos puntos está amparada en la convicción de que las instancias político-decisorias manifiestan resistencias para recuperar las informaciones, conocimientos y recomendaciones derivados de los estudios/diagnósticos que, paradójicamente, demandan y, en muchas ocasiones, financian.

Es evidente, entonces, que estas líneas apuntan con mayor énfasis que en el pasado a saldar las debilidades identificadas. Mejorar la calidad de las evaluaciones y potenciar la aplicabilidad del conocimiento social aparecen como premisas estratégicas para contrarrestar la ya mencionada escasa “influencia” directa de los estudios en el diagrama de políticas. En la misma dirección, se tiende a revalorizar e intentar instalar la “evaluación” sistemática así como a adecuar las metodologías y técnicas, comenzando por

⁹ Los organismos internacionales y los centros de investigación regional han jugado un papel destacado en la consolidación de estos cruces a través de una serie de acciones como: reuniones de expertos; discusión de agendas de investigación y de gobierno; formación, capacitación y gestión; elaboración de proyectos; difusión de publicaciones y documentos de trabajo.

ampliar la visión cualitativa frente a la cuantitativa hasta no hace mucho tiempo dominante.

En lo que concierne a la instrumentación de la “evaluación” de políticas públicas a nivel de los gobiernos, también se observan serias dificultades y no son pocos los autores que advierten sobre esta realidad (García Delgado y De Piero, 2001; Lahera, 2004; Medellín Torres, 2004). Si bien las administraciones realizan seguimientos (corrientemente del gasto), no se los puede considerar “evaluaciones” en sentido estricto. Esta afirmación es válida siempre y cuando se acuerde con la idea de que se trata de un proceso —y no sólo de una herramienta operativa puntual— en que se reconsideran los criterios de formulación, organización y gestión de una política; en el cual pueden ser sopesadas las acciones en relación con los problemas sociales, evaluando en qué medida los cursos de acción contribuyen a mejorar las condiciones de ciudadanía.

Teniendo como horizonte el panorama descrito, no es casual que en el escenario de los años noventa estos dilemas hayan quedado más expuestos que en el pasado, si se considera además de lo ya dicho:

- i) Que las políticas públicas, y en particular las políticas sociales, asumen gran protagonismo en el espacio público en razón del declive que sufre el “Estado de bienestar” luego de décadas de “dominio” neoliberal, que desembocaron en mayores niveles de pobreza, desigualdad y exclusión.
- ii) Que se hace más evidente que en otros períodos históricos la íntima relación que se construye entre pensamiento (enunciado como “pensamiento único”) y realidad; afirmándose el impacto que tienen las “ideas” en la direccionalidad de la acción política, sobre todo cuando ciertos ideales que provienen del campo de las ciencias son asumidos como sostén hegemónico (Bloj, 2002).

Tampoco resulta azaroso que la reflexión en torno de estos nexos se vigorice en paralelo al aumento y a la diversificación de la demanda de científicos sociales en diferentes áreas y niveles de go-

bierno. Esta disposición que, a primera vista, pareciera estar sustentada en la valoración del aporte del conocimiento “científico” al campo de las políticas podría ser, al mismo tiempo, objeto de reservas en tanto que no estaría ajena a:

- i) la crisis de legitimidad que sufre la clase política en América Latina;
- ii) la necesidad de desmontar las secuelas del ordenamiento neoliberal (pobreza, exclusión social, desempleo);
- iii) el viraje de orientación de las políticas sociales (de la universalización a la focalización), y
- iv) en líneas generales, los efectos regresivos que identifican a los tiempos del ajuste estructural y de las reformas.

2. La investigación como “práctica sociointelectual” y sustento de la acción

En cualquier momento dado, naturalmente, *la “ciencia social” consiste en lo que están haciendo los científicos sociales* debidamente reconocidos; pero no todos ellos están, de ningún modo, haciendo lo mismo; en realidad ni siquiera hacen cosas del mismo género [...] (W. Mills, 1994, p. 38).

Genéricamente, todo proceso de investigación se constituye en un tipo de práctica social e inaugura una relación dialógica singular en el punto donde convergen los “otros” con el investigador. Una actitud clave que deriva de esta especificidad es el ejercicio de una suerte de “introspección” continua, cuyo epicentro es el proceso mismo de construir conocimiento, así como las limitaciones y condiciones requeridas para llevarlo a cabo.

Se diría que la investigación social en particular se orienta a comprender los signos de la época y la génesis y desarrollo de los procesos sociales; a deshilar lógicas, lenguajes, significaciones, y representaciones colectivas; a visibilizar dimensiones ignoradas/negadas de los fenómenos y de las relaciones de poder subyacentes. Pero, como es obvio, aquí no se agota la descripción de obje-

tos ni el abanico de “prácticas intelectuales”¹⁰ susceptibles de ser incluidas en esta órbita. Los estilos de trabajo son diversos y en ocasiones se confrontan, y es posible reconocer la existencia de diferentes enclaves epistemológicos, teóricos, y ético-políticos desde donde se legitima el “hacer” investigativo. Es dentro de esos límites que ciertas modalidades de construir conocimiento, y de circulación de éste, son aceptadas, y otras impugnadas. El eje temporal no es menos significativo si se toman en cuenta los dilemas que se han planteado en el interior de las ciencias sociales; los horizontes cognoscitivos y los criterios de científicidad han sufrido quiebres y transformaciones a lo largo de la historia y si, en un momento dado, ciertos “axiomas” han devenido hegemónicos, en otros momentos se han puesto en entredicho al punto de ser desechados.

En todo caso, es importante subrayar el hecho de que las “ocupaciones” dentro de las ciencias sociales, la “profesionalización” y la consecuente trama académico-profesional de competencias se han diversificado y han crecido exponencialmente en las últimas épocas. Esto se deriva, en parte, de una legítima dinámica expansiva de inserción de las disciplinas en el medio; de otra parte, de los requerimientos impuestos desde las esferas políticas, frente a los cuales un conjunto de profesionales ha puesto al servicio de los gobiernos saberes y destrezas con una disposición crítica restringida; contribuyendo a oscurecer en muchos casos:

- i) La apelación al conocimiento, por parte de las administraciones de gobierno, como vía para legitimar sus cuestionados desempeños.
- ii) La escasa, si no ausente, voluntad política (quedando en un plano meramente formal) de apropiarse, a la hora de la toma de decisiones, de las recomendaciones derivadas de los estudios.

¹⁰ La idea de “prácticas intelectuales” es recuperada aquí tal como la formulara Daniel Mato. El autor insiste en desprenderla de una identificación exclusiva con la investigación académica y la escritura ensayística, proponiendo un sentido más amplio y diversificado que remite a la idea de: “lo que hacen/mos los intelectuales” (2002, p. 25).

Daniel Mato asocia este estilo de “profesionalización” a la consolidación de “ideas modernizadoras” de inspiración posmoderna (2002, p. 23).¹¹

En líneas generales, la participación de los científicos sociales en el ámbito de las políticas conduce a replantear constantemente las preguntas acerca del lugar a desempeñar y de cómo el conocimiento se inscribe en este universo. En tal sentido, este estilo de inserción profesional no puede ser definido a partir de un cuerpo estático de requerimientos, axiomas directrices, y respuestas estratégicas susceptibles de ser valoradas a priori en su totalidad; es necesario explorar las circunstancias particulares en que se producen los nexos y las condiciones que enmarcan la experiencia.

Otro aspecto a considerar es que no siempre está en juego en estos contextos de actuación el hecho de “investigar” en sentido estricto; es decir, a menudo las demandas desde las esferas decisorias no se inclinan a estimular la producción de conocimientos en los términos concebidos desde la “academia”. En este punto, es fundamental tener en cuenta la distinción que realiza Morin entre “información y conocimiento”, reforzando la presunción de que son dos niveles de realidad que no debieran ser indiscriminados (1995, p. 152). Partiendo de un reconocimiento semejante, y señalando un aspecto medular de la problemática, Irma Arriagada (1996) puntualiza la necesidad de reparar en la relación entre información, conocimiento y políticas públicas, insistiendo en que no siempre los resultados de las investigaciones pueden ser incor-

¹¹ Respecto de la situación argentina de los años noventa, y de la región, no son pocos los autores que ponen en evidencia la imposición de un *esquema gerencial* en las políticas sociales (Clemente, 2003, p. 79); el pasaje desde políticas universalistas hacia el paradigma “gerencial-neoinstitucional” (García Delgado y De Piero, 2001), y cómo cierto grupo de científicos sociales colaboró activamente en la construcción de hegemonía del “pensamiento único”, quedando entrampados en una suerte de: “[...] profesionalismo practicista que interpeló a sus agentes (investigadores y profesionales del campo) como meros solucionadores de problemas concretos, que sin lugar a dudas afectan a la gente” (Grassi, 2004b).

porados de manera directa a esas políticas públicas, o transformarse en políticas.¹²

El requerimiento enunciado como “demanda de conocimiento” puede encubrir diferentes experiencias cognoscitivas: “informativa”, vinculada fundamentalmente a los resultados de aproximaciones cuantitativas (datos, cifras, estadísticas); “develadora”, que involucra la consideración de la dimensión subjetiva y simbólica de los procesos y problemáticas en cuestión; “convergente”, donde se cruzan “datos” con saberes construidos en el desarrollo de una investigación. Asimismo, no siempre el conocimiento llega directamente de la mano del cientista social y a partir de estudios elaborados ad hoc; también es frecuente que se rescaten estas contribuciones de manera indirecta, a través de la escritura científica, del debate público, de los medios de comunicación, etcétera.

Por último, habría que insistir en que la injerencia de las ciencias sociales en problemas de agenda pública no implica forzosamente desentenderse del rol político que asume, especialmente cuando está en juego la toma de decisiones. Por el contrario, debiera suponer una responsabilidad ética adicional para quienes lo afrontan: un compromiso con el fortalecimiento de la condición ciudadana y la vigilancia de que el papel a desempeñar no contribuya a legitimar acciones del poder político que vayan en detrimento de las poblaciones y los grupos sociales. Estos dilemas sitúan recurrentemente a los investigadores frente a interrogantes de la talla de los que formula Escobar (1997): ¿cómo comportarnos como productores de conocimiento?, y ¿cómo se articula una ética de conocimiento especializada considerada práctica política?

¹² Se coincide con la autora al admitir que “[...] la investigación que se realice con el objetivo de diseñar políticas públicas tenga un punto de partida diferente que el investigador académico tradicional en la medida que *el campo de los problemas está acotado por lo que el conjunto de actores sociales considera como ‘problemas’*. Para que estos aspectos de la investigación social, del diagnóstico social sean incorporados en el diseño de políticas se debe, en primer lugar, proporcionar la información que permita identificar problemas que deben ser vistos como tales por los encargados del diseño y ejecución de políticas públicas. Es decir, que permitan la acción [...]” (1996, pp. 192-193).

3. Representaciones colectivas, “sentido común” e imputaciones cruzadas

Se reconoce en el discurso social, y particularmente en ámbitos político-institucionales, una presunción bastante instalada respecto de que “la universidad y las ciencias sociales permanecen ajenas a los problemas de la realidad” (Grassi, 2004b). Algunas razones de peso habrá para que tal significación circule pero, contrariamente a tal presunción, el pensamiento social no está desvinculado a lo que acontece por fuera de los ámbitos de producción y transmisión de conocimiento. Sería un despropósito alegar tal nivel de autonomía o aislamiento, tratándose de ámbitos del saber cuyos núcleos anclan, justamente, en la acción colectiva, en las experiencias sociohistóricas, en los vínculos societales. Y sea reconocido explícitamente o no, en toda producción de conocimiento subyace un compromiso del investigador con los procesos y fenómenos, ya sea atendiendo al horizonte epistemológico (teórico-político) desde donde observa y conceptualiza como a su propia condición de sujeto social envuelto en una práctica y una trama relacional singulares.

Es en los centros de formación e investigación donde se configuran y transmiten las representaciones en torno de lo que “deberían” involucrar el saber disciplinar y la práctica profesional. Y si bien allí coexisten discursos científicos y políticos dispares, el “sentido común”¹³ más extendido tiende a privilegiar algunas prácticas intelectuales frente a otras, y en el caso de las ciencias sociales generalmente las impugnaciones recaen sobre las “ocupaciones” que se desarrollan en ámbitos extraacadémicos y, especialmente, las vinculadas a los niveles político-decisionarios.

Es evidente que ciertos reparos están fundados en evidencias inapelables, pero otros tantos en desconocimientos y prejuicios,

¹³ Se toma la categoría de “sentido común” tal como la define Elsie Rockwell: “El ‘sentido común’ es un conjunto múltiple, heterogéneo, que incluye tanto mitos y certezas como conocimientos y concepciones acerca de ‘lo real’” (1987, p. 44).

lo que conduce a radicalizar equívocamente la frontera entre el “adentro” y el “afuera” de la academia. Se distinguen algunos rasgos comunes dentro de este “sentido común” académico:

- La convicción de que no sólo existen diferencias entre lógicas, intenciones y condiciones de producción entre uno y otro campo, sino que éstas devienen irreconciliables.¹⁴
- La creencia en que la investigación, canalizada académicamente, supone la construcción de un conocimiento riguroso per se, mientras las condiciones de producción que imponen los espacios político-decisionarios conducen necesariamente a resignar tal rigor.
- La idea de “liviandad” asociada a la generación de conocimiento en el marco de la gestión de políticas y de la toma de decisiones. Supuesto amparado en la proliferación de diagnósticos elaborados ad hoc y con un perfil excesivamente superficial; estudios cortos, derivados de metodologías y técnicas que no se ajustan a la naturaleza de los problemas a tratar (CLACSO, 1997).
- *¡Dime lo que sabes pero no lo que piensas!* La percepción de que las demandas desde las esferas político-decisionarias se dirigen hacia la obtención de información y de “datos” descontextualizados, así como de una suerte de suspensión del juicio crítico del investigador.
- La presunción de que “intervenir”, vía la participación directa en el diseño, ejecución o evaluación de políticas sociales, implica renunciar sin atenuantes a principios éticos que se suponen consustanciales a toda investigación social.

¹⁴ Como se ha mencionado, esta percepción trasciende las fronteras académicas. Un ejemplo elocuente se identifica en el discurso de un representante sindical acerca del vínculo con el Estado: “Son dos paradigmas tan diferentes los que manejamos que nunca vamos a poder dialogar bien”. Seminario Oportunidades Laborales y Equidad de Género en el Sector Financiero de Chile, (CEPAL, Santiago de Chile, enero de 2005), <www.eclac.cl/mujer/proyectos/gtz/Default.htm>.

- La dificultad para asumir que es necesaria la participación de los investigadores a lo largo de todo el desarrollo de una política, desde la identificación de los problemas sociales hasta la evaluación de una política, pasando por las recomendaciones para afrontarlos.
- La relativa valoración respecto del aporte del conocimiento social a la toma de decisiones, razón que explicaría por qué los estudios y las recomendaciones son apropiados limitadamente, cuando no ignorados.

Ahora bien, los recelos no son unilaterales. Es indudable que el potencial crítico y develador de las ciencias sociales en ocasiones suele desencadenar “incomodidades” en las esferas decisionarias al ser percibido como una interpelación (más o menos explícita) a la ética de las acciones políticas, más allá de que también se pueda interpretar como expresión del desconocimiento de los académicos respecto de las lógicas que rigen el campo político. Las sospechas que recaen sobre los científicos sociales hacen pie en diferentes núcleos. En primera instancia se hace visible la relativa “confiabilidad” que despiertan quienes proponen un abordaje cualitativo, a diferencia de la valoración de que son quienes trabajan a partir de “datos duros” provenientes de fuentes estadísticas y con metodologías cuantitativas. Asimismo, frecuentemente se les imputa:

- Rigidez para adecuar los estudios a las circunstancias concretas por las cuales se los demanda y para responder con celeridad de acuerdo con los tiempos que exigiría la toma de decisiones.
- Excesivo nivel de abstracción para dar cuenta de las encrucijadas y los problemas sociales acuciantes.
- Escasa flexibilidad para “negociar” los desvíos que se pueden producir en el proceso, desde la formulación hasta la ejecución efectiva de un proyecto o una política.

No habría razón alguna para negar las particularidades que identifican a cada campo ni para desconocer las tensiones deriva-

das de la convergencia entre campos.¹⁵ De todas maneras, hacer hincapié aquí en las dificultades no responde al interés de cristalizarlas como obstáculos insalvables. Pero sí es necesario perturbar la certidumbre (ingenua) de alcanzar acercamientos dialógicos de cualquier tipo sin interferencias, a la vez que cuestionar los determinismos que atentan contra la posibilidad de generar vínculos productivos y éticos entre investigadores y decisores. No todas las coordenadas están dadas de antemano, sino que se van delineando en el movimiento y en las experiencias en curso. Toda acción, y toda representación sobre ella, deja entrever un costado incompleto e irrepresentable a priori (Bloj, 2004), y afrontar estas condiciones “inciertas” de producción es parte de la tarea a desempeñar.

4. Problemas de investigación, problemas de gestión

Para situar la cuestión de los problemas de investigación y de agenda, es importante remitir a una categoría como la de “cuestión social”, la cual hace referencia a aquellos núcleos problemáticos presentes en una sociedad, tales como desigualdad, desocupación y pobreza, que alcanzan hegemonía en determinados períodos y que ocupan un lugar destacado en el debate público, en el pensamiento social y en las preocupaciones de gobierno. Estos “problemas de época” (Grassi, 2004a, p. 39) son dinámicos y en la medida en que sus modalidades de expresión varían también se modifican las estrategias para afrontarlos desde el Estado y desde la sociedad.

¹⁵ Weiss (2004) plantea que: “Es comprensible que los sociólogos se sientan renuentes a exponer sus trabajos a la crítica de legos que pueden tener un criterio groseramente utilitario de la ‘utilidad’ social —el tipo de criterio según el cual la mayoría de las humanidades, junto con todo cuanto parezca investigación social ‘básica’ o ‘teórica’, ha de ser descartado de forma sumaria—. De modo análogo, se comprende que los decisores sean renuentes a rendir cuentas de sus planes básicos a científicos que, a su vez, no tienen que rendir cuentas directamente a nadie. Sin embargo, esta búsqueda de nuevas formas de responsabilidad, por elusiva que pueda parecer, constituye el meollo mismo de todo intento serio de realzar la visibilidad y fortalecer la pertinencia política de la ciencia social”.

Alrededor de cómo conceptualizar la “cuestión social” se distinguen en la literatura, al menos, dos visiones encontradas. Por una parte, la idea de que se trataría de “una disfunción superable”, temporal, y por otra parte, pensando en términos estructurales, que las desigualdades y la pobreza están inscritas en el corazón mismo del modelo de acumulación imperante (Rozas Pagaza, 2003, pp. 12-13). Asumir alguna de estas perspectivas tiene consecuencias en el terreno de las políticas porque, tal como lo formula Grassi:

La cuestión social es una cuestión política desde su enunciación (1); desde el momento en que su emergencia y los problemas enunciados son resultado de la lucha social (2); y desde el momento en que deviene cuestión de Estado y estatización de las intervenciones sociales (3). Es decir, al mismo tiempo, totalización y encauzamiento del conflicto [...] (Grassi, 2004a, pp. 40-45).

La “cuestión social” hace las veces de horizonte desde el cual identificar los “problemas sociales” de época.

En la práctica de investigación, la construcción del problema es clave tanto al inicio como a lo largo del proceso.¹⁶ Los problemas de investigación nacen como interrogantes cuyas fuentes pueden ser diversas (reflexión teórica, experiencia cotidiana, debate público, observación intencionada) y son delimitados en un proceso arduo en el cual el investigador fija los límites del interés de conocimiento (espacialmente, temporalmente, conceptualmente) y desagrega sus objetivos. Una vez construido y enunciado, el problema deviene en la pregunta disparadora de la investigación. Pero Mancuso hace referencia, también, a que existen *matices de*

¹⁶ Mancuso lo plantea del siguiente modo: “[...] una investigación científica es un problema permanente, constante, sin solución de continuidad. Es decir: nace de un problema, se desarrolla como un problema que se problematiza, para llegar a una solución o resolución que, técnicamente, es un nuevo problema el cual a su vez, puede desencadenar, mediata o inmediatamente, una sucesión incontrolable de nuevos problemas totalmente imprevisibles” (1999, p. 83).

problematicidad definidos de acuerdo con el tipo de investigación de que se trate. Dentro de esos matices es posible incluir el aporte del conocimiento social a la construcción de los problemas de agenda pública y a los lineamientos de política.

Por su parte, en el andamiaje político-institucional, los problemas se admiten como “dados”, como “carencias” ostensibles frente a las cuales es menester encontrar soluciones de corto plazo.¹⁷ Frecuentemente, en la lógica de las “carencias” se encubren las condiciones situacionales en las cuales se vuelven “problemas”.¹⁸ Al respecto, Susana Hintze (1996) advierte con muy buen criterio que si un problema social es valorado sólo por sus manifestaciones visibles se corre el riesgo de que queden fuera de consideración las interrelaciones que subyacen a su emergencia y expresión.

Las modalidades de concebir e identificar los problemas tienen también sus derivaciones en cómo se construye el “sujeto de las políticas”; en el campo de las políticas públicas suele presuponerse un rol pasivo en la definición de prioridades a afrontar y en la búsqueda de alternativas a tal fin, deviniendo, así, casi exclusivamente en “sujeto de demanda”. Siguiendo la argumentación de Hintze, o bien se refuerza la construcción de “destinatarios” de la oferta del Estado o bien se tributa en la dirección de concebir a la población como:

[...] gestores colectivos de una demanda por bienes y servicios que los incluya tanto en el diagnóstico de los problemas

¹⁷ En esta perspectiva, “carencias” implica necesidades que los proyectos sociales deben apuntar a solucionar.

¹⁸ Hugo Zemelman plantea que si se acuerda en que las ciencias sociales tienen un papel activo y una responsabilidad ética como soporte de la toma de decisiones, habría que preguntarse a qué proyecto social contribuyen y qué significa construir un problema o preocuparse por temas tales como la pobreza, la gobernabilidad, etc.: “Una posibilidad de respuesta es contribuir a consolidar el funcionamiento de los poderes establecidos o bien, anticipar proyectos diferentes de sociedad. Lo que decimos coloca en el primer plano de la discusión metodológica lo que significa construir un problema [...]” (2000, p. 108).

que el programa apunta a resolver, en la definición de sus objetivos y los componentes de las prestaciones, como en la gestión y la evaluación de sus resultados a partir de efectivos mecanismos de control social (1996, pp. 1-2).

Así, el desafío que se le plantea al investigador es ver cómo transformar en la acción las concepciones y las prácticas regresivas que rodean a las políticas, y las condiciones en que se elaboran e instrumentan, apuntando a reforzar la participación activa de los grupos sociales en la dinámica de la toma de decisiones. Apuntalar la participación es una vía para garantizar que un problema considerado clave por la población alcance un lugar prioritario en la *agenda pública*, lo cual no siempre ocurre.

Por otro lado, las desinteligencias en torno de los problemas sociales se profundizan en razón de la inclinación hacia autonomizar los problemas ubicándolos en grillas predeterminadas (vivienda, salud, educación) sin mayores conexiones entre sí; esta disposición es agravada por la segmentación y desarticulación entre sectores que exhiben en sus cotidianos las administraciones de gobierno. Esta realidad obstaculiza no sólo el diseño sino la coordinación y el abordaje integral de las políticas.

De lo expuesto se desprende que la reflexión en torno de la definición de un problema social, y de los sujetos de las políticas, no puede estar ausente a la hora de analizar las condiciones en que se trama la intervención de los científicos sociales en estos contextos de actuación/acción.

C. Los estudios de género: impulsando hechos y derechos

En líneas generales, lo que conocemos como “perspectiva de género” alude al análisis de los significados socioculturales y políticos que asumen las relaciones entre varones y mujeres, y a rechazar la idea de mundos separados, autónomos y jerarquizados; a la visibilidad de las discriminaciones que padecen las mujeres en el espacio público y/o privado; a la inclusión de sus derechos; a la

trama de oposiciones y dominaciones instauradas y aún vigentes en nuestra sociedad. Y es notable cómo, en los últimos tiempos, estos enfoques empiezan a ser considerados en las políticas públicas, dando cuenta de que la mirada de “género” tiene un peso distributivo relevante (se trate de presiones hacia el Estado o de derechos alcanzados mediante el ejercicio de prácticas autogestionadas por las propias mujeres).

El “género”, como se ha destacado previamente, constituye un campo pionero en lo que respecta a las interacciones entre investigación, experiencia social, y diálogo con el poder político.¹⁹ En parte, esto se debe a que, en el proceso de consolidación de esta perspectiva, han tributado activamente —aunque no sin conflicto—, tanto la práctica política desde el activismo feminista, las organizaciones no gubernamentales, los organismos internacionales y las mujeres que se desempeñan en roles públicos y en la academia. Si bien no constituye un terreno conceptual y empírico homogéneo, se caracteriza por ciertos denominadores comunes:

- i) una praxis política y social;
- ii) el ejercicio de una práctica interdisciplinaria sostenida (Arriagada, 1996; Rico, 1997; Guzmán, 2002; Mauro, 2004), y
- iii) los alcances como “[...] fuerza modernizadora y globalizadora y que ejerce una importante presión de cambio sobre las instituciones” (Guzmán, 2002, p. 31).

A lo largo de los treinta años de desarrollo de estos estudios en América Latina, y de las experiencias políticas de los movimientos de mujeres, se han suscitado cambios trascendentes en lo que se podría enunciar como la “cuestión social” de género: desde la preocupación por la *invisibilidad social de las mujeres*, las luchas por derechos humanos durante los años setenta y ochenta, “la identidad femenina”, los derechos sexuales y reproductivos, la violencia doméstica, y la reivindicación de la igualdad en todas sus ex-

¹⁹ Consúltense Arriagada, 1996; Rico, 1997; Guzmán, 2002.

presiones y dimensiones (Jelin y Valdés, 1999; De Oliveira y Ariza, 1999).²⁰

En cuanto a las orientaciones predominantes de investigación, si bien han dependido de la tradición de cada país y de las encrucijadas que han rodeado a las mujeres, muchas de ellas se han replicado internacionalmente. La incorporación de los estudios de género a las universidades, sobre todo a nivel de posgrado, y el desarrollo de estudios que asumen esta perspectiva, ha crecido considerablemente, aunque dista de ser suficiente; de hecho es posible constatar la escasez de recursos destinados a tal fin y la limitada incorporación de estos estudios en las currículas de grado.

Tanto desde los movimientos de mujeres como desde la academia y desde los organismos internacionales, se ha venido trabajando sostenidamente para incluir la dimensión de género en las agendas gubernamentales. De aquí no se desprende que las relaciones entre el movimiento feminista y la academia no hayan manifestado dificultades de diálogos. A menudo las mujeres militantes han puesto en entredicho el carácter feminista de las académicas y sus estudios, advirtiendo que considerar a las mujeres en sus estudios no significa asumir necesariamente una perspectiva feminista (Rico, 1997); simétricamente el activismo no ha estado a salvo de cuestionamientos.

Por otra parte, las agendas de gobierno han incorporado en sus plataformas de acción líneas que, sin duda, han sido planteadas desde la investigación, tales como las estrategias de empoderamiento, el reconocimiento de derechos, la lucha contra las discriminaciones y contra la violencia doméstica, la igualdad de oportunidades en el empleo, el respeto a las identidades de género, la equidad de género como condición social. Sin embargo, los

²⁰ La década de 1990 ha sido crucial en lo que respecta a la conquista de los derechos humanos de las mujeres y su incorporación a las agendas de investigación. Los organismos internacionales y los movimientos de mujeres tuvieron un papel preponderante en la integración de estos derechos a la agenda trasnacional, a lo largo de un proceso que se corona con la Plataforma de Beijing de 1995, y que alienta la formulación de políticas públicas y la creación de una institucionalidad de género a nivel nacional (CEPAL, 2004).

discursos no siempre están acompañados de acciones acordes; además, es importante subrayar a este respecto que las disparidades por países siguen siendo muy significativas.

En síntesis, pese a los avances consignados, la base informativa de género y su consideración en el diseño de las políticas sigue siendo deficitaria y dista de encarnar el ideal.²¹ Los niveles de discriminación hacia las mujeres son todavía altos y la restringida participación de ellas en los procesos de toma de decisiones, en los ámbitos políticos y económicos, impulsa a seguir recreando los espacios de reflexión crítica y las propuestas de acción.

1. Conectando espacios y lógicas: hacia políticas laborales con equidad de género

La aproximación al proyecto “Políticas laborales con enfoque de género” es una referencia valiosa en la medida en que ha permitido tensionar en la práctica, y a partir de la lectura de una experiencia concreta, ciertas presunciones en torno de los nexos entre investigación y política. Las actividades del proyecto en general, y el proceso impulsado en la provincia de Córdoba y en su ciudad capital en particular, fueron avanzando en la dirección de contribuir a la formulación de políticas laborales que incluyan el principio de equidad de género y aseguren el ejercicio de los derechos en un ámbito como la salud que manifiesta serias discriminaciones hacia las mujeres. En este sentido, se asumió la perspectiva de género como un instrumento clave para activar el compromiso social de los actores gubernamentales y no gubernamentales.

En función de lo que interesa remarcar aquí, esta experiencia se ha apoyado fundamentalmente en dos pilares, investigación y acciones estratégicas, e ilustra cómo es posible ir construyendo un escenario de entrecruzamientos así como una voluntad política afín con los objetivos del proyecto, tanto a nivel regional y local

²¹ Consúltense Bravo y Rico, 2001; Pautassi, Faur y Gherardi, 2004; Mauro, 2004; Quiñones, 2005.

como nacional. Ahora bien, para llevar adelante el proceso fue necesario contar con una base diagnóstica que reflejara los objetivos predefinidos, tal como lo expresan las autoras:

En el presente estudio se analiza la estructura, característica y distribución del empleo en el sector salud en la provincia de Córdoba, Argentina, así como en su ciudad capital. El interés del trabajo consiste principalmente en indagar, desde una perspectiva de género, el complejo entramado institucional y socioeconómico que caracteriza la provisión de servicios de salud a nivel local, diferenciando las condiciones de trabajo para mujeres y hombres en la jurisdicción provincial y municipal, en el sector público y privado, en las obras sociales y en las organizaciones pública no estatales (Buriyovich y Pautassi, 2005, p. 5).

Es interesante remarcar cómo, a partir de iniciado el estudio, fue posible formular la pregunta fundante: en qué medida *la calidad del empleo se traduce en calidad de atención en salud en el ámbito de la provincia de Córdoba*. Este interrogante, que surge en la etapa pre-diagnóstica con un alcance nacional, se convirtió en una hipótesis central: “la calidad de la atención en salud se encuentra condicionada por la calidad del empleo, con claros efectos en términos de género”. Ello condujo, entre otras consecuencias, a considerar las condiciones del empleo no sólo en el sector público sino también en el ámbito privado, en las obras sociales y en las organizaciones públicas no estatales, abordando la dimensión “objetiva” de las prácticas y las destrezas así como el nivel de las percepciones y representaciones de los actores (Buriyovich y Pautassi, 2006, p. 3).

Más allá de los resultados concretos, que están a disposición en este mismo volumen, la experiencia revela una serie de cualidades diferenciales que interesa resaltar:

- i) El protagonismo que se le ha otorgado a la investigación como fuente para la identificación de los problemas, para la evaluación de las políticas en curso y para mejorar el diseño a futuro.

- ii) La difusión de los estudios en diferentes espacios de circulación, académicos y no académicos.
- iii) La apertura de canales de diálogo entre las instancias políticas y sociales, y la coordinación horizontal y vertical entre diferentes sectores y niveles de gobierno.
- iv) La consideración del “espacio local” como escenario privilegiado, hecho que ha permitido evaluar el impacto local de las reformas a nivel nacional, sistematizar la información y, a futuro, elaborar políticas construidas “desde abajo”, es decir, desde los niveles locales que no siempre logran tener injerencia en las políticas a nivel nacional.
- v) La puesta en acto de una metodología participativa y flexible sustentada en vínculos dialógicos, asociatividad y consenso.

Asimismo, en un nivel más particularizado cabe destacar:

- *La continuidad de un proceso iniciado en el año 2000* cuyas acciones, acuerdos y recomendaciones continuaron hasta finales de 2005. La sostenibilidad en el tiempo ha hecho posible la construcción de vínculos más sólidos entre investigadores, funcionarios, empleados del sector y organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, y como consecuencia de la labor conjunta, fue posible generar un *clima de credibilidad en las acciones del proyecto*, apuntalando la voluntad política de los actores gubernamentales para dialogar, para permitir el acceso a la información existente y para aceptar propuestas que podrían ser instrumentadas en un futuro mediano. Se evidencia, entonces, una capacidad de concertación sin precedentes en el sector, en la provincia y en la ciudad de Córdoba.
- *En lo que respecta a la investigación como uno de los pilares del proceso* interesa subrayar una serie de aristas hacia donde se expanden los aportes:
 - La importancia que han tenido los estudios prediagnósticos para identificar los problemas y las hipótesis centrales,

- y para situar el proceso territorialmente en la provincia de Córdoba y en su ciudad capital, y a nivel nacional.
- El abordaje simultáneo del nivel provincial y local ha sido clave para contar con información de las diferentes escalas de gobierno y para pensar cómo la misma puede ser aplicada de manera coordinada.
- La riqueza y exhaustividad de la información sistematizada y del conocimiento producido.
- La consideración complementaria de dimensiones objetivas y subjetivas de las problemáticas en juego.
- La contribución a desmitificar la ecuación “problemas homogéneos = soluciones estandarizadas”, reafirmando la necesidad de estudios que den cuenta de situaciones regionales y locales particularizadas (aunque en el horizonte de las reformas y políticas a nivel nacional y sus procesos de descentralización).
- La investigación realizada ha inspirado al mismo tiempo una serie de investigaciones centradas en aspectos específicos: el proyecto “Aportes para el diseño de políticas de salud inclusivas: una experiencia de investigación participativa en los espacios locales”, a cargo de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba con el apoyo de la Secretaría de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación; el estudio del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba: “La presencia de la mujer en la profesión médica” (Zárate, 2004), y el estudio “Optimización del manejo de recursos humanos como garantía de calidad de la atención en salud en una Obra Social Universitaria” (Lupo y Grifone, 2004).
- Desde el punto de vista de las *acciones estratégicas* se destaca:
 - El modo en que los estudios, actividades e informaciones del proyecto se han diseminado en diferentes ámbitos gubernamentales y sociales. Ello ha sido objeto de reconoci-

miento y apropiación por parte de las autoridades de los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal) y de las organizaciones sociales.²²

- La firma de acuerdos y convenios como efectos encadenados y fortalecimiento de sinergias. Sólo por citar un ejemplo, la presentación de los estudios en el Consejo Federal de Salud (COFESA), en 2004, ha sido el puntapié inicial para la generación de un espacio de coordinación política e interjurisdiccional del sector. La creación de la Coordinación de la Unidad de Género y Salud, en abril de 2005, dependiente de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es un paso trascendente en la institucionalidad de la perspectiva de género.
- La coordinación de acciones entre instituciones y actores tales como el Consejo Nacional de la Mujer, ministerios de Salud de los diferentes niveles de gobierno, funcionarios del área legislativa de la provincia y la ciudad de Córdoba, empleados del sector, centros académicos y actores de la sociedad civil.

²² Cabe destacar la elaboración del proyecto de ley provincial "Modificación de la Reglamentación de la Ley del Equipo de Salud Humana", ley 7.625, que se fundamenta expresamente en el estudio realizado en el proyecto, y que en lo principal propone: que el personal contratado, transitorio, interino y suplente tenga derecho a licencia por razones de salud; licencia de 15 días para el trabajador varón por nacimiento, adopción o guarda, y la licencia no remunerada por motivos de capacitación. En el mismo sentido el proyecto de ordenanza municipal, presentado ante el Concejo Deliberante de la ciudad de Córdoba, modifica el estatuto laboral de la Municipalidad para que los empleados varones gocen, al igual que las empleadas, de una licencia por paternidad por un período de 10 días. Hasta ahora la norma vigente establece una licencia por maternidad, mientras que para los padres se denomina por nacimiento de hijos y es de 48 horas. Asimismo, en respuesta a la brecha de déficit de información identificada por el estudio, la Dirección de Salud Ocupacional de la Provincia empezó a producir indicadores de ausentismo sobre la base de estadísticas desagregadas por sexo (Aguero, 2005; Burijovich y Pautassi, 2006).

- *En el plano metodológico*, que involucra tanto los estudios como las acciones estratégicas, hay que subrayar:
 - El desarrollo de una experiencia que ha logrado materializar un diálogo y un consenso intersectorial, a partir de una concepción participativa.
 - La complementariedad de enfoques (cualitativo-cuantitativo) a fin de no parcializar los fenómenos y los conocimientos.
 - La circulación amplia del conocimiento y de la información: se visualiza en las presentaciones en foros provinciales y locales, en ámbitos académicos, en reuniones de especialistas y en encuentros interinstitucionales y talleres técnicos.

Hay que insistir nuevamente en que los estudios, y las investigadoras que han estado a cargo de ellos, han ocupado un lugar clave en el proceso desencadenado por el proyecto. Pero no sólo en lo que concierne a la generación de conocimiento, sino en sus desempeños como sujetos que han asumido la responsabilidad de propiciar el diálogo entre el conjunto de actores gubernamentales y no gubernamentales, y de hacer frente a los obstáculos emergentes.

Por último, partiendo de la relación dinámica que existe entre proyecto y proceso sería deseable, y para tal fin parece diseñado, que los logros alcanzados hasta este momento puedan profundizarse en el tiempo; sólo así será posible afirmar que el proyecto se constituyó en proceso-soporte de las acciones emprendidas y futuras. En este sentido, y como en toda experiencia de esta naturaleza, resultaría de gran valor realizar un seguimiento sistemático: estar atentos a si persiste o no la voluntad política de los actores y las condiciones institucionales y sociales para avanzar en las reformas que requiere el sector, y que han sido identificadas y consensuadas.

D. Un balance provisorio

A estas alturas es útil sistematizar algunos problemas recurrentes, asociados a la lógica político-burocrática, que suelen presentarse en los espacios de formulación de políticas:

- *La tendencia a estandarizar, tipificar, y despolitizar los problemas sociales*, ignorando las encrucijadas y las condiciones estructurales en las cuales asumen el carácter de tales.
- *La configuración de un discurso “tecnicista”* dentro del cual la expresión “enfrentar los problemas sociales y encontrar las soluciones” se asocia, casi exclusivamente, a la asignación de recursos y a la relación costo-beneficio.²³
- *La construcción de los sujetos como “beneficiarios”, “destinatarios” o poblaciones-objetivo*; sujetos pasivos de la demanda que supuestamente esperan que se les definan sus alternativas “desde arriba”.
- *La neutralidad del conocimiento*, visualizado como un “insuño” técnico que objetiva los conflictos y permite estandarizar técnicamente las soluciones.
- *El investigador como técnico neutro*. En muchas ocasiones es advertido como portador de un saber neutro y de unas destrezas metodológicas aplicables sin muchos matices a diferentes contextos y procesos.
- *El cientista social como mediador*. Asimismo, puede ser visualizado como un mediador entre las expectativas de los sujetos y las acciones emprendidas, o como una suerte de “decodificador-traductor” en clave burocrática de las expectativas sociales.
- *El proceso de “intervención”*²⁴ es visto como un conjunto de mecanismos y de cursos de acción neutros, lo cual empaña el reconocimiento de las intencionalidades políticas que lo guían. Al mismo tiempo, puede ser diagramado con

²³ Sobre este punto, y contrariamente a la suposición tecnicista, Lahera afirma que: “Cuando no se mejora la política sustantiva de manera integrada, es posible que se gasten más recursos sin que los resultados mejoren, o lo hagan de manera menos que proporcional” (2004, p. 12).

²⁴ De acuerdo con Carballeda, y a distancia de una visión tecnicista, hoy la intervención se presenta como “un espacio de permanente construcción, diálogo, reflexión” (2004, p. 34). El acto de intervenir puede crear las condiciones para generar nuevos acontecimientos haciendo visibles problemas o dimensiones que no se registran o que no han sido incorporados hasta el presente en la agenda pública.

una *externalidad* tal que queda fuera de toda consideración la consulta y participación de las poblaciones y de los sectores comprometidos.²⁵

- *La tendencia a desentenderse de los cambios* que provoca una “intervención”; el desinterés que manifiestan las administraciones de gobierno de realizar una lectura integral de los efectos que desencadenan en la vida social en el corto, mediano y largo plazo.

Sólo si se parte de aceptar que estas eventuales divergencias obstaculizan ostensiblemente los nexos entre decisores y científicas sociales, es posible avanzar en la dirección de generar propuestas superadoras y reencauzar el diálogo, sin abandonar una actitud atenta y crítica y, fundamentalmente, sin ser “cooptado” por la lógica política en la cual suele predominar la búsqueda de un rédito coyuntural.

En esta búsqueda resulta imprescindible dejar planteados algunos cursos de acción así como las orientaciones analíticas que subyacen a ellos.

Respecto de *la construcción/identificación de los “problemas sociales”*, es preciso insistir en la necesidad de contextualizar los problemas en las coordenadas históricas y sociopolíticas en las cuales asumen el estatuto de tales; transformar progresivamente la concepción de los problemas como algo “dado”.²⁶

En relación con *la “institucionalización” de las áreas y las problemáticas*, es fundamental revertir la tendencia a ubicar los proble-

²⁵ En el marco de estos referentes cognoscitivos, y tal como lo expresa Krause: “El término ‘intervención’ habitualmente connota una acción planificada y sistemática desde fuera del sistema y, frecuentemente, desde arriba” (2002, p. 42).

²⁶ Como bien argumenta Hintze (1996), “[...] Un primer recaudo pasa por reconocer que un problema no consiste en sus manifestaciones inmediatas, sino más bien se inicia en ellas [...]”. Por su parte, Javier Moro advierte: “[...] El riesgo de reproducir acríticamente la definición de ‘problemas sociales’, lo que equivale metodológicamente a tomarlos como dados, es mucho más evidente en la tarea profesional de las ciencias sociales que incursiona en las instituciones políticas-gubernamentales” (2000, p. 113).

mas en grillas desconectadas entre sí; a tal fin se requieren cambios que contravengan la tradicional segmentación institucional y sectorial que obstaculiza abordajes integrales y coordinados.

En lo referente a *la construcción de un “sujeto de las políticas”*, la reflexión conjunta debe dirigirse a rever el estatus que se le asigna, ya no a partir de carencias, y con un rol pasivo, sino como sujeto capaz de disputar la transformación de sus condiciones y negociar la búsqueda de alternativas.

En cuanto a *las formas de intervenir* sería muy provechoso instalar la idea de “intervención” como proceso participativo (de convergencia entre investigadores, planificadores, ejecutores de políticas y sociedad civil) y no como esquemas impuestos “desde arriba” y “desde afuera”, o solamente como mecanismo de control. Y, al mismo tiempo, alcanzar *una participación sostenida* de todos los actores a lo largo del proceso de diagramación, instrumentación y evaluación de una política pública.

La consideración de las dinámicas y los tiempos también deviene en un aspecto relevante. Parte del trabajo debe estar dirigido a “conciliar” los tiempos que guían las diferentes lógicas de actuación. Es imperativo atenuar la celeridad que impone el accionar político-institucional en función de acompañarla a los requerimientos de una base de conocimiento sólida y fundamentada, lo que no necesariamente implica caer en diletancias.

En lo que respecta a *las metodologías y las técnicas*, si bien es esencial para la gestión pública contar con información generalizable y comparable, no lo es menos estimular la complementariedad de métodos y técnicas. Hay que insistir en la importancia de acceder al registro de la dimensión cualitativa de los procesos y de la significatividad que asume la dimensión sociocultural. Asimismo, se destaca la importancia de llevar a cabo una *construcción participativa*, partiendo de metodologías de trabajo que permitan la convergencia de actores, para identificar los problemas y visualizar las “soluciones”.

La transferencia de resultados de los estudios debiera también ser optimizada. Esta sugerencia involucra directamente a los investigadores e incluye a las modalidades de escritura y comunicación. Se trata de contemplar que las formas de exposición y circulación del

conocimiento se ajusten a los “públicos” y favorezcan la apropiación de los conocimientos, sin que ello se traduzca en una pérdida de rigurosidad.²⁷

La participación de los científicos sociales en procesos decisivos no debiera agotarse en el momento de la identificación de una situación problemática sino acompañar todo el desarrollo del proceso. En principio, es fundamental instalar en las agendas gubernamentales problemas que suelen ser ignorados, por desconocimiento o por ser encubiertos voluntariamente por las administraciones de gobierno. Otro aspecto a tener en cuenta, a la hora de elaborar recomendaciones dirigidas hacia la toma de decisiones, es la relación existente entre los recursos públicos (que generalmente son presentados como escasos) y las opciones disponibles dentro de esos límites. Finalmente, una última cuestión relevante es la posibilidad que brinda este tipo de inserción profesional de favorecer el diálogo de los ciudadanos con el poder político, sobre todo de sectores que manifiestan serias dificultades para representar sus intereses (Delgado Gutiérrez, 2002, p. 9).

El afianzamiento de los nexos entre investigación, niveles decisivos y sociedad reclama el desarrollo de nuevas prácticas. Es fundamental insistir en las *ventajas comparativas* que supone, para la población y para la toma de decisiones, contar con políticas elaboradas sobre un *sustrato de conocimientos*. En esta dirección se hace imprescindible considerar los *factores y capacidades institucionales y sociales* que obstaculizan o favorecen la instrumentación de una determinada política, y las condiciones para su desarrollo. Asimismo, es de vital importancia *consolidar una voluntad política en la esfera político-institucional y en la sociedad*, puesto que sin la anuencia del conjunto de actores comprometidos no es posible, en principio, habilitar y darles continuidad a procesos de esta naturaleza.

²⁷ Tal como sostiene Arriagada: “Los conocimientos producidos por la investigación social deben permitir la adquisición de destrezas que permitan al actor social —en este caso, funcionario público— actuar de manera informada y realizar una práctica. Para lograr este objetivo se requiere una manera diferente de presentación de los resultados de la investigación” (1996, p. 193).

E. Comentarios finales

Este trabajo no ha tenido, en ningún momento, la aspiración de dejar sentadas pautas que clausuren la reflexión o axiomas generalizables para todo proceso de formulación de políticas, bajo las condiciones más diversas; por el contrario, las limitaciones para dar cuenta de ello están muy presentes. Pero sí intentamos sumar ideas que contribuyan a mantener vigente este debate. En tal sentido, interesa subrayar lo siguiente:

- Las instancias decisorias deben asumir el hecho de que políticas diagramadas sobre una base informativa sólida redundan en el logro de los objetivos propuestos y en la eficiencia para la asignación de recursos (humanos y presupuestarios). Y del lado de los investigadores, abre la posibilidad de desempeñar un rol más activo en la sociedad, apoyando a las poblaciones en sus conflictos y demandas y en el ejercicio efectivo de sus derechos.

Articular productivamente estas lógicas, en los espacios político-institucionales y de cara a los problemas de agenda pública, exige un esfuerzo sostenido en pos de desarrollar políticas menos inmediatistas y más atentas al horizonte de mediano y largo plazo. Para tal fin, es menester trabajar en cercanía a las esferas político-decisionales sin renunciar a la puesta en cuestión de las condiciones imperantes, y pulseando por reorientar los fundamentos y las líneas de actuación.

Las estrategias para alcanzar estos objetivos no son estandarizables en todos sus términos; ellas dependerán de las áreas en cuestión, de las situaciones preexistentes y de las fuerzas políticas y sociales en juego. Sin embargo, es posible sugerir ciertos lineamientos en el rumbo deseado.

Desde el campo político, es imperativo orientar los esfuerzos a:

- i) *Fortalecer las redes socioinstitucionales* y propiciar espacios de encuentro de diferentes sectores y organizaciones de la sociedad civil, en función de recuperar no sólo las demandas y necesidades sino también los saberes locales.

- ii) *Impulsar mecanismos que favorezcan la circulación del conocimiento* y el acceso a la información.
- iii) *Generar las condiciones para organizar espacios mixtos de trabajo* (investigadores, responsables de programas y proyectos, y actores sociales) a fin de consolidar los contactos y de internalizar el valor diferencial que tienen los conocimientos sociales que emanan de los estudios.
- iv) *Producir cambios a nivel de las estructuras de gobierno* orientados a superar las fragmentaciones que entorpecen el diseño y la ejecución de políticas que deben estar intervencionales.
- v) *Erigir la evaluación como práctica sistemática*, entendida no sólo como la ponderación de la relación “costo-beneficio” sino como proceso integral.

En lo que concierne a los investigadores, es menester asumir que los estudios encaminados hacia las cuestiones de agenda pública exigen una adecuación al propósito. Al perseguir este objetivo se requeriría:

- i) *Potenciar desde las universidades espacios de investigación y trabajo*, centrados en las particularidades de producción, en y de la gestión pública.
- ii) Estimular *intercambios más fluidos de información/conocimiento* que involucren a la sociedad en general y a las esferas político-decisionales en particular.
- iii) *Actualizar el debate* en torno de las condiciones de aplicabilidad del conocimiento social en materia de políticas públicas
- iv) *Mejorar las herramientas teórico-metodológicas* para contribuir al diseño y evaluación de políticas.
- v) *Superar progresivamente la desarticulación* entre universidad, políticas y sociedad.

Profundizar los nexos entre investigación y políticas es un camino ineludible si se pretende acercar la toma de decisiones a la base social. En tal sentido, los investigadores que se desempeñan

en este ámbito tienen el compromiso de nutrir constantemente estas reflexiones a partir de nuevas prácticas y de la revisión de las potencialidades y límites de las experiencias pasadas y en curso. Seguramente las tensiones no desaparecerán y, hasta cierto punto, ello constituye una garantía para evitar caer en el error de indiferenciar los campos, y para que los científicos sociales mantengan la independencia necesaria para llevar adelante una interacción productiva y éticamente aceptable.

Referencias bibliográficas

- Agüero, Martín (2005), Presentación del director de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba en el panel “Capacidades institucionales y caminos hacia un mejor empleo en salud”, CEPAL, 29 de septiembre, Córdoba.
- Arriagada, Irma (1996), “Información y políticas públicas”, *El conocimiento como un hecho político*, Virginia Guzmán y Eugenia Hola (eds.), Santiago de Chile, CEM.
- Auriat, Nadia (1998), “Las políticas sociales y la investigación social: reapertura del debate”, <www.unesco.org/issj/rics156/auriatspa.html> [2 de marzo de 2005].
- Bloj, Cristina (2005), “Conocimiento social y políticas públicas: claves para pensar nexos, contratiempos, y alternativas a futuro”, foro “Hacia políticas laborales con equidad de género: el caso del sector financiero en Costa Rica”, CEPAL/Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), 9 de junio, San José de Costa Rica.
- (2004), “La sospecha en el trabajo de campo”, CD IV Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos, Buenos Aires, IDES.
- (2002), “El campo antropológico: ocupaciones, dilemas e identidades de un oficio”. *Revista de Antropología Social*, n° 6, San Sebastián, España, octubre.
- Bourdieu, Pierre y Loïc JD Wacquant (1995), *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, México, Grijalbo.
- Bravo, Loreto y María Nieves Rico (comps.) (2001), “Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina”, *Serie Seminarios y Conferencias*, n° 20 (LC/L.1667-P), Santiago de Chile, CEPAL, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.201.
- Burijovich, Jacinta y Laura C. Pautassi (2006), “Capacidades institucionales para alcanzar la equidad de género en el empleo en salud a nivel local. La experiencia en Córdoba, Argentina”, inédito, Santiago de Chile, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL.
- (2005), “Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas”, *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 60 (LC/L.2250-P), Santiago de Chile, CEPAL, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.8.

- Carballeda, Alfredo (2004), "La intervención en lo social y las nuevas formas del padecimiento", *Escenarios*, Revista Institucional de la Escuela Superior de Trabajo Social, año 4, n° 8, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires.
- Castel, Robert (1997), *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004), *Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe* (LC/L.2114 - CRM.9/3), Santiago de Chile.
- (1998), "Gestión de programas sociales en América Latina", vol. 1, *Serie Políticas Sociales*, n° 25 (LC/L.1114-P), Santiago de Chile, junio.
- CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) (1997), "Balance y perspectiva de las Ciencias Sociales en América Latina y el Caribe. Relatoría final", XVIII Asamblea General.
- Clemente, Adriana (2003), "Conflicto y Sociedad. Tensiones del Trabajo Social después de los '90", *Conflicto e intervención social*, Adriana Clemente y Ana Josefina Arias (comps.), Buenos Aires, Espacio Editorial.
- De Oliveira, Orlandina y Marina Ariza (1999), "Un recorrido por los estudios de género en México: consideraciones sobre áreas prioritarias", trabajo presentado en la Reunión sobre Áreas Prioritarias de Investigación desde una Perspectiva de Género, Taller "Género y Desarrollo", Montevideo, 6 y 7 de septiembre, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID).
- Delgado Gutiérrez, Adriana (2002), "Las políticas sociales en la perspectiva de los derechos y la justicia", Documento presentado en la Reunión de Expertos "El impacto de la reforma de pensiones en Colombia sobre la equidad de género", 31 de octubre y 10 de noviembre, Bogotá, CEPAL.
- Escobar, Arturo (1997), "Antropología y Desarrollo" <www.unesco.org/issj/rics154/escobarspa.html> [26 de julio de 2006].
- Fitoussi, Jean-Paul y Pierre Rosanvallon (1997), *La nueva era de las desigualdades*, Buenos Aires, Editorial Manantial.
- García Delgado, Daniel y Sergio De Piero (2001), "Articulación y relación Estado-organizaciones de la sociedad civil. Modelos y prácticas en la Argentina de las reformas de segunda generación",

- Buenos Aires, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Grassi, Estela (2004a), "Cuestión social: precisiones necesarias y principales problemas", *Escenarios*, Revista Institucional de la Escuela Superior de Trabajo Social, año 4, n° 8, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires.
- (2004b), "Problemas de la teoría, problemas de la política. Necesidades sociales y estrategias de política social", *Revista de Estudios Sobre Cambio Social*, año 4, n° 16, Laboratorio/on line, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, <http://laboratorio.fsoc.uba.ar/textos/16_4.htm> [26 de julio de 2006].
- Guzmán, Virginia (2002), "Las relaciones de género en un mundo global", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 38 (LC/L.1729-P), Santiago de Chile, CEPAL, abril. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.02.II.G.40.
- Hintze, Susana (comp.) (1996), *Políticas sociales: contribución al debate teórico-metodológico*, Colección CEA-CBC, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Hobart, Mark (1993), "Introduction: the growth of ignorance?", *An Anthropological Critique of Development. The Growth of Ignorance*, Mark Hobart (ed.), Nueva York, Routledge.
- Jelin, Elizabeth y Teresa Valdés (1999), "Necesidades de investigación en la temática de género en los países del cono sur", Taller "Género y Desarrollo", Montevideo, 6 y 7 de septiembre, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID).
- Krause, Mariane (2002), "Investigación-Acción-Participativa: una metodología para el desarrollo de autoayuda, participación y empoderamiento", "Experiencias y metodología de la investigación participativa", John Durston y Francisca Miranda (comps.), *Serie Políticas Sociales*, n° 58 (LC/L.1715-P), CEPAL, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.02.II.G.26.
- Laclau, Ernesto y Chantal Mouffe (1987), *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*, Madrid, Siglo XXI Editores.
- Lahera, Eugenio P. (2004), "Política y políticas públicas", *Serie Políti-*

- cas Sociales*, n° 95 (LC/L.2176-P), Santiago de Chile, CEPAL, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.04.II.G.103.
- Lupo, Norma y Marcela Grifone (2004), "Optimización del manejo de los recursos humanos como garantía de la atención de salud en una obra social universitaria", DAPSU, Obra Social Universitaria, Ciudad Universitaria de Córdoba, inédito.
- Mancuso, Hugo (1999), *Metodología de la investigación en ciencias sociales*, Buenos Aires, Paidós.
- Mato, Daniel (2002), "Estudios y otras prácticas intelectuales latinoamericanas en cultura y poder", *Estudios y otras prácticas intelectuales latinoamericanas en cultura y poder*, Daniel Mato (comp.), Caracas, CLACSO y CEAP, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela (FACES).
- Mauro, Amalia (2004), "El empleo en el sector financiero en Chile. Nuevas oportunidades, conocidas discriminaciones", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 58 (LC/L.2172-P), Santiago de Chile, CEPAL, agosto.
- Medellín Torres, Pedro (2004), "La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad", *Serie Políticas Sociales*, n° 93 (LC/L.2170-P), Santiago de Chile, CEPAL, julio. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.04.II.G.99.
- Mills, Wright C. (1994), *La imaginación sociológica*, Buenos Aires, FCE.
- Morin, Edgar (1995), *Introducción al pensamiento complejo*, Marcelo Pakman (trad.), Barcelona, Gedisa.
- Moro, Javier (2000), "Problemas de agenda y problemas de investigación", *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*, Cora Escolar y Silvina Quintero (comps.), Buenos Aires, Eudeba.
- Pautassi, Laura C. (2001), "Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 30 (LC/L.1506-P), Santiago de Chile, CEPAL, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.01.II.G.45.
- Eleonor Faur y Natalia Gherardi (2004), "Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Límites y omisiones para una mayor equidad", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 56 (LC/L.2140-P), Santiago de Chile, CEPAL, mayo. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.04.II.G.68.

- Quiñones Montoro, Mariela (2005), "Demandas de capacitación del sector financiero. Sesgos de género y evaluación por competencias", *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 61 (LC/L.2267-P), Santiago de Chile, CEPAL, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, n° de venta: S.05.II.G.20.
- Ramírez, Franklin (1999), "Más desarrollo por favor", Ponencia presentada en el I Congreso Andino de Antropología Aplicada, Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador/Facultad de Ciencias Humanas y Educación, Quito.
- Rico, María Nieves (2005), Conferencia Inaugural Foro "Capacidades institucionales y caminos hacia un mejor empleo en salud", CEPAL/Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ), septiembre, Córdoba.
- (1997), "Panorama de los Estudios de Género en América Latina", *Zona Franca*, año 5, n° 6, Número Especial: Estudios de Género en la Argentina y Latinoamérica, Rosario, Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres, Universidad Nacional de Rosario.
- Rockwell, Elsie (1987), "Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)", México, Centro de Investigaciones y de Estudios Avanzados del IPN, inédito.
- Rosanvallon, Pierre (1995), *La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia*, Buenos Aires, Editorial Manantial.
- Rozas Pagaza, Margarita (2003), "El conflicto social y sus dimensiones en el abordaje de la cuestión social en la Argentina", *Conflicto e intervención social*, Adriana Clemente y Ana Josefina Arias (comps.), Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Viola Recasens, Andreu (1999), "La crisis del desarrollismo y el surgimiento de la antropología del desarrollo", *Antropología del desarrollo. Teorías y estudios etnográficos en América Latina*, Andreu Viola Recasens (comp.), Barcelona, Paidós.
- Weiss, Carol (2004), "Los efectos de las investigaciones en la política: monografías en torno de los vínculos entre ciencias sociales y políticas públicas", *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, n° 179, Unesco, <http://portal.unesco.org/shs/es/file_download.php/e54dd079df56bb21c3c55bbe6fba1e51fulltext179spa.pdf> [27 de enero 2005].

- (1999), “Factors that improve the use of research in social policy: case studies”, Research design for a Unesco/MOST Programme Project, <www.unesco.org/most/weiss.htm> [27 de enero 2005].
- Zárate, Concepción (2004), “La presencia de la mujer en la profesión médica”, Ethica Documentos, *Revista Ethica*, n° 58, Córdoba.
- Zemelman, Hugo (2000), “Conocimiento social y conflicto en América Latina. Notas para una discusión”, *Observatorio Social para América Latina (OSAL)*, año 1, junio, Buenos Aires, CLACSO.

Los autores

Susana Belmartino

Doctora de la Universidad de Aix-Marsella, investigadora del Consejo de Investigaciones y profesora de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario. Entre sus numerosos libros destacan: *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico*, International Development Research Centre (2000); *La reforma de la atención médica en escenarios locales*, Lugar (2003) y *La atención médica argentina en el siglo xx. Instituciones y procesos*, Siglo XXI Editores (2005).

Cristina Bloj

Antropóloga Social, Magíster en Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Universidad Complutense de Madrid, candidata a doctora en el Programa “América Latina Contemporánea” del Instituto Universitario Ortega y Gasset de Madrid, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Rosario. Entre sus publicaciones destacan: “En las arenas de las asambleas barriales argentinas: ciudadanías, subjetividades y rumbos en pugna” (2005, en prensa); “Presunciones acerca de una ciudadanía ‘indisciplinada’: asambleas barriales en la Argentina”, en *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*, Universidad Central de Venezuela (2004); “El campo antropológico: ocupaciones, dilemas e identidades de un oficio”, en *Revista de Antropología Social* (2002).

Jacinta Burijovich

Psicóloga especialista en Psicología Sanitaria, máster en Administración Pública en Salud de la Universidad Nacional de Córdoba, jefa de Investigación Sanitaria y Epidemiológica del Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba, investigadora del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública. Entre sus publicaciones destacan: *Modernidad y política social: el sector salud*, Cuaderno de Trabajo del IIFAP (2001); “La salud de las mujeres: malestar psicológico, factores psicosociales y servicios de salud”, *Mujeres y salud mental. Los espejos de la desigualdad*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (2001); “La reinención del Estado cordobés: una ‘reingeniería’ de la ciudadanía”, *Revista Administración Pública y Sociedad* (2001).

Flavia Marco

Abogada, magíster en Derecho Económico de la Universidad de Chile, posgrado en Estudios de Género y Sociedad de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, FLACSO. Experta en la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL. Sus últimas publicaciones son: “El trabajo de cuidado no remunerado y los sistemas de protección social en América Latina”, *Revista Nómadas*, Universidad Central de Bogotá (2006); “Políticas de empleo en la planificación turística local de Ecuador. Herramientas para su formulación”, *Serie Mujer y Desarrollo*, CEPAL (2005); *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género* (coord.), Cuadernos de la CEPAL (2004).

Laura C. Pautassi

Abogada, especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Doctora en Derecho y Ciencias Sociales, investigadora del CONICET, docente de posgrado. Entre sus publicaciones destacan: “Política Social en Argentina: ¿sustancia o procedimiento?”, *Escenarios* (2006); “El derecho de las mujeres a la salud”, *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en la Argentina*, ELA/Biblos

(2005); “Legislación previsional y equidad de género en América Latina”, *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género*, CEPAL (2004); “¿Un mercado en retracción? El empleo en el sector salud en la Argentina desde la perspectiva de género”, *Serie Seminarios Salud y Política Pública*, CEDES-OPS (2003).

María Nieves Rico

Antropóloga Social de la Universidad Nacional de Rosario, magíster en Sociología del Desarrollo, ISDIBER, España; magíster en Desarrollo y Administración Local (Madrid), diplomada en Relaciones Internacionales (Madrid), candidata a doctora en Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, Oficial de Asuntos Sociales de la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL. Entre sus publicaciones destacan: *Opposing Currents. The Politics of Water and Gender in Latin America*, University of Pittsburgh Press (2005); “Fecundidad y trabajo femenino”, Université Paris X Nanterre-CEPAL (2004); “The institutionalization of the gender approach in ECLAC”, Zed Books (2003).

Graciela Rosso

Médica de la Universidad de Buenos Aires, diputada nacional por la provincia de Buenos Aires (2005-2009). Especialista en administración y reumatología. Se desempeñó en cargos de función pública, entre los que destacan: viceministro de Salud, secretaria de Políticas y Regulación Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación (2003-2005); secretaria de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación (2002-2003); Subsecretaría de Coordinación del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente (2001); interventora general del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (2000-2001); directora de Salud de la Municipalidad de Luján, provincia de Buenos Aires (1989-1991).

Mario Rovere

Médico sanitarista, ha sido Director de Hospital y de Zona Sanitaria en la provincia de Salta, Director de Planificación en Salud

de la Ciudad de Buenos Aires, Consultor Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS para los países del área andina y Secretario de Políticas Sociales de la Nación. Actualmente es docente de posgrado de la Universidad de Buenos Aires, la Universidad Nacional de Rosario y FLACSO.

Agradecimientos

Las coordinadoras de este libro agradecen a Sonia Montaña por su apoyo a la concreción de esta publicación, a Guillermo Cruces y Jürgen Weller por su lectura y comentarios al manuscrito, a Laura Pautassi por la coordinación de los autores en la Argentina, y a Nadia Prado por su cuidadosa edición.

