

Este documento ha sido descargado de:  
This document was downloaded from:



*Nulan*

**Portal *de* Promoción y Difusión  
Pública *del* Conocimiento  
Académico y Científico**

**<http://nulan.mdp.edu.ar> :: @NulanFCEyS**

**+info <http://nulan.mdp.edu.ar/2465/>**

## Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo

*Heterogeneity and gender inequalities in Health Sector: between statistics and perceptions about working conditions*

### Eliana Laura Aspiazu RESUMEN

[eliaspiazu@yahoo.com.ar](mailto:eliaspiazu@yahoo.com.ar)

CONICET; Grupo de Estudios del Trabajo; Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina

Recibido: 8 | 10 | 15  
Aceptado: 30 | 1 | 16

La Salud es una actividad que se caracteriza por su heterogeneidad, por tener una gran carga de cuidado en sus tareas y estar compuesta mayormente por mujeres, a la vez que es atravesada por múltiples déficits en las condiciones laborales y profundas desigualdades de género. Este artículo indaga sobre las condiciones laborales en el sector de la salud desde una perspectiva de género, a partir de datos estadísticos disponibles y de entrevistas en profundidad a trabajadores/as y dirigentes sindicales de la Salud. El análisis triangula datos cuantitativos y cualitativos acerca de las desigualdades en la inserción laboral entre varones y mujeres y las percepciones y discursos predominantes en el ámbito sindical al respecto, con el objetivo de identificar avances y limitaciones en la incorporación de un enfoque de género en el sector.

**Palabras clave:** Sector salud; Condiciones de trabajo; Género; Desigualdades.

### ABSTRACT

Health is an activity that is characterized by its heterogeneity, with a great burden of care in the tasks and is composed mostly by women, while it is crossed by multiple deficits in working conditions and deep gender inequalities. This article investigates working conditions in the health sector from a gender perspective, from available statistics and in-depth interviews to workers and union leaders. The analysis combines quantitative and qualitative data about inequalities in the labor market between men and women and the perceptions and discourses about the labor field, in order to identify progress and constraints in mainstreaming a gender perspective in the sector.

**Key words:** Health sector; Work conditions; Gender; Inequalities.

## INTRODUCCIÓN

El género es una construcción social y cultural que, históricamente, fue delimitando espacios y roles diferenciados para varones y mujeres, legitimando el sistema de dominación masculina. A través del género se conceptúan las características sociales y psíquicas que construyen los patrones de identidad, los modelos, los estereotipos, las conductas socialmente reconocidas de lo que “debe ser” una persona respondiendo a su sexo biológico. Por lo tanto, varones y mujeres en las sociedades tienen delimitado (e impuesto) tiempos, espacios, responsabilidades y trabajos diferentes.

Analizar una problemática social desde la perspectiva de género implica indagar en cómo afecta de modo diferencial a varones y mujeres, en tanto posibilita deconstruir la legitimación y consolidación histórica de las desigualdades sociales fundadas en “lo biológico”; que en las sociedades occidentales se caracteriza por asignar menor valor y jerarquía a lo femenino. Asimismo, permite pensar políticas y herramientas para enfrentar la desigualdad, teniendo en cuenta las necesidades particulares y pensando en soluciones que aporten a la justicia y la equidad.

Observar el mundo del trabajo desde una mirada de género permite identificar inequidades y situaciones de desventaja para las mujeres. En este sentido, existe consenso en la academia acerca de que el aumento gradual y sostenido de la actividad laboral femenina representó un avance en el camino hacia la igualdad de derechos y oportunidades entre varones y mujeres; a la vez que persisten profundas desventajas para la inserción de las mujeres que se traducen en indicadores labores de desigualdad. Las mujeres continúan concentrándose mayormente en ciertas ramas de actividad vinculadas con los servicios, están más expuestas a la vulnerabilidad laboral, ya que su presencia es relativamente mayor en el trabajo a tiempo parcial, en el empleo asalariado no registrado, en las tareas menos calificadas, en los trabajos temporarios y en ocupaciones con menos valoración social y, por lo tanto, menor retribución económica (Actis Di Pasquale y Lanari, 2010; Novick et al, 2008; OIT, 2009; Pautassi, 2001; Wainerman, 2007).

En este contexto se inserta el sector de la Salud como una actividad con una alta carga de cuidado en sus tareas y un gran porcentaje de mujeres en el empleo, a la vez que es atravesada por profundas desigualdades de género.

En este artículo se propone analizar las condiciones laborales en el sector de la salud desde una perspectiva de género, a partir de datos estadísticos disponibles y de entrevistas en profundidad a trabajadores/as y dirigentes sindicales de la Salud de gremios ampliamente representativos de distintos subsectores de trabajadores/as: la Federación de Trabajadores de la Sanidad Argentina, la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Sindicato de Salud Pública (SSP).

## LA HETEROGENEIDAD DE LA SALUD: UN SISTEMA DESCENTRALIZADO Y FRAGMENTADO

El sistema de salud argentino es el conjunto de recursos organizados para dar atención a la población, en forma preventiva y asistencial, a través de la salud pública, la medicina privada, las obras sociales y las cooperativas y mutuales de salud. Esta conformación configura un sector altamente segmentado, con una lógica compleja, que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos y, generalmente, no cuentan con principios y criterios integradores entre sí (Acuña y Chudnosky, 2002; Lanari, 2010; Tobar, Olaviaga y Solano, 2012).

Se trata de un sistema en el que las provincias y los municipios tienen la mayor responsabilidad sobre la salud pública, pero los recursos con que cuentan para afrontarla son escasos (PNUD, 2011: 51) y las brechas regionales son significativas, en cuanto a los resultados de salud alcanzados y a la calidad de la atención (Tobar, Olaviaga y Solano, 2011).

Esta estructura fuertemente descentralizada y fragmentada es en gran parte consecuencia de las reformas aplicadas en Argentina en la década de 1990, que impactaron tanto en la composición como en el funcionamiento, la atención y los recursos humanos del sector. Esas medidas incluyeron el desplazamiento de la dependencia de los hospitales públicos nacionales hacia el nivel provincial y municipal; la desregulación de las obras sociales; el desarrollo de hospitales de autogestión y la tercerización de muchos de sus servicios; y la liberalización de las modalidades contractuales que vinculan la demanda y la oferta de servicios (Abramzón, 2005; Acuña y Chudnosky, 2002; Belmartino, 2005; Novick y Galín, 2003; Pautassi, 2006). Los impactos negativos sobre la salud, tanto en la calidad y las condiciones de atención como en el empleo, se agudizaron durante la crisis económica, política y social de 2001.

Como consecuencia del deterioro profundo del sistema de salud, a partir del año 2003 el Gobierno Nacional declaró la Emergencia Sanitaria e implementó una serie de políticas tendientes a paliar la crisis de la salud a nivel nacional. Sin embargo, a pesar del diagnóstico y de la intención de enfrentar las consecuencias de la reforma con otra reforma, la situación del sistema de salud continúa siendo crítica (Lanari, 2010). Las consecuencias más visibles son la inequidad en el acceso, la financiación y los resultados de salud y el pobre desempeño del sistema en términos de la relación entre los recursos asignados y la calidad de la salud conseguida (CIPPEC, 2012). En la práctica aún dista de basarse en un paradigma de equidad y justicia en la prestación de servicios, falencias que se trasladan a las condiciones de trabajo del sector.

El sistema de salud en su conjunto emplea alrededor de 831 mil personas en todo el país, número que representa el 5,2% del total de ocupados. Según datos de la EPH - INDEC del segundo semestre de 2013). La distribución del empleo por subsectores muestra que la salud privada concentra al 60% de los trabajadores/as de la actividad y que, en los últimos 10 años, tuvo la mayor expansión del empleo, con un crecimiento de 43%, mientras que la salud pública incrementó un 31% sus ocupados.

En relación con las características del trabajo en el sector, la Salud se diferencia del resto de actividades por el tipo de servicio que brinda. A grandes rasgos, es un sector que se caracteriza principalmente por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados, con un peso importante de profesionales, técnicos/as y enfermeros/as (Novick y Galín, 2003).

La distribución de ocupados por nivel de calificación y por categoría ocupacional muestra que tanto en la salud pública como privada, los profesionales representan alrededor del 30% de los trabajadores. No obstante, en la salud privada la mayor parte de los profesionales son cuentapropistas (72,5%) que prestan servicios particulares, mientras que en la salud pública integran la categoría de asalariados.

En este sentido, es importante destacar el alto peso de los empleados en relación de dependencia, que responde a la importancia de los asalariados del ámbito público: mientras que en la salud alcanzan en 84,1%, en el total de actividades este porcentaje es de 76,2%. En contraste, entre los ocupados de la salud privada es significativa la proporción de trabajo independiente, que alcanza el 28,2% principalmente por los profesionales (Fuente: DGEyEL - SSPTyEL, en base a datos de 2012 de EPH-INDEC).

## LAS CONDICIONES LABORALES COMO CORRELATO DE LA COMPLEJIDAD DEL SECTOR

Diversos autores (Acuña y Chudnoski, 2002; Belmartino, 2005; Lanari, 2006; Novick y Galín, 2003) señalan que durante la década de 1990, a partir de las mencionadas reformas del sistema, se inició un proceso de deterioro de las condiciones de trabajo, que se profundizó con el progresivo aumento de la demanda de servicios de salud; que en el caso de la salud pública no fue acompañado por un incremento del empleo y de la inversión que lo compense.

Las transformaciones en la composición del empleo se manifestaron, por un lado, en el aumento de la dependencia de las y los trabajadores y el incremento de la proporción de asalariados; y por otro lado, en el crecimiento de la proporción de trabajadores no calificados. Además, los principales efectos negativos sobre la calidad del empleo fueron el sobre-empleo, la extensión de las jornadas de trabajo, la precarización de las formas de contratación, las remuneraciones variables y la flexibilidad laboral.

La precarización de las formas de contratación es una de las deficiencias más apremiantes que afectan a todo el sector. Dentro de la gran heterogeneidad en las modalidades de contratación, las tres formas principales son: la planta permanente del Estado, que otorga garantía de estabilidad en los cargos, a los que se accede por concurso; los regímenes de contratación periódicos, con protección social y garantías, tanto amparados en normas de empleo público como en la Ley de Contrato de Trabajo; y los regímenes de contratación sin relación de dependencia, efectivizados por medio de locaciones de servicio o bien como locaciones de obra (Maceira y Cejas, 2010). Además, en el sector público existen formas contractuales transitorias e informales, cuya incidencia es más elevada entre las y los profesionales (Aspiazu, 2010).

Conjuntamente, se observa un elevado peso del empleo no registrado. La incidencia de la asalarización en negro o encubierta creció a una proporción muy alta en la década del noventa, alcanzando el 45% para el conjunto de los profesionales. Este porcentaje se elevaba un poco para el caso de médicos y disminuía para otros profesionales (Novick y Galín, 2003: 58). En el periodo 2003-2012, el empleo no registrado de los profesionales cayó al 21%. Ahora bien, si se desagrega por subsectores, claramente se observa que el no registro es un problema que afecta principalmente a los profesionales de la salud privada, llegando al 36,4%, mientras que en el sector público alcanza solo al 10%.

La contracción del empleo no registrado en la última década en el sector se vincula al cambio de políticas en materia de contratación, a través de la cual se aplicó una estrategia sistemática desde el Estado hacia el sector público y privado, tendiente a reducir el alto nivel de trabajo sin registrar. Sin embargo, como explican Novick *et al.* (2012), la mejora en materia de contratación se hizo en la mayoría de los casos sin cambiar la estructura de personal existente, generando otro tipo de problemas.

En efecto, una situación muy generalizada en la salud en Argentina es el pluriempleo, que alcanza al 26,4% de los ocupados del sector, mientras que en el resto de las actividades esa proporción es del 9,6%. Entre los profesionales es considerablemente superior, siendo el 43% quienes tienen más de un empleo. En relación con la extensión de la jornada laboral, quienes sólo tienen una ocupación trabajan en promedio 39,1 horas semanales en el sector, mientras que los pluriempleados se encuentran ocupados durante 52,2 horas a la semana - según datos de DGEyEL - SSPTyEL- MTEySS, en base a datos de 2012 de EPH-INDEC-.

En muchos casos el pluriempleo responde al doble vínculo laboral que establecen los trabajadores, quienes además de trabajar en establecimientos públicos realizan actividades en el sector privado en forma independiente, o en docencia e investigación.

El incremento del multiempleo en el sector puede explicarse a partir de distintos factores, como la ampliación de la proporción de puestos de tiempo parcial y la caída de remuneraciones, que induciría a la búsqueda de fuentes adicionales de ingreso (Galín, 2002; Novick *et al.*, 2012). Al respecto, Pautassi (2006) llama la atención sobre la contradicción que implica que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno como la sobreocupación que claramente puede afectarla, tanto en el trabajador y la trabajadora, como en la calidad del servicio que brinda.

La heterogeneidad en la que se enmarca el sector salud, la diversidad de niveles de calificación de sus trabajadores y de especialidades en el caso de los profesionales, así como la multiplicidad de regímenes de contratación, dificultan la gestión de los recursos humanos y fundamentalmente de las políticas públicas. La situación se complejiza más cuando se analiza la dimensión de género en el empleo sectorial, dado que al mismo tiempo que se trata de una actividad altamente feminizada, las desigualdades de género son diversas y profundas, tanto respecto de otros sectores como al interior del mismo.

## UN SECTOR FEMINIZADO Y CON PROFUNDAS INEQUIDADES DE GÉNERO

El empleo en la Salud es mayoritariamente femenino, se trata de un sector de servicios que históricamente tuvo una fuerte presencia de mujeres, principalmente en las tareas semi-calificadas con mayor carga de cuidado, como la enfermería. Y en las últimas décadas también con gran proporción entre los profesionales de la salud.

Las mujeres representan el 71% de los trabajadores registrados del sector, valor que se encuentra muy por encima del resto de la economía, donde apenas representan el 40%. Asimismo la actividad explica alrededor del 8% del empleo femenino de todo el país, mientras que para los trabajadores varones solo significa el 3% - según datos de 2013 de la DGEyEL, SSPTyEL, MTEySS, en base al Sistema Integrado Previsional Argentino-. La distribución de varones y mujeres dentro del sector no cambia al desagregarlo entre la salud pública y la privada, en contraste con el resto de las ramas económicas donde las mujeres representan una proporción mayor en la actividad estatal (50%) que en la privada (37%).

La existencia de situaciones de discriminación y segregación por sexo en el sector fue señalada por varios estudios (Novick y Galín, 2003; Pautassi, 2006; Wainerman y Geldstein, 1990) que identifican inequidades a partir de diversas situaciones. El Sistema de Salud "opera como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido en el nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica. En este sentido, el Sistema de Salud funciona como reproductor de dichas desigualdades, en la medida que sostiene y refuerza la construcción diferencial de roles de género en la incorporación de las mujeres en tanto trabajadoras" (Duré, Cosacov y Dursi, 2009: pp4-5).

Una dimensión de la desigualdad de género, que ha sido ampliamente evidenciada, es la fuerte segmentación en términos de calificación, nivel educativo y categoría ocupacional, ya que históricamente el personal masculino ha tenido niveles educativos más altos y mayor presencia en las ocupaciones con nivel profesional. Las mujeres históricamente han ocupado puestos de menor calificación y se especializaron sobre todo en tareas de calificación técnica e históricamente vinculadas a saberes "femeninos", como la enfermería.

En las últimas décadas se observa una tendencia firme hacia la feminización de las categorías profesionales. Cuando interviene la variable edad en este análisis se observa que entre los más jóvenes estas diferencias por sexo se reducen notablemente, dando cuenta de una tendencia de avance en términos de igualdad en la distribución de varones y mujeres del sector según nivel de calificación, nivel educativo y tipo de tareas.

La evolución de las matrículas de las carreras profesionales de medicina y afines afirma esa propensión. Datos del censo 2001, muestran que es en medicina donde se verifica el cambio más importante: las mujeres pasaron de representar el 25% de los egresados de la carrera entre el grupo de 50 años y más, a ser el 56% entre los más jóvenes. La única profesión que presenta la tendencia inversa es enfermería, que incrementó la cantidad de varones entre los licenciados en enfermería del 8% entre los mayores de 50 años a 22% entre los menores de 40 años (Pautassi, 2006).

En la última década, la proporción de estudiantes de la carrera de medicina pasó del 60% de mujeres en 2002 a más de 70% en 2011, dato que evidencia el proceso de feminización que han experimentado muchas de las profesiones tradicionales, que comienza en la universidad y se extiende a los ámbitos de ejercicio profesional. Entre médicos en ejercicio la evolución es muy marcada: entre los mayores hay una prevalencia marcada de los varones, entre los grupos de mediana edad se empareja la relación y entre los médicos más jóvenes, la preponderancia de las mujeres es clara y va en aumento (Williams, Duré y Dursi, 2013).

Sin embargo, este fuerte proceso de feminización de las profesiones en medicina no implica que se haya alcanzado la igualdad de género, ya que persisten situaciones de desigualdad muy marcadas. Además, las mujeres en medicina aún se concentran en especialidades asociadas a lo típicamente femenino, como pediatría, nutrición, neonatología, tocoginecología, dermatología, entre otras, y son pocas en especialidades hegemónicas por médicos varones, como traumatología, cardiología y cirugía (Williams, Duré y Dursi, 2013).

Frente a estas tendencias, Pautassi (2001, 2006) hace hincapié en la necesidad de diferenciar feminización y equidad de género, ya que la primera no necesariamente implica a la segunda. La autora llama la atención sobre el hecho de que el avance en la paridad de género que puede detectarse entre las generaciones más jóvenes es relativo, ya que se da en un mercado fragmentado y con profundas diferencias, con lo que hay que preguntarse si la paridad en el tipo de tareas se refleja también en las condiciones de trabajo y si sucede de igual forma en todo el país. En este sentido, el incremento de la cantidad de mujeres profesionales de la salud que se dio en las últimas décadas, en un momento de fuerte precarización de las condiciones laborales, podría significar un fuerte aumento en la inequidad del empleo. Por eso en el análisis deben intervenir otras variables, además de la incorporación de las mujeres, que den cuenta de la calidad de esas ocupaciones, en términos de condiciones contractuales, laborales y salariales.

El acceso diferencial por sexo a posiciones que implican algún grado de responsabilidad, decisión o poder es otra de las situaciones de desigualdad más evidentes, que profundiza la segregación vertical existente en el mercado laboral en general. En la Salud, la cantidad de mujeres que trabajan en el sector no se ven reflejadas porcentualmente en los cargos de mayor jerarquía o en las jefaturas de área.

En la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, según datos de la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, en 2011 el 80% de los directores ejecutivos y el 72% de los directores asociados de hospitales públicos son varones. En coincidencia, información sobre la distribución de cargos de conducción en la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires muestra que la gran mayoría de los cargos de conducción de la rama asistencial están ocupados por profesionales médicos varones: el 81% de los cargos de dirección de hospitales, el 70% de las subdirecciones y el 68% de las jefaturas de unidades son varones (Duré, Cosacov y Dursi, 2009).

Otra cuestión importante es la diferencia de ingresos entre varones y mujeres dentro del sector Salud. En el subsector privado, donde contamos con datos precisos de ingresos, en 2014 el salario promedio en pesos de los asalariados registrados es de 9.349,6 para las mujeres y 12.079,9 para los varones, lo que representa una brecha salarial de 22,6 puntos, considerablemente alta en comparación con otros sectores.

La brecha en Salud se encuentra muy por encima de otros sectores que también tienen una alta proporción de mujeres, como la enseñanza (-1,2), y es cercano a la brecha promedio de todas las actividades (25,1). Puede explicarse por el hecho de que las mujeres ocupan en mayor porcentaje ocupaciones menos calificadas y trabajan en promedio menos horas semanales que los varones.

Finalmente, se ha evidenciado un sesgo de género en la inadecuación entre el reconocimiento social y el diseño del modelo de atención debido a que el prestigio y el reconocimiento profesional están ligados a los niveles más complejos y de mayor responsabilidad del sistema de atención de la salud (Pautassi, 2006). Y esos niveles suelen estar ocupados mayoritariamente por varones, mientras que el primer nivel de atención, más feminizado, a pesar de ser la base del sistema no es valorizado como tal, sino que es considerado como un destino “desfavorable” para las trabajadoras.

## LAS PERCEPCIONES SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

Instituciones, normas, cultura, discursos y poder son dimensiones fundamentales en la constitución de las relaciones de género. Las diferencias sociales entre mujeres y varones nada tienen que ver con la constitución biológica, sino que se trata de construcciones simbólicas pertenecientes al orden del lenguaje y de las representaciones, vinculadas al contexto normativo, cultural e institucional en el que se insertan (De Barbieri, 1996; Lamas, 1999, 2000; Okin, 1989; Pastor, 1994; Scott, 1990).

La cultura, los símbolos y los significados en torno al género son tan importantes como la dimensión de la subjetividad, de la identidad y de la construcción de sentido para comprender el

modo cómo los actores sociales aprehenden las diferencias de género y la diferencia sexual en los distintos ámbitos de interacción social.

El ámbito sindical, donde se realizaron las entrevistas, representa un contexto institucional y normativo particular, con reglas, costumbres y rasgos culturales propios, en el que existen sistemas de representaciones que definen roles e identidades diferentes para mujeres y varones. En ese contexto se indagó acerca del modo cómo se piensan las diferencias y desigualdades de género en el espacio del trabajo de la Salud.

En las entrevistas realizadas a dirigentes sindicales de la Federación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA), de la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) y del Sindicato de Salud Pública (SSP) se preguntó sobre las condiciones laborales y las problemáticas que enfrentan las y los trabajadores del sector, desde diferentes puntos de abordaje. En principio, y ante la pregunta sobre cuáles son las principales problemáticas laborales actuales, emergieron una serie de cuestiones vinculadas a los déficits salariales y de condiciones y medio ambiente laboral. En casi la totalidad de los relatos de representantes gremiales estuvo ausente la mención a desigualdades de género en la primera aproximación.

No obstante, con el devenir de las conversaciones, fueron surgiendo diversos indicadores de la existencia de situaciones profundas de desigualdad, desfavorables para las mujeres trabajadoras, en coincidencia con aquellas analizadas por la literatura especializada en el tema. Entre las y los entrevistados se detectaron divergencias profundas en la percepción sobre la temática, en el nivel de conocimiento del significado y la implicancia de la problemática de género y en los planteos sobre las acciones y políticas necesarias para generar un cambio.

Algunos dirigentes sostuvieron que no existen diferencias de género en el sector, dado que al tratarse de una actividad mayoritariamente femenina, ese mismo rasgo distintivo marcaría un acceso igualitario para varones y mujeres:

*Bueno, claramente este es un sector bastante feminizado. Capaz que ahora te encontrás un poco más de enfermeros pero la mujer tiene un 80% de la actividad. [...] Desde que nació la actividad siempre las mujeres fueron mayoría, con lo cual diferencias no puede haber* (Secretario general filial regional de Sanidad).

Varias sindicalistas en principio negaron la existencia de desigualdades, pero en el discurso dejaron entrever que las hay y que las problemáticas vinculadas a lo doméstico existen, aunque sean planteadas como ajenas al mundo laboral, como esferas separadas:

*No veo diferencia de género. Las mujeres fuimos ganando lugares... Después el sueldo es el mismo, nosotros no tenemos diferencia de sueldo en esto. Yo creo que las mayores dificultades, por lo menos desde mi lugar son domésticas, la cosa familiar pero en el trabajo en sí mismo no* (secretaria en comisión directiva provincial de CICOP).

La segregación ocupacional de las mujeres dentro del sector fue uno de los fenómenos más reconocidos, dado que a pesar de ser mayoría hay ciertas ocupaciones a las que no acceden (segregación horizontal), así como son pocas las que llegan a puestos altos en la pirámide de jerarquías (segregación vertical).

Respecto de la primera modalidad de segregación, se alude a la concentración de las mujeres en ciertas ocupaciones, que suelen tener una carga importante de cuidado directo en sus tareas y que históricamente fueron vinculadas con los “saberes naturales” y la “vocación” de las mujeres. Y, como contraparte, a su menor participación en ciertas especialidades de la medicina que poseen el mayor prestigio, como la cirugía o la traumatología, que son menos elegidas por las mujeres, las que ingresan son minoría y suelen tener poco reconocimiento:



*La diferencia es bastante, en enfermería son muchas más mujeres. Incluso ahora que se ha profesionalizado también. Igual ahí hay mucho también del cuidado directo, por eso siguen siendo mayoría las mujeres. Y tenés otras áreas, ya te digo las quirúrgicas siguen siendo masculinas (presidente en seccional de CICOP).*

Sectores de varones y de mujeres: para ellos las ocupaciones donde se realiza más fuerza y las que poseen un prestigio mayor; para ellas las ocupaciones más vinculadas al cuidado directo; diferencias naturalizadas y dificultades para romperlas. Estas son imágenes discursivas recurrentes, que en muchos casos no son cuestionadas sino que forman parte de una realidad naturalizada.

El difícil acceso de las mujeres a puestos jerárquicos, como jefaturas o direcciones, confirma la percepción de que para las ellas hay más limitaciones. Varias sindicalistas lo mencionan reiteradamente como un hecho que evidencia la existencia de obstáculos mayores para las mujeres en la carrera de ascenso. No apareció en los relatos un intento de explicación de sus causas, pero sí el reconocimiento de su existencia:

*Si yo me pongo a pensar en este hospital, en las jefaturas de servicio siempre hay hombres. Por más que se ha feminizado el sector. Pediatría el 90%, el jefe de servicio es varón. Cirugía, varón. Clínica, varón. Jefe de sala, varón. Salud mental, psiquiatra varón. Traumatología, varones. Terapia intensiva, varón. Neonatología, sí, dos mujeres hay en neo (secretaria en comisión directiva provincial de CICOP).*

La ocupación de cargos jerárquicos implica no solo el acceso a lugares de toma de decisión, y mayor poder, sino también un nivel salarial más elevado. En relación con este punto, la existencia de una brecha salarial de género surge en conversaciones con mujeres sindicalistas del sector pero sin acuerdo: algunas plantean la existencia de diferencias salariales entre varones y mujeres que realizan las mismas tareas, otras sostienen que dicha diferencia no existe pero que sí hay una necesidad de discutir diferencias salariales vinculadas a todas las tareas no remuneradas que realizan las mujeres. En este sentido, la necesidad de autonomía económica por parte de las mujeres, aparece como punto de partida para la igualación de derechos.

Otro asunto que muchas mencionan como una realidad actual es el hecho que gran parte de las mujeres son único sostén del hogar, con lo cual el nivel salarial no alcanza y, si se compensa con más de un empleo, la sobrecarga laboral es excesiva.

*La gente sostén de familia necesita otro trabajo. Hoy la mayoría de mujeres solas, separadas, con chicos, somos sostén de hogar. Me incluyo. No hay posibilidad de un aumento, entonces hay que tratar de tener un horario que permite tener otro trabajo (Presidenta seccional Sindicato de Salud Pública).*

A la cuestión del pluriempleo se agrega otra problemática recurrente en las conversaciones con dirigentes sindicales, principalmente con las mujeres, que se vincula a las dificultades de conciliación entre el trabajo remunerado y las responsabilidades domésticas y de cuidado. Esta cuestión surge como un conflicto en la vida de las mujeres por ser quienes ocupan mucho tiempo y cargan con la mayor parte de las responsabilidades dentro del hogar, las que deben conciliar con las horas dedicadas al trabajo y, en el caso de las dirigentes, con el tiempo que implica la actividad sindical.

*Para la mujer es difícil ser médica o profesional, porque generalmente somos los que tenemos horarios más extendidos. Tenés guardias de 24 horas. Que salís de la guardia y tenés que ir a trabajar a otro lado. Para la mujer sí, y con chicos ni te cuento (presidente seccional CICOP).*

*Las chicas, sobre todo las más jóvenes, están desbordadas, entre que muchas tienen dos trabajos, las enfermeras y mucamas la mayoría, y después hacerse cargo de los chicos, del*

*marido, si tienen, porque muchas son separadas, se hace un día larguísimo, agotador. Eso en los varones no lo ves, ellos saben que terminan de trabajar y se terminó la jornada”* (presidenta seccional CICOP).

En relación con la conciliación entre el empleo y el cuidado de niños o niñas, la visión de las y los sindicalistas apunta más que nada a plantear mejoras en las políticas de cuidado y los permisos parentales, pero aquí también advertimos divergencias en los criterios sobre el reparto de las responsabilidades de cuidado entre varones y mujeres.

Quienes tienen una visión más tradicional asocian la responsabilidad del cuidado de forma casi exclusiva a la mujer, y las soluciones se vinculan con extender las licencias por maternidad y los permisos especiales a las mujeres para las tareas de cuidado. El varón, desde esta mirada, aparece como un “acompañante”, como alguien que cubre aquellas necesidades que las mujeres por algún motivo no pueden cubrir. Como lo plantea una dirigente de Sanidad:

*Por cuestiones de licencia maternal se está pidiendo una extensión. Más que nada a partir que nace. Una, por el bebé, que cuando más contacto tenga con la madre es lo mejor. Y porque a una también le cuesta. Y las licencias de los hombres, a veces también se necesitan, por ejemplo, si hubo embarazo de riesgo, si no tenés mucha familia, el marido tiene que cuidarte. Si el bebé nace con algún problema también* (presidenta seccional SSP).

Desde otro enfoque, se encuentran algunas posturas que analizan el cuidado y la conciliación colocando a la mujer y al varón con responsabilidades equiparables frente al cuidado de sus hijos o de otras personas a cargo. Entonces, además de la ampliación de las licencias por maternidad y los permisos a las mujeres por lactancia y durante el embarazo, también reconocen la necesidad de ampliar los derechos de los varones en tanto padres (biológicos o adoptivos). En estos casos emergen propuestas para extender las licencias por paternidad, o buscar la igualdad en los permisos familiares y otorgar beneficios de cuidado, como las guarderías, a varones y mujeres por igual:

*En la Ley, se estaba manejando una modificación para ampliar la licencia por maternidad o por paternidad, en la que estamos de acuerdo. Pero evidentemente no hemos convencido a nuestros legisladores porque ese proyecto no avanzó. En realidad habría que revitalizarlos pero también tenés que hacer el lobby con los otros sindicatos y con los legisladores y las legisladoras. Una cosa que nosotros la venimos conversando, pero también es muy difícil la implementación y que definitivamente en todos los lugares de trabajo haya jardines para los niños y niñas* (secretaría de comisión directiva CICOP).

Pero más allá del reconocimiento de la problemática de la conciliación por parte de algunas sindicalistas, no es algo generalizado y pocos avances se han logrado en este sentido. Son temas resistidos en general, por un lado, por desconocimiento y ausencia de debate, y por otro lado, por temor a reconocer la necesidad de igualar derechos y responsabilidades en relación a las tareas domésticas y de cuidado.

A pesar de que las mujeres están cada vez más presentes en el ámbito laboral, político y sindical y a pesar de que hay cada vez más varones que cuidan y dedican tiempo a sus hijos, la inercia de pensar el cuidado como cuestión exclusiva de las mujeres persiste, y se evidencia en los discursos de muchos dirigentes sindicales. No sólo se considera un problema exclusivo de las mujeres, sino que cuando se toca el tema desde la mirada institucional, la importancia de esta cuestión se desdibuja.

## REFLEXIONES FINALES

La escasa consideración de la problemática de género como tema de agenda gremial y como preocupación de la dirigencia del Sector Salud, se contraponen a lo que se evidencia a través de los datos sobre la inserción laboral de las mujeres en la actividad, así como a la percepción sobre las dificultades y desigualdades que viven las mujeres. Muchas de las situaciones de desigualdad que se viven en este sector son similares a las que se evidencian en otras actividades. No obstante, lo particular de éste ámbito radica en que se trata de una actividad altamente feminizada, con una importante carga de cuidado en sus tareas, un nivel elevado de profesionalización y una gran relevancia social por el tipo de servicio que brinda; condiciones que conviven con altos niveles de precariedad laboral, sobrecarga de trabajo y una gran heterogeneidad de situaciones vinculadas a la complejidad de la atención en Salud.

Como hemos mostrado, los estudios y estadísticas sobre el tema muestran que, a pesar de que las mujeres representan más del 70% del empleo, existen situaciones de discriminación y segregación por sexo - en términos salariales, de calificación y de jerarquías - que las afectan negativamente. Sumado a las dificultades de conciliación entre el trabajo remunerado y el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, que agudizan las desigualdades de género existentes.

La mejora de esta situación, que implicaría una reducción de las brechas y una igualación de oportunidades para varones y mujeres, requiere de políticas públicas, acción sindical y estrategias colectivas e individuales. No obstante, la instalación de la problemática de género como tema de agenda sindical y como eje de políticas laborales en el sector es bastante incipiente. Los principales obstáculos radican en la falta de reconocimiento de las desigualdades de género y la naturalización de las desigualdades, que dificultan su tratamiento como una problemática transversal al campo del trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abramzón, M. *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. Buenos Aires: OPS/OMS. 2005.
2. Actis Di Pasquale, E. y Lanari M.E. "Crisis mundial y mercado de trabajo en Argentina: impacto diferencial entre mujeres y varones". 19th Annual IAFFE Conference on Feminist Economics. 2010.
3. Acuña, C. y Chudnovsky, M. El sistema de salud en Argentina. Documento 60. Universidad de San Andrés-CEDI. Bs. As., Marzo, 2002.
4. Aspiazu, E. "Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina" en *Trabajo, ocupación y empleo. Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación*. Serie Estudios N° 9, Buenos Aires, MTEySS. 2010.
5. Belmartino, S. "Una década de reforma de la atención médica en argentina". *Salud Colectiva*. La Plata, 1(2): 155-171, mayo - agosto, 2005.
6. Duré, M. I., Cosacov, N. y Dursi C. "La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa". *Revista de la Maestría en Salud Pública*. Año 7- N° 13. Agosto, 2009.
7. Galín, P. "Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina" en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. Año 8, Nro.15, Bs. As. 2002.
8. Lanari, E. "El sistema de salud en Argentina" en *Trabajo decente: un aporte metodológico para su estimación. Aplicación en la determinación del actual déficit de trabajo decente entre los profesionales de la salud del sector público y privado de Mar del Plata*, tesis doctoral. FLACSO. 2006.
9. Lanari, M.E. "Realidad y percepción del déficit de trabajo decente. El caso de los médicos que desempeñan sus tareas en hospitales de Mar del Plata" en Aguirre, Andreoni, Armendáriz y Arocena (eds.) *Concurso bicentenario de la patria. El estado de la clase trabajadora en la provincia de Buenos Aires*. Bs. As. 2010.
10. Maceira, D. y Cejas, C. "Recursos humanos en salud. Una agenda para el gobierno nacional. Documento de Políticas Públicas", Recomendación N° 82, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, Buenos Aires: CIPPEC. 2010
11. Novick, M. et al. "Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud" en *Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington, D.C.: OPS. 2012.
12. Novick, M. y Galín, P. *Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones*, Buenos Aires: OPS/OMS. 2003.
13. Novick, M., Rojo S., Castillo V. "El trabajo femenino en la post convertibilidad. Argentina 2003 - 2007". Santiago de Chile: Documentos de Proyectos. CEPAL Ginebra: OIT, 2008.
14. Pautassi, L. "El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención" en Rico y Marco (coord.) *Mujer y Empleo. La Reforma De La Salud y La Salud De La Reforma En Argentina*. CEPAL/GTZ/Siglo XXI, Bs. As. 2006.
15. Pautassi, L. *Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*. Santiago de Chile, Chile: Serie Mujer y Desarrollo/ CEPAL. 2001.
16. PNUD. *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires, 2011.
17. Scott, J. "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en J. Amelang y M. Nash (Comp.) *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Barcelona: Ed. Alfons el Magnanim, 1990.
18. Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Documento de Políticas Públicas, Análisis N° 108, Buenos Aires: CIPPEC. 2012.

19. Wainerman, C. y Geldstein R. "Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en Argentina". *Cuadernos del CENEP* N° 44, Buenos Aires: CENEP. 1990.
20. Wainerman, C. "Mujeres que trabajan. Hechos e ideas" en S. Torrado (Comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*. Tomo II. Buenos Aires: Edhasa. 2007.
21. Williams, G., Duré, M.I. y Dursi, C. *Médicos en Argentina*. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2013.