

LA SITUACIÓN DE LAS TRABAJADORAS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. UNA APROXIMACIÓN CUANTITATIVA *

<recursos humanos de salud> <género> <división sexual del trabajo>
<health human resources> <gender> <sexual work division>

María Isabel Duré

isabeldure@fibertel.com.ar

Natalia Cosacov

nataliacosacov@gmail.com

Carolina Dursi

carodursi@yahoo.com.ar

La mujer en el mercado de trabajo¹

Existen diversos trabajos que dan cuenta de un proceso de feminización del mercado laboral, tanto en Argentina como en el resto de América Latina. A pesar de que aún en la actualidad hay más varones que mujeres en el mundo del trabajo remunerado, como la tasa de empleo de las mujeres ha aumentado y la de los varones ha disminuido, se suele denominar este proceso como *feminización del empleo* (1, 2).

En Argentina, es a partir de la década del `80 que se registra un crecimiento significativo de la inserción de las mujeres al mercado de trabajo. Como consecuencia de la política económica posterior a 1976 se produjo una reestructuración de la producción y del empleo, que se tradujo en un avance de las actividades terciarias y un retroceso de las secundarias. Este fenómeno impactó de manera diferencial según el sexo de los trabajadores. Las mujeres, tanto las desplazadas de la industria como aquellas que se incorporaban por primera vez al mercado para obtener un ingreso “complementario” para el hogar, lograron insertarse en el sector de servicios

(educación, salud, servicio doméstico y administrativo), debido a una demanda de trabajo que crecía al compás de la tercerización de la economía. Por su parte, los varones expulsados de la industria tuvieron más dificultades para reinsertarse y muchos pasaron a engrosar el grupo de desocupados (3). Esa tendencia se acentúa en la década del noventa y la presencia femenina tiende a ser cada vez más permanente. En efecto, a principios de los años '90 la participación femenina en el mercado de trabajo urbano se ubicaba alrededor del 37,3%, mientras que en el primer trimestre del año 2004 ascendía al 49,2%². El aumento de la participación femenina responde a un proceso de larga duración vinculado fundamentalmente al acceso de las mujeres a mayores niveles educativos y a otras transformaciones culturales que influyeron en el cambio de las pautas de fecundidad. Ahora bien, su aceleración durante los noventa se debe además al desarrollo de estrategias familiares en las cuales, tanto la salida de la mujer al mercado de trabajo como la incorporación de más miembros del hogar, estuvieron determinadas por el aumento del desempleo y el deterioro de los salarios reales del jefe. Por otra parte, la permanencia de las mujeres en el mercado de trabajo configura un hecho novedoso, en tanto que tradicionalmente empleo femenino se encontraba muy vinculado con los ciclos vitales (embarazos, crianza de hijos menores) (4).

No obstante, a pesar de que tanto la presencia como la permanencia de las mujeres en el mercado de trabajo han aumentado, esta situación no ha logrado modificar las condiciones de precariedad en la inserción, por lo menos en los segmentos más desprotegidos de la población. En este sentido, resulta importante complementar esos indicadores con otros que dan cuenta del modo y la condición de esa inserción.

Según el Informe Objetivos del Milenio – Síntesis Ejecutiva, 2005, la mitad de los empleos femeninos pertenecen al sector informal (55,5%). Por otra parte, al desagregar la participación femenina en el empleo remunerado por sector de actividad, también aparecen diferencias notables en la inserción entre varones y mujeres. En las ramas de servicio doméstico y enseñanza el

empleo es preponderantemente femenino con valores de participación del 87,1%, y 79% respectivamente. Estas actividades se identifican generalmente con las tareas que las mujeres desempeñan en el contexto de sus hogares, poco jerarquizadas socialmente y en consecuencia, peor remuneradas. En el sector de Servicios Sociales y de Salud, la participación de las mujeres es menor que en los sectores anteriores pero aún siguen siendo mayoritaria (51%). La contraparte se da en los sectores de la industria y servicios financieros e inmobiliarios donde la participación de las mujeres desciende al 27% y 38%, respectivamente. En el ámbito de la Administración Pública y Defensa, la participación de las mujeres es del 43,8%³.

Es decir, que si bien estamos en presencia de una feminización del mercado laboral, la inserción de las mujeres se ha dado, en gran medida, en condiciones de precariedad. Se verifica una *segregación horizontal* en tanto la inserción se da bajo una división sexual del trabajo, incorporándose a sectores y tareas históricamente femeninos. Esta segregación horizontal se conjuga con una importante *segregación vertical*, en tanto las mujeres son promovidas a cargos de jefatura en menor proporción que los varones. Solo el 27,4% de los asalariados que ejercen cargos de jefatura en los procesos de trabajo y el 28,3% de quienes ejercen cargos de dirección, son mujeres⁴. Así el hecho de que la mujer se incorpore al mercado de trabajo no implica necesariamente que se haya producido un cambio en las relaciones entre géneros.

Es en este contexto que resulta relevante realizar un análisis de empleo sectorial desde una perspectiva de género de algunos datos vinculados a los recursos humanos del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El Modelo Médico Hegemónico y la división sexual del trabajo

Para realizar este análisis, partimos de concebir el Sistema de Salud como un sistema de relaciones sociales que produce y (re) produce prácticas y discursos que suponen procesos de hegemonía/subalternidad e

inclusión/exclusión. El sistema de pautas hegemónico que operó como frontera de prácticas y discursos légitimos/no legítimos ha sido el *Modelo Médico Hegemónico*. Eduardo Menéndez (5) ha denominado *Modelo Médico Hegemónico* al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como la medicina científica. Este modelo se caracterizó por una concepción de la salud de tipo biologicista, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica "tecnologizada" y una cultura medicocentrista que relega al paciente del acto de diagnóstico, de la orientación y la toma de decisiones. El estudio realizado por este autor, mostraba que la hegemonía de un modo de entender la medicina, la salud y la enfermedad implicaba la exclusión, mediante operaciones ideológicas de legitimación/deslegitimación, de otros saberes y prácticas.

Aquellos saberes que resultan relegados son los que tradicionalmente se asociaron a las mujeres. Según Ibarrola (6), las mujeres ocuparon un lugar central en los procesos de sanación, sobre todo de los sectores populares, hasta surgimiento de la medicina científica. Ellas fueron las primeras médicas de la historia occidental, practicando abortos, desarrollando cultivos medicinales y actuando como enfermeras o comadronas. Con el desarrollo de la ciencia médica y su profesionalización, la actividad de estas mujeres resulta deslegitimada y sus saberes son considerados como meras creencias populares, carentes de valor científico.

El trabajo de Menéndez, antes citado, no abordó la vinculación que podría existir entre el Modelo Médico Hegemónico y la división sexual del trabajo, en tanto la profesión médica se vuelve en un primer momento patrimonio casi exclusivo de los varones y se relega a las mujeres a otras actividades asociadas principalmente a los cuidados. Si bien este artículo no pretende esclarecer si existe o no una "afinidad electiva"⁵ entre el Modelo Médico Hegemónico y la división sexual del trabajo, sí al menos, nos interesa aportar datos y claves que dan cuenta de que el Sistema de Salud opera como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido a

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.

Como mencionamos anteriormente, la verificación de desigualdades respecto de situaciones de empleo en el sector salud, donde se concentra una buena proporción de las mujeres trabajadoras, requiere un abordaje desde una perspectiva de género.

El género es un modelo de conducta que se construye socialmente y que varía de una sociedad y de un tiempo a otro. Distintos dispositivos sociales como la escuela, la familia, los juegos, la televisión se articulan de una manera coherente e integral, no por eso intencionada, dando lugar a la construcción social del género (7). A partir de estos modelos se van configurando corporalidades y subjetividades sexualmente diferenciadas y sexualmente diferenciadoras, de tal modo que al tiempo que se construye a “varones” y “mujeres”, se les asigna lugares y roles diferenciados. La productividad de esa construcción se puede ver en la relación entre género y empleo. Bourdieu y Passeron, en su conocido trabajo *Los herederos* (8), dan cuenta de que las elecciones y orientaciones que siguen los estudiantes están estrechamente vinculadas a los condicionamientos económicos y culturales. Sin embargo, también están orientadas por las definiciones sociales de las “cualidades” femeninas y masculinas que sigue el modelo tradicional de la división del trabajo entre los sexos.

Las mujeres y el Sistema Público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

Históricamente, podemos rastrear en el sector salud una fuerte presencia de fuerza de trabajo femenina, en comparación con otras actividades económicas. Esto se debe muy fuertemente a su asociación con el trabajo reproductivo, específicamente de cuidado y atención, que se adjudica culturalmente a las mujeres (9). Con el fin de comprender el modo en que se produce la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo en el sector

salud, a continuación se presenta un análisis estadístico para el caso del Sistema Público de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires es, por número de establecimientos, por nivel de complejidad y por cantidad de población atendida, uno de los de mayor importancia en Latinoamérica; su gestión insume alrededor del 25% del presupuesto público de la Ciudad. Tiene bajo su responsabilidad 33 hospitales, 41 centros de salud (tanto Centros de Salud y Acción Comunitaria como Centros de Salud Mental), 38 centros médicos barriales y consultorios de médicos de cabecera⁶.

El perfil de la oferta asistencial pública de la Ciudad está configurado sobre un modelo hospitalocéntrico, en el que priman, como ya dijimos, las relaciones propias del Modelo Médico Hegemónico. La atención está dividida territorialmente en 12 áreas programáticas, dependientes de los hospitales generales de agudos.

El sistema cuenta en la actualidad con aproximadamente 32 mil trabajadores, con un alto porcentaje de profesionalización. Estos trabajadores están divididos en dos escalafones: la Carrera Administrativa, que se divide en agrupamientos según la función (administrativo, técnico, de servicios, profesional); y la Carrera de Profesionales de la Salud, que agrupa a médicos y otras profesiones de la salud de rango universitario, a excepción de la Licenciatura en Enfermería⁷.

La Carrera Administrativa estipula la realización de concursos públicos y abiertos para el ingreso de los trabajadores en las unidades organizacionales. Sin embargo, al no haber sido reglamentada su metodología, la cobertura de las vacantes se produce en forma interina a través de selecciones que se acuerdan al interior de cada unidad de organización.

En el caso de los Profesionales de la Salud, la Carrera vigente contempla detalladamente las condiciones de ingreso y la realización de concursos bajo tres modalidades: selección interna en la unidad de organización (hospital), concurso abierto a todas las unidades de organización (para profesionales que ya pertenezcan al sistema) y concurso público y abierto por fuera del

sistema. Sin embargo, la falta de aplicación efectiva del sistema de promoción horizontal que prevé la Carrera, hace que el único sistema de progreso posible se encuentre ligado a la estructura y al acceso a cargos de conducción, la inmensa mayoría de ellos destinados a profesionales médicos. En el Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires encontramos una clara preponderancia de agentes mujeres, las cuales representan un 63% del total, contra un 37% de varones.

La relación varía considerablemente si discriminamos los datos según régimen escalafonario. En la Carrera de Profesionales de la Salud la brecha entre mujeres y varones disminuye, representando el 58% del total las primeras y el 42% los segundos. De este modo, en la Carrera Administrativa la preponderancia femenina resulta mayor (67% y 33%)

La explicación del predominio de mujeres sobre varones en el caso de la Carrera Administrativa, reside fundamentalmente en la composición del personal de enfermería que, como sabemos, ha sido tradicionalmente un sector femenino. La proporción de enfermeras mujeres triplica a la de los varones: el 77% son mujeres mientras que los varones sólo llegan al 23%. Considerando el gran número de enfermeras empleadas en el sistema de salud público de la Ciudad, no podemos ignorar su influencia a la hora de analizar la relación varones/mujeres para el total de los agentes.

La profesión de enfermería resulta paradigmática para revelar el proceso de diferenciación sexual y asignación de roles de género mencionado anteriormente. Este proceso, mediante el cual se reproducen los estereotipos culturales de género, opera de modo tal que resulta invisibilizado. Así, se tiende a naturalizar los roles de género, asociando a la mujer con características tales como la intuición, dulzura, maternalidad, sensibilidad, discreción, tolerancia, receptividad, contención, comprensión, ternura y altruismo. Como contrapartida, se sostiene la idea de los varones como naturalmente fuertes, agresivos, independientes, decididos, autónomos, con iniciativa, racionales, resolutivos, estables, ambiciosos y eficientes con el dinero. La eficacia de este proceso al momento de establecer una división sexual del trabajo, conlleva a que en general las mujeres se inserten en el mercado laboral mediante ocupaciones destinadas a la satisfacción de

necesidades de otros, establecer vínculos muchas veces relacionados con la empatía o lo afectivo, poner orden u organizar la vida de otro. Así, suelen prevalecer como elecciones vocacionales el ser docentes, maestras jardineras, psicólogas, secretarias, trabajadoras sociales, entre otras. Todas ocupaciones que implican desarrollar las cualidades mencionadas anteriormente, permitiendo además muchas veces integrar el trabajo con la vida familiar y doméstica (9).

La profesión de enfermería se encuentra tradicionalmente muy ligada a esta caracterización de lo femenino. Si bien en los últimos años podemos comenzar a rastrear un aumento incipiente en el número de enfermeros varones (10, 11), en nuestro caso de estudio esto no parece estar ligado a una modificación en la vinculación de la profesión con el estereotipo femenino, sino más bien a la visualización de la enfermería como un campo laboral que, con pocos años de formación, ofrece herramientas para una rápida inserción en el mercado de trabajo. Con una formación que varía entre 8 meses y 2 años y medio, se accede a un título que habilita para realizar un trabajo que resulta particularmente atractivo en el Sistema de Salud de la Ciudad debido a dos cuestiones: se encuentra bien remunerado y, ante la escasez sostenida de profesionales de la disciplina, es posible la realización de horas extras que también se encuentran bien reconocidas en términos económicos.

Es interesante observar que del total de los enfermeros del Sistema de Salud Público de la Ciudad sólo un 9% tiene título de Licenciado en Enfermería. Los restantes se reparten casi por igual entre auxiliares de enfermería y enfermeros (46 y 45% respectivamente). Si cruzamos estos datos por sexo, la proporción de varones y mujeres para todos los niveles de profesionalización mantienen la relación general (23% de varones, 77% de mujeres), aumentando incluso levemente la proporción de mujeres entre los recursos con mayor grado de formación (20,5% de varones, 79,5% de mujeres).

Otro dato importante a tener en cuenta es que, a pesar de que dicha profesión es fundamental en todas las políticas de planificación sanitaria y tiene un peso importante en el recurso humano en términos numéricos, el

personal de enfermería no está considerado dentro de los “profesionales” de la salud, incluso la minoría que posee estudios universitarios. Tampoco se cuentan entre ellos los técnicos de la salud⁸.

Ahora volvamos a la Carrera de Profesionales de la Salud. Si bien en dicha instancia la relación entre varones y mujeres es más equilibrada, la lógica de la división sexual del trabajo también rige al interior de este escalafón, definiendo profesiones “típicamente” femeninas y otras masculinas. Así vemos repetirse un mismo patrón que liga el rol de género femenino con las profesiones del Equipo de Salud, como por ejemplo, psicología, obstetricia, psicopedagogía y fonoaudiología, entre otras (Gráfico 1).

Si en las instancias que analizamos con anterioridad existía un predominio de las mujeres por sobre los varones, esta relación se revierte en el caso de los médicos, en donde los varones representan el 51% del total de los médicos del Sistema y las mujeres el 49%. Esto da cuenta de que si bien en términos globales predominan las mujeres, al desagregar los datos vemos que su participación disminuye en la medida en que el grado de profesionalización aumenta⁹. Esta tendencia resulta significativa en el caso de los médicos, dado que la medicina es la profesión sanitaria por excelencia en un Sistema conformado desde la lógica del Modelo Médico Hegemónico. Así, dentro de la profesión que goza de mayor poder, por ser la que estructura todo el modelo, predominan los varones.

El lugar central que ocupa la medicina tiene su expresión institucional en la organización de los hospitales, en los cuales prácticamente todos los cargos de conducción de la rama asistencial están ocupados por profesionales médicos. Tal como se muestra en el Gráfico 2, los lugares de decisión se ocupan en su mayoría por varones. Además, hay una relación inversa entre la jerarquía del cargo de conducción y la participación de las mujeres.

Para explicar esta relación se debe tener en cuenta que el escalón más elevado en la jerarquía de jefaturas está ocupado en una amplia mayoría por agentes de mayor edad, lo equivale a una mayor antigüedad dentro del sistema.

La relación que se establece entre jerarquía del cargo y edad, se debe principalmente al modo de selección de los profesionales de conducción. Para acceder a una jefatura de servicio, por el sistema de selección vigente, lo más importante es el currículum asistencial, siendo los antecedentes de mayor peso los de la especialidad que se concursa¹⁰. En el caso de los Directores y Subdirectores de hospitales, los requisitos para concursar exigen ser médico (odontólogo para el caso de los Odontólogos y veterinario para el Instituto de Zoonosis), teniendo dos años de titularidad en un cargo de conducción (jefatura de servicio) y diez de actividad asistencial. De este modo, nos encontramos ante directores que acceden al cargo como finalización de una carrera y no como el inicio de la misma, lo que puede resultar cuestionable en tanto se trata de un proceso de trabajo notablemente distinto que el asistencial (12).

Respecto de la situación de las mujeres, podemos pensar que, de acuerdo a la tendencia a la feminización que registramos en la Carrera de Profesionales (Gráfico 3), su participación en los cargos de decisión pueda ampliarse en la medida que se incremente su número global y su antigüedad respecto de la de los varones.

Ahora bien, los cargos de conducción de los hospitales no son los únicos espacios de poder en donde las mujeres quedan relegadas. En los gremios más importantes de los trabajadores del sistema también encontramos una clara preponderancia masculina, sobre todo a medida que aumenta la jerarquía del cargo. En el Sindicato Único de Trabajadores de Buenos Aires (SUTECBA), que nuclea la mayor cantidad de agentes del Escalafón General, hay 13 secretarías, de las cuales solamente una está ocupada por una mujer, la Secretaria de la Mujer. El Comité de Presidencia de la Asociación de Médicos Municipales (AMM) tiene 13 cargos, de los cuales 4 están ocupados por mujeres, sin ser por supuesto los de mayor jerarquía. Los presidentes de las filiales de los hospitales son 29, de los cuales 23 son varones y 6 mujeres, pertenecientes las mismas a efectores pequeños en cuanto a cantidad de personal. No encontramos ninguna mujer en los hospitales generales de

agudos ni en los pediátricos. El único gremio cuya representación está compuesto mayoritariamente por mujeres en sus cargos directivos es la Federación de Profesionales de la Salud, que agrupa a sindicatos de las profesiones del equipo de salud (nutrición, fonoaudiología, psicología, entre otros). Claro está que, al ser profesiones casi exclusivamente femeninas, resulta difícil de pensar que pudiese ser de otro modo.

Volviendo al caso de los médicos, si bien la cantidad de médicas mujeres casi alcanza a igualar a la de sus colegas varones, vemos que al desagregar los datos las mismas se reparten de manera muy desigual según la especialidad. Así, al centrar la mirada en las principales especialidades médicas del Sistema, encontramos nuevamente una división sexual del trabajo (Gráfico 4).

Observando el gráfico, notamos que las mujeres son mayoría en aquellas especialidades que suponen o requieren características tales como contención, empatía, calidez. Por su parte, los varones se vuelcan a las especialidades que exigen distancia emocional y un ritmo de trabajo intensivo, como las quirúrgicas. Detrás de esta división, no sólo se reproducen y refuerzan determinados estereotipos de género, sino que las especialidades en las que predominan las mujeres son aquellas que están orientadas al cuidado de la salud de las propias mujeres, o bien las involucran desde su rol de madres. Por ejemplo, las mujeres son mayoría en nutrición, dermatología, pediatría, ginecología, neonatología, obstetricia.

Desigualdades salariales

Hasta aquí hemos intentado brindar algunos elementos conceptuales y datos estadísticos para pensar las desigualdades de género para el caso de los trabajadores del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Consideramos que este análisis no sería completo si no dedicamos algunos párrafos al tratamiento de la cuestión salarial.

No es novedad que las mujeres se encuentran en condiciones desiguales respecto de la remuneración que reciben por su trabajo. Esto es particularmente cierto en el caso del ámbito privado, donde los sueldos se fijan en forma más discrecional. En el ámbito público, la existencia de

escalafones tiene como consecuencia que la asignación de salarios se encuentre sujeta a un monto prefijado en la carrera correspondiente de acuerdo a las tareas y funciones realizadas. Como vimos para el caso del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, tanto la Carrera de Profesionales de la Salud como la Carrera Administrativa, suponen una jerarquía salarial en la que no existen diferencias formales entre varones y mujeres. Sin embargo, cuando observamos detenidamente los datos, resulta claro que las diferencias de remuneración por sexo existen. Intentaremos entonces arriesgar algunas hipótesis que expliquen dicha situación.

Las mujeres representan el 64%¹¹ del total de los trabajadores del sistema público de salud de la ciudad. No obstante, estas mujeres se reparten sólo el 49% del paquete conformado por el total salarial (Gráfico 5). Si desagregamos por carreras notamos que en el caso de la Carrera de Profesionales de la Salud, la diferencia se mantiene prácticamente invariable: mientras las mujeres representan el 61% de los profesionales se reparten entre ellas sólo el 48% del total de la masa salarial. En la Carrera Administrativa esto no es muy distinto, ya que las mujeres siendo el 65% del total obtienen sólo un 52% de los salarios.

Uno de los factores que sin duda contribuye al incremento de los salarios de los varones es su antigüedad relativa dentro del sistema. Al ser más reciente la incorporación masiva de las mujeres como trabajadoras del sistema, el monto del salario correspondiente a la antigüedad resulta más bajo en el total.

Como explicamos anteriormente, una de las características de la incorporación de las mujeres al sistema reside en su escasa participación en los cargos de conducción. Si consideramos que uno de cada seis agentes se desempeña en algún tipo de jefatura, es posible pensar que ello puede estar influyendo en el incremento de los salarios de los varones.

Independientemente de las explicaciones que encontremos, no puede obviarse que este hecho que se repite en prácticamente todos los sectores de la economía se reproduce también en el ámbito de la salud pública, a pesar

de ser amplia la proporción de mujeres. La particularidad quizás reside en que ello ocurre a pesar de la existencia de escalafones que estipulan los salarios de acuerdo al las tareas y funciones, independientemente del sexo. Resumiendo, vemos que por un lado, se verifican fenómenos de segregación horizontal, tal como en el caso de las profesiones del equipo de salud y las enfermeras. Por otra parte, este fenómeno se ve reforzado por la escasa representación de las mujeres en los cargos de conducción y en los puestos de decisión de los gremios, lo que tiene consecuencias al momento de pensar es su posicionamiento en un sistema en donde las relaciones de poder se juegan casi completamente entre varones. Resulta comprensible entonces la dificultad que implica para las mujeres entrar, permanecer y ascender a cargos de mayor jerarquía. Por último, podemos decir que en el Sistema de Salud de la Ciudad se reproduce la situación de desigualdad respecto de los salarios que encontramos en otros ámbitos de la economía.

Análisis de un subsector: Atención Primaria de la Salud (APS)

El subsector de Atención Primaria de la Salud tiene bajo su responsabilidad 39 Centros de Salud y Acción Comunitaria, y casi 300 médicos de cabecera distribuidos entre los 38 Centros Médicos Barriales y 73 consultorios particulares; además de 59 odontólogos de cabecera, la mayoría de los cuales atiende en su consultorio.

En el Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el subsector de APS es uno de los lugares de ingreso más frecuente entre los trabajadores del sistema. En efecto, junto a los Servicios de Guardia de los hospitales, constituyen los lugares de más fácil acceso, especialmente para los profesionales. Diversos son los factores que podrían explicar esta función de “puerta de entrada”. Por un lado, podría tener relación con el hecho de que en un sistema que históricamente ha tenido una matriz hospitalocéntrica, la atención primaria ha sido relegada a un lugar secundario, otorgando el hospital mayor jerarquía. En un modelo que se ha desarrollado sobre el orgullo de la alta complejidad, el primer nivel no es el primer eslabón sino el más bajo. Por otra parte, la conducción de los hospitales escasamente se ha

hecho cargo de su responsabilidad territorial y de las acciones de atención primaria en los efectores desconcentrados (13).

Los efectores desconcentrados territorialmente (Centros de Salud, Médicos de Cabecera, Centros Médicos Barriales) fueron el resultado de políticas implementadas por sucesivas gestiones de gobierno que pretendieron desarrollar modelos de atención innovadores y más accesibles, que llevaran adelante la estrategia de atención primaria. Sin embargo, el proceso de implementación de la estrategia de APS fue llevado adelante sin la articulación ni la institucionalización adecuada. Tal es así que, en 1988 cuando se definen las 12 Áreas Programáticas correspondientes a los Hospitales Generales de Agudos, sus radios no son fijados según criterios epidemiológicos y demográficos¹², sino que se trazan sobre los radios de emergencia de las ambulancias. Su creación consiste en la aprobación de una estructura de conducción para estas áreas, encabezada por los Jefes de Área Programática, con asiento en el hospital de referencia y dependencia jerárquica del Director del hospital. Es decir, que su funcionamiento y administración queda fuertemente ligado a las autoridades hospitalarias las cuales, como mencionamos anteriormente, difícilmente asumen su responsabilidad territorial. Los efectores desconcentrados se constituyen entonces como ámbitos de “segunda categoría”, para la atención de la población más vulnerable (14).

De este modo, debido a una construcción histórica que caracteriza a los efectores de atención primaria como lugares relegados y por eso poco atractivos, los mismos se han vuelto espacios menos atravesados por disputas de poder, y por eso más abiertos para la inserción laboral de grupos tradicionalmente desfavorecidos como las mujeres.

En efecto, los datos muestran que los recursos humanos afectados a APS están constituidos por una amplia mayoría de mujeres, las cuales representan el 76,9% del total contra un 23,1% en el caso de los varones.

Otra explicación significativa de ello refiere al importante número de agentes de las profesiones del Equipo de Salud en APS, derivado de su vinculación

con una lógica de trabajo fuertemente ligada a lo interdisciplinario. Como vimos anteriormente, estas profesiones se asocian a estereotipos de género femeninos, y por tanto son desempeñadas mayoritariamente por mujeres, lo que constituye otro factor explicativo para dar cuenta de por qué APS es un ámbito más permeable a la participación de las mismas, tal como se refleja en el Gráfico 6.

Al mismo tiempo, observamos que la participación de las mujeres es mayoritaria, aún en las categorías profesionales en las que predominan, a nivel Sistema, los varones. La preponderancia de mujeres dentro de la categoría “Médicos/as” podría deberse a que las especialidades típicas de Atención Primaria de la Salud son aquellas que son ejercidas mayoritariamente por mujeres, debido una vez más a su ligazón con estereotipos genéricos (pediatría, tocoginecología, medicina general, entre otras). Por otra parte, el proceso de trabajo que supone la estrategia de APS requiere un mayor grado de implicación de los profesionales con la vida privada de los pacientes. Es así que muchas veces el abordar la problemática integral de un paciente en el consultorio o en el barrio requiere conocer aspectos de su vida que en la práctica médica típicamente hospitalaria serían dejados a un lado. Para los profesionales médicos ello supone ejercer un rol de contención para el cual, de acuerdo a las cualidades generizadas culturalmente, las mujeres estarían mejor dispuestas.

En los datos referidos a los Cargos de Conducción, también observamos que en APS se da una tendencia distinta a la que registramos en los cargos de conducción del Sistema Hospitalario (Gráfico 7). En efecto, en esta instancia, los cargos de conducción están ocupados en su mayoría por mujeres, aumentando su participación aún en los cargos de mayor jerarquía, tal como las Áreas Programáticas.

Hay dos cuestiones que pueden arrojar una explicación para la participación femenina en los cargos de decisión de APS. Por un lado no puede obviarse el hecho de que al ser más mujeres en el total del sector, tienen mayores posibilidades de acceso a cargos de conducción, más aún siendo un área menos valorada respecto del hospital. Por otra parte, debido a que los Centros de Salud carecieron de una estructura formal hasta el año 2006 y

que aún no se han realizado los concursos correspondientes para la formalización de los cargos, la mitad de los Centros cuenta con jefaturas informales “a cargo”, seleccionadas mediante mecanismos discrecionales. Ello ha llevado a que algunos cargos se encuentren ocupados por profesionales no médicos (psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas), entre los que predominan las mujeres. Estos profesionales se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que no poseen la titularidad de sus cargos y no perciben sus haberes como jefes sino que recurren a otras estrategias para completar las horas de dedicación que exige la jefatura y así incrementar sus salarios, tales como las horas de guardia.

Reflexiones finales

El trabajo desarrollado aquí no pretende agotar el análisis de la situación de las mujeres en tanto trabajadoras del Sistema Público de Salud del Gobierno de la Ciudad, sino aportar datos cuantitativos y algunas explicaciones preliminares, a modo de hipótesis, para pensar la vinculación entre un sistema estructurado a partir de pautas propias del Modelo Médico Hegemónico, y la segregación ocupacional por género. Consideramos que es posible ampliar este estudio mediante estrategias cualitativas que ayuden a profundizar en el análisis de las trayectorias laborales de estas mujeres, como así también en la influencia de las lógicas institucionales y los mecanismos de funcionamiento propios del sistema en las relaciones cotidianas de los trabajadores. No obstante ello, podemos esbozar algunas conclusiones que ayuden a comprender la segregación por género en el sistema a partir de una mirada estructural.

En nuestro país, es a partir de la década de 1980 que se produce el ingreso masivo de las mujeres al mercado de trabajo. Esta inserción no tiene la misma dimensión en todas las actividades económicas, sino que hay determinados sectores en los que las mujeres tienden a insertarse con más facilidad. Uno de ellos es el sector de la salud.

Ahora bien, la concentración de la fuerza de trabajo femenina en actividades de servicios relacionadas con el cuidado de otros no es casual, sino que responde a estereotipos de género que ligan determinadas características

que serían propias de las mujeres, con habilidades requeridas para el buen desempeño en este tipo de ocupaciones. Así, el hecho de considerar a las mujeres empáticas, maternales y sensibles las haría más aptas para realizar tareas vinculadas con la asistencia y la dedicación a otros. Si bien podemos describir el sector de salud como un campo abierto a la participación femenina, no debemos obviar el análisis acerca del modo en que la inserción de las mujeres tiene lugar. Es decir, que es necesario centrar la atención en las relaciones que se generan al interior de este campo a partir de la puesta en funcionamiento de estos mismos estereotipos de género.

Analizando el caso de las trabajadoras del Sistema Público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, podemos decir que si bien las mujeres constituyen una mayoría en la globalidad del sistema, no se reparten en su interior de manera equitativa. De este modo, es posible hallar situaciones de *segregación horizontal por género* en tanto las mujeres son especialmente representativas en ocupaciones como la de enfermería o en las profesiones del equipo de salud. Las funciones en que se concentra la mayor proporción de mujeres están fuertemente atravesadas por la idea de que son “ocupaciones típicamente femeninas”. Esto es así debido a su relación con cualidades generizadas culturalmente, tal como mencionábamos con anterioridad.

Por el contrario, en el caso de los médicos la proporción se revierte. Este hecho resulta de especial interés considerando el modo en que se juegan las relaciones de poder, ya que siendo éste un sistema estructurado a partir de concepciones relacionadas con el Modelo Médico Hegemónico, la profesión médica tiene especial valor. Hay que recordar por otra parte que las mujeres también están concentradas en determinadas especialidades médicas, que tienen vinculación con roles de género asignados culturalmente, y que están destinadas fundamentalmente a la atención de salud de su mismo género, ya sea en su condición de mujeres o bien de madres.

La hegemonía masculina en la profesión de medicina, en relación con el resto de las profesiones de salud, está íntimamente relacionada con la ocupación de los cargos de conducción de la estructura del sistema. A pesar de que la proporción varones/ mujeres en el caso de los médicos es muy similar, si

vemos la relación existente en los cargos de decisión, las mujeres se encuentran en condiciones de extrema desigualdad, aumentando proporcionalmente con la jerarquía del cargo. Así, las mujeres tienen más posibilidades de ocupar una jefatura de sección que la dirección de un hospital. Hay que tener en cuenta también que los puestos más altos están ocupados por agentes de mayor edad, a causa de los propios mecanismos de selección. Este hecho va en detrimento de la participación femenina, ya que al ser relativamente más reciente su inserción en el sistema hay menor cantidad de mujeres en condiciones de ocupar estos puestos. Este proceso de *segregación vertical por género* se reproduce en el caso de las representaciones gremiales.

La exclusión de las mujeres de los puestos jerárquicos, tanto en la estructura hospitalaria como en los gremios, deviene en dos cuestiones fundamentales: por un lado refuerza la dificultad de inserción que tienen las mujeres en el sistema y, por otro, contribuye a reproducir las condiciones de desigualdad una vez que logran ingresar como trabajadoras, lo que se verifica también a nivel salarial. En un sistema en el que las relaciones de poder y negociación se juegan prácticamente por completo entre varones, no resulta difícil pensar que las mujeres se encuentren en una posición desigual.

Respecto de las situaciones de segregación registradas no podemos obviar el caso de Atención Primaria de la Salud. En este subsector, la preponderancia de mujeres no sólo se debe a que predominan allí las especialidades y profesiones culturalmente tipificadas como femeninas, sino que hay otros dos factores de influencia. Por un lado y en relación con lo anterior, el proceso de trabajo que requiere la estrategia de APS pone en juego ciertas características personales por parte del profesional que estarían vinculadas con atributos propios de "lo femenino". Sin embargo, atribuir a las mujeres ciertas "preferencias" de acuerdo a su género resultaría engañoso, ya que como hemos visto hay factores estructurales que hacen que su inserción no sea igual a la de los varones. En este caso, la concentración de mujeres en el área de APS tiene relación también con el hecho de que, en el marco de la matriz hospitalocéntrica que caracteriza al sistema, tanto el espacio como el modelo que propone APS resultan relegados y carentes de

valor y jerarquía respecto de la práctica propiamente hospitalaria. Es por ello que podemos decir que constituye una de las “puertas de entrada” al sistema, sobre todo para el caso de las mujeres.

Resumiendo, es posible señalar que si bien las mujeres son mayoría entre los trabajadores del sistema de salud, y registramos una tendencia que va en aumento, esto no nos dice nada acerca de las condiciones de su inserción. Los estereotipos culturales de género que hacen que las mujeres se inclinen hacia las profesiones de salud, son los mismos que al interior del sistema entran en juego provocando situaciones de segregación tanto horizontal como vertical.

A modo de interrogante, y como posibilidad de investigaciones futuras, queda pendiente analizar las trayectorias de estas mujeres una vez dentro del sistema. El estudio de ciertas pautas estructurales de funcionamiento que hemos intentado esclarecer, debe ser complejizado a partir de una mirada centrada en los actores que participan de este campo, volviendo inteligible el modo en que determinadas relaciones de poder vinculadas con la cuestión de género se juegan en la dimensión microsocial.

Notas Finales

* El presente artículo fue escrito en el marco de la Dirección General Adjunta Atención Primaria de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, entre los meses de mayo y junio de 2007.

¹ Aclaración: La voluntad de quienes escribimos este artículo es utilizar un lenguaje que no discrimine ni marque jerarquías entre varones y mujeres. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas acerca de cuál es la mejor forma de lograrlo. En tal sentido, y con el objeto de evitar la sobrecarga de lectura que supone el uso de o/a para marcar las diferencias, optamos por emplear el masculino genérico clásico en el entendido de que todas esas referencias aluden siempre a varones y mujeres.

² Datos INDEC extraídos de Objetivo de Desarrollo del Milenio – Informe País 2005. Síntesis Ejecutiva.

³ Datos EPH onda Octubre 2003 y Datos de SIEMPRO – Elaboración García, Cristina.

⁴ Para ampliar se puede ver “Diagnóstico sobre la Situación laboral de las mujeres”- Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales. Ministerio de Trabajo. Segundo trimestre de 2005. <http://www.indec.gov.ar/>.

⁵ La afinidad electiva puede conceptualizarse como el proceso por el cual dos formas culturales – religiosas, intelectuales, políticas o económicas – entran, partiendo de ciertas analogías significativas, o afinidades de sentido, en una relación de atracción e influencia recíprocas, selección mutua, convergencia activa y refuerzo mutuo (Lowy, 2004).

⁶ Se realizará una descripción más detallada de los efectores de Atención Primaria de la Salud en el apartado correspondiente.

⁷ Volveremos más adelante sobre este tema.

⁸ En esta diferenciación de carrera juegan un rol relevante los actores gremiales. La asociación que nuclea mayoritariamente a los médicos rechaza la inclusión en su carrera de personal sin grado universitario, con lo cual sólo discute la incorporación de los licenciados en enfermería, y el gremio con más peso en la Carrera Administrativa cuenta entre la masa de enfermeras con gran caudal electoral y fuerza de choque, por lo que prefiere que no se realicen modificaciones en las carreras, aún cuando el número de enfermeras con licenciatura no es significativo.

⁹ Nos referimos a un mayor grado de profesionalización sólo en términos de años de estudio, que para los médicos es superior a otros profesionales del equipo de salud. Esto está reforzado además por el hecho de que un paso casi obligatorio en la

formación de los médicos es el ingreso a una residencia o concurrencia, en donde se adquiere práctica profesional.

¹⁰ Como establece la Ordenanza Municipal 41.455, el 70% del puntaje del concurso está constituido por los antecedentes y la antigüedad.

¹¹ Para el análisis salarial se utilizarán datos correspondientes al año 2007.

¹² Sin embargo, la definición del Área Programática de un establecimiento refiere a una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita (Lemus, 1988).

Referencias

1. **ABRAMO L.** Incorporación de la dimensión de género en las políticas de empleo: experiencias y desafíos. *Revista de Trabajo*; Año 1; Número 1; [en internet] 2005 (consultada en Junio 2006). Disponible en www.trabajo.gov.ar
2. **GARCIA M C** Análisis del mercado laboral en Argentina desde una perspectiva de género. Informe elaborado por Instituto Social y Político de la Mujer; 2003 (consultada en Junio 2006). Disponible en www.ispm.org.ar
3. **GOLOVANEVSKY L.** Mujeres y jóvenes en el mercado de trabajo en Jujuy en lo '90. Ponencia presentada en el 5to Congreso Nacional de Estudios del Trabajo; 2001; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: aset; 2001.
4. **BARRANCOS D, GOREN N.** Género y empleo en el Gran Buenos Aires. Exploraciones acerca de las calificaciones en mujeres de los sectores de pobreza. En FORNI, Floreal (comp.). *De la exclusión a la organización: Hacia la integración de los pobres en los nuevos barrios del conurbano bonaerense*; Buenos Aires: Ediciones Ciccus; 2002.
5. **MENENDEZ E.** *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médico*. México DF: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
6. **IBARROLA A.** "Sorgiñak (brujas)", en *La Fogata Digital*, www.lafogata.org; 2002.
7. **GRASSI E.** *La mujer y la profesión de asistente social*. Buenos Aires: Humanitas; 1989.

8. **BOURDIEU P, PASSERON J. C.** Los Herederos. Los estudiantes y la cultura. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2003.
9. **DASKAL A M** (1994). Las mujeres psicólogas. En COHEN, Beatriz (comp.). De mujeres y profesiones. Ediciones Letra Buena, 1994. Citado en GOLOVANEVSKY, Laura. Mujeres y jóvenes en el mercado de trabajo en Jujuy en lo '90. Ponencia presentada en el 5to Congreso Nacional de Estudios del Trabajo; 2001; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: aset; 2001.
10. **PAUTASSI L.** El empleo en salud en Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de atención. En RICO, M. N. y MARCO, F. Mujer y Empleo: La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2006.
11. **ROVERE M R** Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos de salud. En RICO, M. N. y MARCO, F. Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2006.
12. **DURÉ M I.** Nuevos perfiles y competencias de los Directivos de Salud en el marco de las reformas de los Sistemas de Salud. En AULICINO, M. y CADILE, M. C. (comps.). Seminario Internacional. Formación de Directivos de Salud Pública. Buenos Aires: Editado por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2005.
13. **MUNTAABSKI G y col.** El Plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ponencia presentada en *VI Congreso del CLAD*; 2001; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: CLAD; 2001.

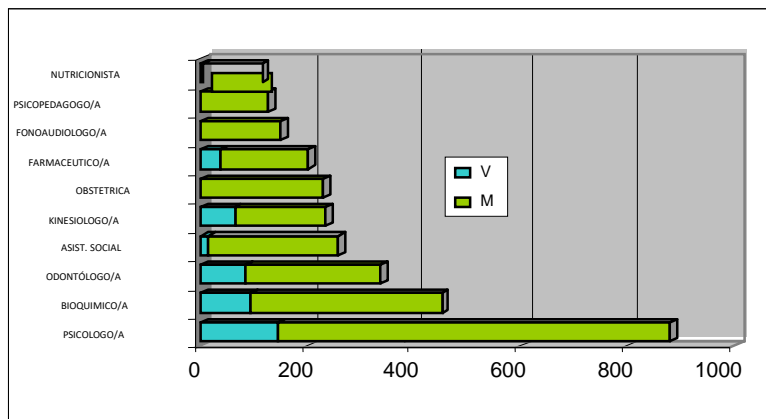
14. **TESTA M** Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.

Consultas electrónicas:

- www.indec.gov.ar

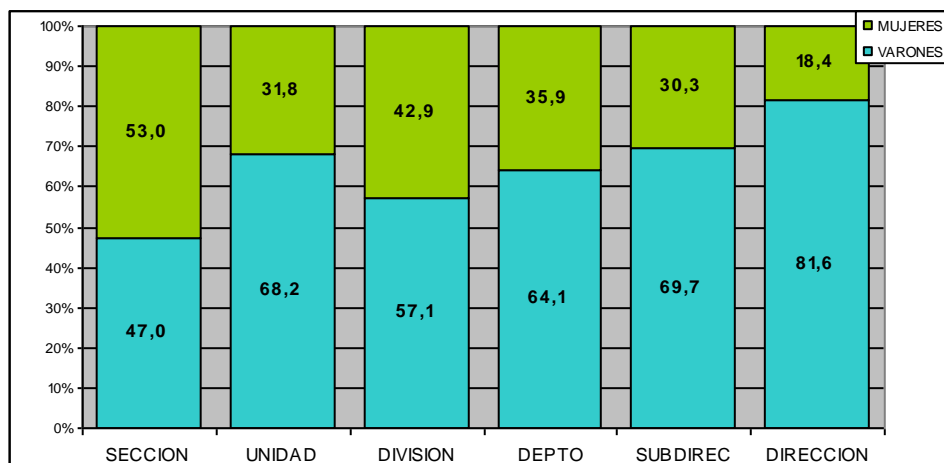
- www.politicassociales.gov.ar/siempro

Gráfico 1. Profesiones del Equipo de Salud según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de información provista por la Dirección General de Recursos Humanos (GCBA), Junio 2005

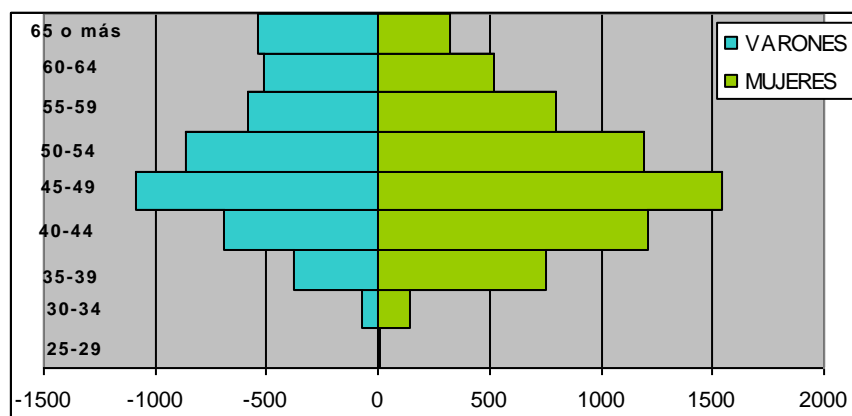
Gráfico 2. Cargos de conducción según nivel jerárquico y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de información provista por la Dirección General de Recursos Humanos (GCBA), Junio 2005

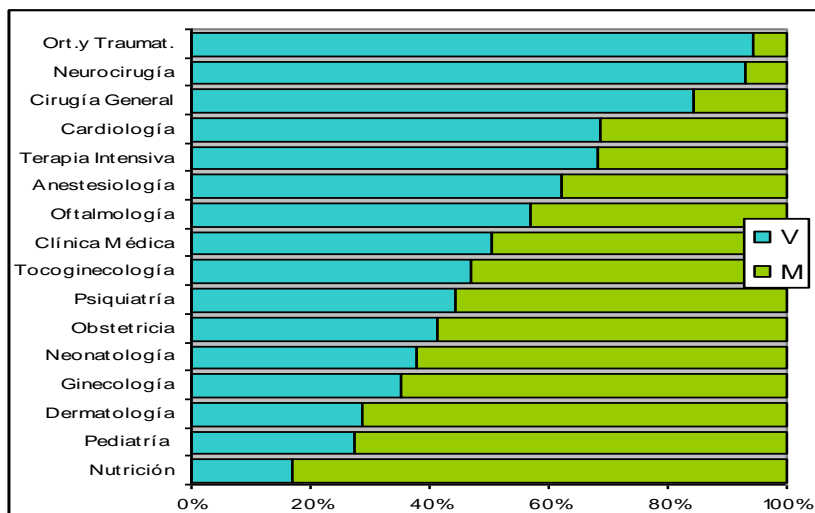
Gráfico 3. Agentes pertenecientes a la Carrera de Profesionales de la Salud

según edad y sexo



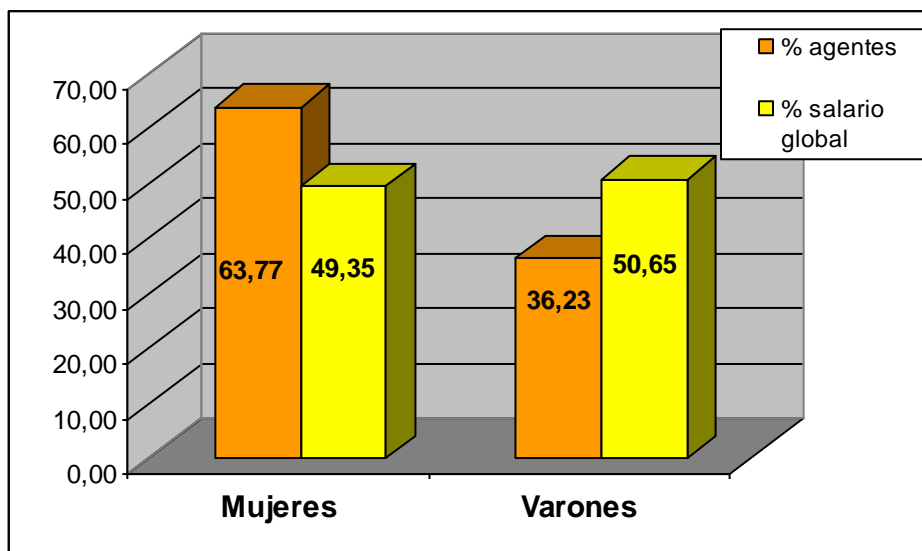
Fuente: Elaboración propia a partir de información provista por la Dirección General de Recursos Humanos (GCBA), Junio 2005

Gráfico 4. Principales especialidades médicas según sexo



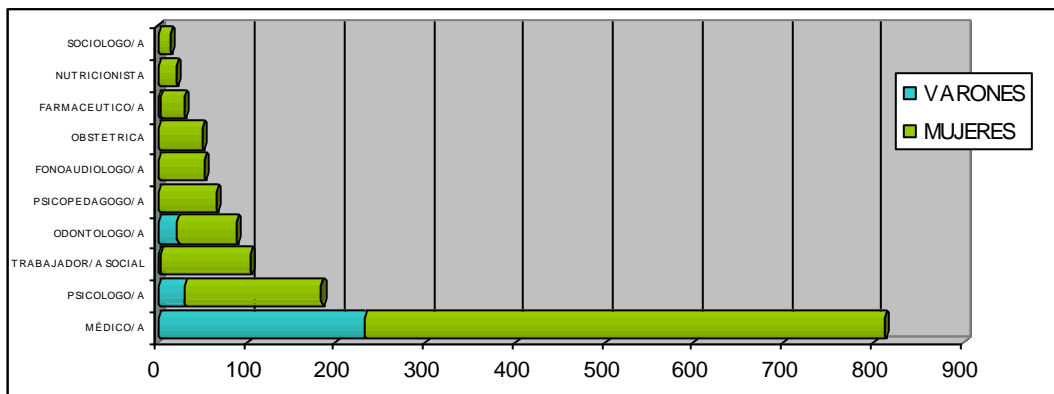
Fuente: Elaboración propia a partir de información provista por la Dirección General de Recursos Humanos (GCBA), Junio 2005

Gráfico 5. Distribución salarial entre mujeres y varones



Fuente: Elaboración propia a partir de información provista por la Dirección General de Recursos Humanos (GCBA), Junio 2007

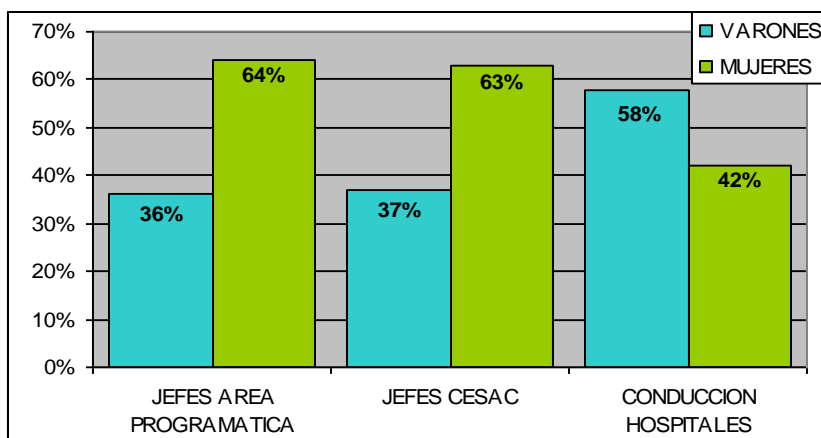
Gráfico 6. Principales profesiones en APS según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Información de Recursos

Humanos de APS, Diciembre 2006

Gráfico 7. Cargos de conducción en APS y en hospitales según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir información provista por la Dirección General de Recursos Humanos y del Sistema de Información de Recursos Humanos de APS, Diciembre 2006.