

Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina

58

Año | 2003

—
Información estratégica para la toma de decisiones

—
Dos estudios
—

REPRESENTACIÓN OPS/OMS ARGENTINA



**Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina:
Información estratégica para la toma de decisiones**

Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina

Información estratégica
para la toma de decisiones

■ Primer estudio

Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del
empleo. El caso del sector salud

Dra. Marta Novick y Dr. Pedro Galin

■ Segundo estudio

Los Recursos Humanos en salud en Argentina:
Una mirada a los datos

Lic. Mónica C. Abramzón

Representación OPS/OMS en Argentina



Organización
Mundial
de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud
Primera edición: 1000 ejemplares

ISBN 950-710-080-6

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Diseño y diagramación: "Marcelo Kohan / diseño + broker de impresión"

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial,
pero mencionando la fuente de información.

Índice

Prólogo	7
Introducción	9
PRIMER ESTUDIO	
Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud	11
Marta Novick / Pedro Galin	
Capítulo 1 / Mercado de trabajo del sector salud	
1.1 Introducción	13
Empleo precario en el sector salud	15
Capítulo 2 / Empleo precario y flexibilidad laboral	
2.1 Introducción	15
2.2. Marco conceptual: Flexibilidad y precarización	15
Precarización	17
Flexibilización y Precariedad: su Vinculación Conceptual ..	20
Evidencia	20
2.3 El Marco normativo de la flexibilidad	23
Capítulo 3 / La flexibilidad en el sector salud	
3.1. Dimensiones de flexibilidad en el sector salud	35
3.2. Peculiaridades normativas del sector salud38	41
3.3. El empleo no registrado	47
Capítulo 4 / Flexibilidad: la evidencia empírica	
4.1. Dimensiones absolutas y relativas del sector salud	49
4.2. Flexibilidad y precarización en el sector salud	51
4.3. Conclusiones	87
Bibliografía	89

SEGUNDO ESTUDIO

Los recursos humanos en salud en Argentina

Una mirada a los datos 91

Mónica C. Abramzón

1. Introducción 93

2. Algunas cuestiones metodológicas 97

3. La revisión de los datos 99

4. Los cargos relevados por el Catastro 101

5. La conformación de los equipos de salud 105

6. Las formas de contratación 123

7. El perfil técnico de los responsables de algunos servicios .. 128

8. Algunas reflexiones finales 107

9. Posibles líneas de indagación para el futuro 107

Anexos 137

Anexo I 139

Anexo II 141

Prólogo

Se presenta en esta publicación un producto del "Observatorio de Recursos Humanos en Salud" en Argentina, que consta de dos estudios que iluminan la realidad y pretenden contribuir a una mejor toma de decisiones en salud, particularmente en relación al recurso más valioso con que cuenta el sector: su personal.

Marta Novick y Pedro Galin son los autores del primero de los estudios: "Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo" y Mónica Abramzón lo es del segundo: "Los recursos humanos en salud en Argentina": una mirada a los datos".

Los estudios se llevaron a cabo como parte del empeño en conocer mejor los recursos humanos en salud, el contexto actual en que se ubican, su participación y comportamiento en la interacción oferta/demanda de trabajo y los deseos de OPS/OMS de promover una mejor planificación, programación, formación y utilización del recurso humano que permita resultados en salud idóneos para progresar hacia la salud para todos.

Los autores son distinguidos profesionales, amigos de la Organización y solventes en los temas que se comparten en esta publicación.

La Representación *OPS/OMS* en Argentina considera oportuno hacer pública esta segunda publicación del Observatorio, en momentos en que la región revisará los progresos de la iniciativa regional y donde queremos compartir una muestra valiosa de nuestros esfuerzos de cooperación técnica en Argentina.

Dr. Juan Manuel Sotelo

REPRESENTANTE DE OPS/OMS EN ARGENTINA

Buenos Aires, octubre, 2003

Introducción

La iniciativa del "Observatorio de Recursos Humanos en Salud" en Argentina ha seguido dos modalidades distintas, aunque complementarias, a partir de su lanzamiento en el año 2000. La primera estuvo conformada a partir de una red de representantes de instituciones claves (Ministerios e instituciones formadoras, de investigación y estadísticas, académicas, asociaciones profesionales y gremios) e investigadores del campo de los recursos humanos en salud, cuya finalidad giraba alrededor de la producción de trabajos básicos y fundamentales que contribuyeran a esclarecer los diferentes problemas del campo de los recursos humanos en salud del país, a partir de evidencias sobre su formación, incorporación al mercado de trabajo, comportamiento del empleo, y se convirtieran además en un núcleo crítico sobre los aspectos que definen al Observatorio.

La segunda modalidad del Observatorio de Recursos Humanos en Salud fue definida en el año 2002, por la Dirección de Políticas de Recursos Humanos de Salud del Ministerio de Salud de Nación, con las Direcciones Provinciales de Recursos Humanos de Salud para trabajar los datos básicos (Core data) establecidos por el Observatorio regional y otros requeridos por el propio sistema nacional, para lo cual se diseñó una base de datos y se capacitó a todos los referentes nacionales en el tema del Observatorio y en la utilización de la base de datos como herramienta de trabajo permanente.

Como parte del Observatorio establecido por el Ministerio de Salud se acordó analizar la información de recursos humanos disponible en el "Catastro Nacional de salud de todos los recursos disponibles", realizado por el proyecto de Reforma del Sector Salud (PreSSal) con apoyo del Banco Mundial, del cual se extraen importantes tendencias sobre cargos ocupados por categorías profesionales y regímenes de contratación, aún cuando el estudio no abarcó la totalidad de las provincias y establecimientos del país.

Entre las tendencias evidenciadas en el estudio presentado en este libro, aparece de nuevo con claridad una de las problemáticas más serias que tiene el país en relación al desequilibrio en cuanto a la disponibilidad de personal profesional de enfermería en el sector, de manera especial, aquellos que disponen de títulos de licenciatura y enfermeros universitarios y la relación entre el número de cargos que

ocupan los médicos y el número ocupado por enfermeros. En todas las jurisdicciones estudiadas se encontró que los médicos representan la cuarta parte del total de los recursos humanos empleados en el sector, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires ocupan la tercera parte. Estas tendencias corroboran con otros análisis que dispone el sector y con la primera publicación que hiciera el Observatorio en el año 2001.

Como parte de la red de investigadores del campo de los recursos humanos, también se presenta en este libro un estudio sobre la flexibilidad del mercado de trabajo y la precarización del empleo. Los autores demuestran como en el sector de salud de la Argentina se puede advertir un aumento importante en la flexibilidad expresado en el aumento del empleo no registrado y también el ritmo de incremento de la precariedad en el sector, que resulta ser más alto que en el conjunto del empleo. A este panorama se le agrega la salarización creciente, el incremento del pluriempleo, la extensión de la jornada y la incorporación de mayor proporción de personal con menor grado de calificación ocurrida en el sector salud en los últimos años.

Los autores de este estudio refuerzan la hipótesis de que el país, como muchos otros de América Latina, ha atravesado por reformas importantes del sector de la salud sin tomar en cuenta los aspectos relativos a los recursos humanos en las diferentes dimensiones que los atañen.

Los dos estudios que se presentan en este libro tienen como objetivo primario contribuir con la generación de evidencias acerca de la situación y comportamiento de los recursos humanos en el sector salud, de manera que permitan a los actores institucionales responsables de la rectoría del sector tomar las decisiones que consideren pertinentes para colocar a los recursos humanos en una posición estratégica de cambio y como los responsables fundamentales de un cambio de cultura institucional a partir de un nuevo paradigma en salud.

El propósito del Observatorio de Recursos Humanos es contribuir con estudios que permitan analizar en profundidad los problemas de este campo. La disponibilidad de información de recursos humanos en salud es limitada y escasa en el país y es por esto que se espera además, desarrollar los Observatorios provinciales, para que conjuntamente con el nivel nacional permitan construir sistemas de información estables en el tiempo que faciliten análisis específicos que orienten la toma de decisiones futuras.

Lic. Rosa María Borrell Bentz

CONSULTORA DE RECURSOS HUMANOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
OPS/OMS- ARGENTINA

PRIMER ESTUDIO

Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud

**Marta Novick
Pedro Galin**

Buenos Aires, Octubre 2003

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
OBSERVATORIO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LAS REFORMAS SECTORIALES DE SALUD
(OPS/OIT/CEPAL)

■ CAPITULO I

Mercado de trabajo del sector salud

1.1 Introducción

Esta publicación sintetiza y conjuga varias investigaciones de los autores efectuadas para la Organización Panamericana de la Salud, en el marco del Observatorio de Recursos Humanos. Se estructura en cuatro capítulos con el siguiente ordenamiento y contenido. Tras este capítulo introductorio, el Capítulo II aproxima un conjunto de conceptualizaciones de empleo precario, enfocando particularmente su atención en el desarrollo y evolución de las nociones de flexibilización y precarización laboral. En este sentido, este capítulo no sólo recoge las diferentes visiones respecto de la flexibilización laboral sino que analiza el impacto de la aplicación de dichas políticas sobre el mercado de trabajo de diversos países.

Posteriormente, y para el caso argentino, se analiza la evolución de la normativa que acompañó los cambios operados en el mercado de trabajo durante el decenio 1990- 2000, haciendo hincapié en las modalidades de contratación flexibles, las modificaciones implementadas en el periodo de prueba y la regulación de los despidos.

En el Capítulo III se analizan las características que adoptó en los hechos la flexibilización laboral a nivel del sector salud. Se estudia en particular, el impacto de las modalidades de contratación a partir de los cambios operados en la estructura del sistema de salud y la desregulación del sistema de obras sociales, el fortalecimiento de los actores privados y la extendida precarización de las relaciones laborales. Asimismo se da cuenta de la flexibilización de las formas de remuneración a partir del cambio del paradigma en materia salarial: de la remuneración por tiempo al régimen capitado y/o al pago por prestaciones. Se hace mención a los cambios operados en la regulación de la jornada y en la organización del trabajo. Posteriormente, se pasa revista “a la dispersa y frondosa norma-

tiva del sector salud de la Argentina” en sus tres ámbitos: sector público, privado y de la seguridad social. Luego se hace una breve descripción de las modificaciones normativas en provincias seleccionadas.

En el Capítulo IV se presenta la información que da cuenta de los cambios empíricamente observados, incluida la flexibilización de hecho expresada en el crecimiento del empleo no registrado. La evidencia empírica da cuenta de lo profundo y amplio que ha sido el proceso flexibilizador aplicado al sector salud, tanto en sus modalidades de contratación, como de remuneración, tiempo de trabajo y en particular de pluriempleo. También se describen fenómenos como la feminización y el proceso de asalaramiento de la mano de obra del sector y los cambios en la estructura de calificaciones existente. Finalmente se analiza el grado de satisfacción de los trabajadores del sector con distintas dimensiones de su ocupación y el grado de limitación de la autonomía profesional y restricciones al ejercicio profesional.

■ CAPITULO II

Empleo precario en el sector salud

2.1 Introducción

La búsqueda de flexibilidad laboral, se constituyó en la década del 90, en uno de los paradigmas vigentes en la gestión del personal para el conjunto de los sectores y para el de salud en particular. Muchas de las regulaciones laborales del momento adoptaron la flexibilización como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones de competitividad. Se trataba de la aplicación de criterios de flexibilidad externa, ligada a necesidades de ajuste a las fluctuaciones del mercado, por vía de redefinir las condiciones del contrato o de su disolución, con perjuicio de la estabilidad laboral y los beneficios sociales.

El fenómeno central a indagar en estos estudios es el surgimiento y desarrollo de nuevas formas y modalidades de contratación laboral en el sector salud. El intento era abarcar el amplio espectro de situaciones emergentes en el mercado de trabajo con el objeto de caracterizarlas, estimar su magnitud y evolución.

2.2. Marco conceptual: Flexibilidad y precarización

La flexibilidad, entendida como desregulación del mercado o reducción de la protección - según sostienen los empleadores y los organismos internacionales de crédito - es una necesidad del sistema productivo para incrementar su productividad y competitividad, en el contexto de crecientes exigencias, ajustando por precio (salario directo e indirecto a la baja), lo que se estaría dificultado por rigideces en las regulaciones o en las expectativas de los trabajadores, que no se ajustan a las señales del mercado. Para estos sectores, las altas tasas de desempleo en todos los países, especialmente en la Unión Europea y también en América Latina, serían atribuibles a estas “rigideces”.

Simultáneamente, los nuevos sistemas de trabajo en los ámbitos de producción de bienes y servicios, y los cambios regulatorios que en muchos casos, los fueron acompañando, perfila una conceptualización de flexibilidad que excede el mercado de trabajo e incluye otros aspectos.

Flexibilidad

Hace ya más de una década Guy Standing señalaba que el término flexibilidad no es neutral: se trata de un eufemismo e implica que si el trabajo y el mercado de trabajo se tornan más flexibles esto será económica y socialmente deseable. Quién puede estar contra la flexibilidad? Los antónimos usados en los debates analíticos y políticos son “inflexibilidad” y “rigidez”, ambos de connotaciones peyorativas¹. Sea como capacidad y velocidad de adaptación, sea como respuesta a las presiones, la flexibilidad tiene diferentes connotaciones para trabajadores y empleadores.

Formas de flexibilidad que los trabajadores y los sindicatos verían con simpatía serían aquellas que les otorgan mayor autonomía, más control sobre el proceso y el tiempo de trabajo, facilitando oportunidades seguras y estables de ajustar la jornada, opciones para desarrollar patrones flexibles de actividad a lo largo del ciclo vital, oportunidades para combinar múltiples status laborales y desarrollar competencias, etc.

Para los empleadores, las formas aceptables de flexibilidad incluyen el poder de trasladar a los trabajadores de lugar de trabajo, hacer intercambiables trabajadores y puestos de trabajo, usar formas flexibles de remuneración y tener trabajadores que no impliquen costos fijos elevados. Las palabras de Stanley Fischer, del FMI señalando que es imprescindible la flexibilidad laboral, connotan flexibilidad de los salarios a la baja en periodos recesivos, incluso de los salarios mínimos que reputaba elevados, facilidad para el despido y facilidad para la contratación².

En los últimos años la flexibilidad ha impuesto en general la perspectiva de los empleadores, en grado variable según los países y en sus diversos aspectos:

- a) La flexibilidad en el *mercado de trabajo*, en razón que las altas tasas de desempleo han disminuido las posibilidades de empleo estable y los trabajadores disponibles cuando las oportunidades de empleo aparecen;
- b) La flexibilidad en el *empleo*, que ha incrementado la inseguridad de los trabajadores, ya que los empleadores pueden despedir sin mayores dificultades ni costos elevados,

¹ Guy Standing, "Labour flexibility: Towards a research agenda", WEP, ILO, 1986, p. 1

² Intervención de Stanley Fischer por teleconferencia en la XIV Reunión Regional Americana de la OIT (Lima, 24 de agosto de 1999).

- c) La flexibilidad en el *puesto de trabajo*, en tanto se han vuelto frecuentes las prácticas y permisivas las regulaciones que permiten rotar a los trabajadores a través de la polivalencia o multifuncionalidad;
- d) La flexibilidad en la *remuneración*, en tanto los ingresos son inestables y frecuentemente demasiado bajos, contingentes y no garantizados;
- e) La flexibilidad en el *trabajo*, en cuanto el medio ambiente de trabajo está desregulado, contaminado o es riesgoso, lo que hace incierta su continuidad.

Precarización

La conceptualización de empleo precario se vincula al conjunto de aproximaciones teóricas al mercado de trabajo y su segmentación. Pueden ser clasificadas como de segmentación vertical (en todas las ramas y tamaños de empresas se encuentran trabajadores con diversos niveles de protección y estabilidad) o los de segmentación horizontal (sólo en los sectores más vulnerables económicamente se encuentran trabajadores desprotegidos, correspondiendo a determinado tipo de empresas determinado tipo de empleos)³.

Una revisión de la bibliografía permite afirmar que entre estas conceptualizaciones preferentemente “verticales” pueden contarse las de empleo precario, grupos vulnerables de trabajadores, “casual work”, trabajo atípico. Esta proximidad conceptual permite explorar diversos puntos de contacto y enriquecer las perspectivas del “empleo precario”.

Una de las primeras y más influyentes conceptualizaciones sobre el empleo precario es la de Guy Caire⁴ quien sostiene que su carácter efímero, inestable e incierto lo aleja de todo equívoco. La multiplicidad de sus formas conduce a la fragmentación del colectivo de trabajo. Desde una perspectiva jurídica, sostiene Caire, se define al empleo precario por su oposición al empleo típico. Este se caracteriza por su duración indeterminada, con un empleador único, claramente identificable. Por el contrario, el empleo precario se caracteriza por una doble relación que afecta la naturaleza del contrato y la identificación del empleador.

Las diferentes manifestaciones de empleo precario, comprenden, según Caire, el trabajo en negro, ciertas formas de trabajo a domicilio, aprendices, contratos de duración determinada, eventuales, a través de agencias de trabajo tempo-

3 Las categorías de segmentación vertical y horizontal son de Gerry Rodgers, (comp.) “Urban Poverty and the Labour Market. Acces to Jobs and Incomes in Asian and Latin American Cities, Introduction, IIEL, ILO, WEP, 1989.

4 Guy Caire, *Precairisation des emplois et regulation du marche du travail*, Sociologie du Travail, N° 2/82, Paris.

rario, subcontratación, a tiempo parcial, y otras peculiares de la legislación francesa: “vacataires”, “stages pratiques au enterprise”, “emploi-formation”, etc. La perspectiva económica, sostiene, se ve limitada para medir las dimensiones de la precarización en razón que las fuentes estadísticas son heterogéneas y relativamente imprecisas.

Desde la *perspectiva sociológica*, la precarización tiene consecuencias múltiples a dos niveles diferentes: sobre los trabajadores que constituyen el colectivo obrero de una parte y sobre el sistema de relaciones laborales del otro. Respecto del primero, porque produce una segmentación en ese colectivo. En relación al segundo, porque cada categoría de trabajador precario se rige por diferentes normativas, a pesar de la similitud de condiciones de trabajo, de calificaciones profesionales y de la unidad del poder de dirección del empleador. En consecuencia, la identificación de los actores del sistema de relaciones laborales se torna dificultosa, así como las organizaciones de los trabajadores. Por lo tanto, la conceptualización de Caire es residual: es empleo precario aquel que no reúne las condiciones del empleo típico y generalmente está subprotegido.

Una conceptualización algo más antigua de “empleo precario” surge explícitamente como opuesta a las perspectivas “neodualistas” de la pobreza, la dicotomía moderno– tradicional o formal e informal⁵. En esta perspectiva, el denominado “casual work”, comprende cuatro categorías: el trabajo asalariado de plazo determinado y corta duración, el empleo asalariado oculto, el empleo “dependiente”, que no se encuentra en una situación típica ni oculta de empleo asalariado, pero es dependiente de empresas más grandes, sea por razones de crédito, el alquiler o renta de equipo o instalaciones; y el empleo independiente “verdadero”, para diferenciarlo del que lo es sólo aparentemente, en razón que se trata de “asalariados ocultos”.

Esta perspectiva también sostiene la tesis de la existencia de un “continuo” de tipos, desde el asalariado típico al cuentapropista típico, espacio en el que se presentan diversas formas de empleo asalariado “no típico” u oculto. El ingrediente específico es el relativo al “asalariado oculto” la nota más relevante de este aporte. Esta continuidad entre diversas vinculaciones, obedece a una cierta difuminación del concepto de “dependencia laboral”, cardinal en el derecho laboral clásico para distinguir a asalariados de independientes: “el pluralismo de los es-

5 Ray Bromley and Chris Gerry, *Casual Work and Poverty in Third World Cities*, John Wiley and Sons, p. 4 y ss. 1979, p. 4 y ss. También critican las perspectivas dualistas de “formal e informal”, entre muchos otros, el mismo Bromley en “The urban informal sector: Why is it worth discussing?”, *World Development*, Vol. 6, N° 9/10., A. Azouvi, “Theorie et pseudo theorie: le dualisme du marche du travail”, *Critiques de la l' economie politique*, avril–juin 1981, p. 3 y ss., Guy Standing, “Vulnerable Groups in Urban Labour Process, WEP, ILO, Geneva, 1987. Este autor ha utilizado el concepto “formal – informal”.

quemas normativos del trabajo diluye el límite entre ambas variantes de prestación (dependiente y autónoma)."⁶

Desde la *perspectiva jurídica*, se ha desarrollado la noción de empleo atípico en una versión aproximada la de Caire: empleo precario es el que se aparta de las formas típicas de empleo asalariado, definido éste como el de tiempo completo dentro de los límites de la jornada máxima, un vínculo contractual de duración indefinida y trabajo prestado para un empleador en el establecimiento de éste. "La propia morfología del trabajo atípico se aparta sin duda, de una o varias de los tres presupuestos que antes se identificaron en base al trabajo típico o normal". El autor distingue entre el trabajo atípico propiamente dicho, el empleo independiente y el trabajo clandestino (con lo que incluiría en esta versión ampliada el requisito de cobertura mínima de la seguridad social o del derecho del trabajo)⁷.

En un trabajo más reciente se ha encarado la cuestión del trabajo precario en los países industrializados⁸. Pese a que el título de la publicación induciría a identificar los conceptos de empleo precario y atípico, en su trabajo introductorio conceptual⁹ se advierte que atípico no es necesariamente sinónimo de precario. En el mismo texto se sostiene que la precariedad es un concepto de dimensiones múltiples. Una primera concierne al grado de certidumbre respecto de la continuidad del trabajo. Los empleos precarios son de corta duración, o respecto de los cuales el riesgo de despido es elevado. Esta dimensión engloba igualmente todo trabajo irregular en la medida en que existe incertidumbre respecto de su renovación.

Una segunda dimensión atañe a la noción de control del trabajo: cuanto menos controle el trabajador, individual o colectivamente, sus condiciones de trabajo, de salario o de ritmo de trabajo, menos asegurada está la continuidad del empleo. En tercer lugar, la idea de protección es crucial: en qué medida los trabajadores están protegidos por la ley o por una organización colectiva. Un cuarto aspecto que el autor reconoce ambiguo, es el relativo a los ingresos, ya que los empleos con remuneraciones bajas pueden ser considerados precarios si se encuentran asociados a un contexto de pobreza o inserción social desfavorable.

Por último, indica que la ambigüedad se mantiene porque no todo empleo

6 Adrián O. Goldin, "El concepto de dependencia laboral y las transformaciones productivas", en *Relaciones Laborales*, año 12, No. 3, p. 30 y ss. Madrid, febrero 1996.

7 Efrén Córdova, Tema II, "Nuevas formas y aspectos de las relaciones de trabajo atípicas", XI Congreso Internacional de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social, Caracas, Venezuela, 17 al 20 de setiembre de 1985 p. 69 y ss.

8 Gerry y Janine Rodgers, (sous la direction) *Les emplois precaires dans la regulation du marche du travail, Le croissence du travail atypique en Europe de l'Ouest*. ILO, Geneva, 1990.

9 Gerry Rodgers, *Le debat sur le travail precare en Europe de l'Ouest*, Idem, p. 1/19.

inestable es precario, sino que las combinaciones específicas de todos estos factores son las que identifican a los empleos precarios y las fronteras del concepto son inevitablemente arbitrarias. Esta es la singularidad de aporte de Rodgers, ya que por lo general se reputan como precarios (o atípicos para quienes identifican o aproximan tales conceptos) aquéllos que reúnen *alguna* de esas características. En este trabajo pareciera sostenerse que debe conjugarse una combinación de los factores enunciados para caracterizarlos.

Flexibilización y Precariedad: su Vinculación Conceptual

Por lo general, las organizaciones de trabajadores y las visiones heterodoxas o no neoclásicas han considerado que todas las formas de flexibilidad impuestas a lo largo de las últimas décadas han determinado el incremento del empleo precario, en sus connotaciones de fugacidad, inestabilidad, inseguridad y desprotección.

Por el contrario, las perspectivas de la ortodoxia han sostenido que en tanto la flexibilización ha sido insuficiente, se ha incrementado el empleo en el sector informal, precario por definición, ya que las rígidas regulaciones que aún persisten contribuyen decisivamente a segmentar el mercado de trabajo, y estimulan la “desregulación de hecho”.

Evidencia

En el ya mentado trabajo de Standing se señalaba que el debate abundaba en formulaciones categóricas, pero con escasa evidencia para sustentar las posiciones de la ortodoxia. Una revisión de la literatura efectuada una década después, llegó a similares conclusiones: la evidencia disponible no era entonces contundente respecto de las relaciones entre instituciones laborales, desempleo y competitividad: tanto investigaciones provenientes del Banco Mundial, de la OCDE, de la OIT, del campo académico y de otros organismos internacionales cuestionaban las visiones simplistas que asocian en forma directa la desregulación o la ausencia de normas con las ventajas competitivas, y con ello, un mejor comportamiento del empleo. En todo caso, se exigían mayores investigaciones que pudieran desbrozar las complejas interrelaciones entre la multiplicidad de variables que determinan la competitividad, incluso en el corto plazo, pero más aún en el largo¹⁰.

¹⁰ Pedro Galin y Luis Beccaria; “Competitividad y Derecho del Trabajo”. Ponencia oficial presentada a las IX Jornadas Rioplatenses de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. 11 y 12 de mayo de 1996, Punta del Este. Publicado en versión revisada, bajo el título “Competitividad y regulaciones laborales”, en la Revista “Derecho del Trabajo”, octubre de 1996, año LVI, p.

Prosiguiendo con esas investigaciones, la OCDE¹¹ estudió varias de las principales instituciones laborales en los años siguientes. En 1997 analizó la relación entre la performance económica y la negociación colectiva, especialmente en lo que se refiere al nivel de la misma. Las postulaciones ortodoxas sostienen que el nivel óptimo es el de negociación más descentralizada, aunque algunos autores sostuvieron, tras ciertos estudios, que observarían resultados económicamente aceptables tanto los más desconcentrados (la empresa o el establecimiento) como los más centralizados (nivel nacional de todas las ramas).

El estudio de la OCDE mencionado concluye que la evidencia presentada no muestra relaciones estadísticamente significativas entre dimensiones de la performance económica y las de la negociación colectiva. Esta conclusión no se altera cualquiera sean los indicadores utilizados para aproximarse al sistema de negociación colectiva: densidad sindical, cobertura de la negociación colectiva y su centralización o coordinación. Una excepción a esta ausencia de hallazgos es que existe una clara y robusta relación entre diferencias en la desigualdad de ingresos y la estructura de la negociación. Economías con mayor centralización/coordinación de la negociación observan menor desigualdad de ingresos comparados con las más descentralizadas /descoordinadas.

Aunque menos significativa estadísticamente, se observa cierta tendencia a que los sistemas más centralizados/coordinados observen menor desempleo y mayor tasa de empleo comparados con otros menos centralizados/coordinados y que los países de negociación colectiva que se movieron en los 80 hacia negociaciones más descentralizadas o menos coordinadas han experimentado mayores declives en la tasa de empleo que los más centralizados o coordinados.

Estas conclusiones son opuestas a las tesis ortodoxas corrientes. De un lado, el nivel de la negociación colectiva no permite hacer inferencias respecto a la performance económica como tal. Del otro, se observan mayores tasas de desempleo y menores de empleo en los más descentralizados que en los más centralizados/coordinados. El mito que sindicatos más poderosos y negociaciones más centralizadas provocan altas tasas de desempleo y ruinosos resultados económicos no encuentra ningún sustento empírico. Por el contrario, como es de esperar, la igualdad se beneficia de negociaciones más centralizadas/coordinadas que las más desconcentradas.

Otra de las instituciones que la ortodoxia cuestiona es el salario mínimo. En 1998 la OCDE desarrolló una investigación sobre la experiencia recogida en los

2313/2332, en "Estado y Sociedad. Las reglas del juego" (Oscar Oszlak, compilador), Universidad de Buenos Aires, 1997 y en Revista de la CEPAL, N° 65, Agosto 1998, pp. 71–84. (Edición en inglés "CEPAL Review", N° 65, August 1998).

¹¹ OCDE. Employment Outlook, July 1997 p. 64.

países miembros. De acuerdo a esa evidencia, concluye que los países con salarios mínimos relativamente altos tienen menor desigualdad de ingresos y menor incidencia de bajos ingresos. Además, los salarios mínimos han servido para disminuir las diferencias de ingresos entre distintos grupos demográficos de trabajadores (jóvenes y de mayor edad, femeninos y masculinos). Existe, agrega el trabajo, alguna evidencia acerca de que el salario mínimo contribuye a disminuir la pobreza de las familias trabajadoras y a reducir la desigualdad de ingresos dentro de ese grupo¹².

En 1999 el Employment Outlook dio a conocer un ambicioso estudio que se refiere a la legislación protectora del empleo y la performance del mercado de trabajo¹³. El estudio recuerda que la potencial incompatibilidad de la protección legislativa del empleo (EPL), o sea, las normas laborales entendidas en sentido amplio (legislación, negociación colectiva, procedimientos administrativos y judiciales), con la flexibilidad del mercado de trabajo y buena performance económica ha generado un intenso debate y un cuerpo creciente de investigaciones.

La cuestión central ha sido, indica el estudio citado, en cuánto EPL estrictas han implicado una contribución importante al persistente alto desempleo experimentado en muchos países de la OCDE, desde comienzos de los 80. La investigación empírica no había provisto de una respuesta clara y tajante a la cuestión. En parte, ello se debería a que las investigaciones internacionales comparativas habían usado datos sobre EPL en un punto en el tiempo y esta base de información se desactualizaba crecientemente.

Los nuevos datos presentados en este estudio describen la legislación protectora y la práctica de 27 países entre fines de los 80 y fines de los 90, esencialmente sobre las regulaciones relativas a las indemnizaciones por despido en los contratos de trabajo por tiempo indeterminado y las normas sobre contratos por tiempo determinado. El estudio construyó 22 variables y obtuvo unos 1200 puntos de contacto para aplicar correlaciones simples y análisis multivariados. Con ello se proveyeron bases para revalorar las vinculaciones entre las EPL y la performance del mercado de trabajo.

En forma coincidente con estudios previos, aparece *poca o ninguna vinculación entre la estrictez de las EPL y el desempleo global* (énfasis propio). La evidencia es asimismo inconsistente respecto del nivel de empleo. Sobre todo, estos resultados indican que es difícil confirmar que recientes reformas en EPL se asocien con el empleo o el desempleo. Virtualmente todos los coeficientes de las variables sobre cambios en la rigidez de las EPL son estadísticamente no significa-

¹² OCDE, Employment Outlook, July 1998.

¹³ OCDE, Employment Outlook, Chapter 2, "Employment Protection and Labour Market Performance", June 1999

tivas; aunque las tres excepciones tienen el signo “erróneo”, o sea el contrario al esperado por las tesis ortodoxas corrientes.

El análisis empírico no brindaría, en consecuencia, ninguna evidencia a nivel comparativo internacional sobre la correspondencia entre flexibilidad de las regulaciones y performance económica.

Si bien los estudios mencionados se centran en los países industrializados, incorporan como se ha mencionado, algunas evaluaciones de países del sur. En nuestra región, el estudio más reciente en la materia, que analiza la evolución de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Perú, respecto a las formas de contratación, incluido el no registrado concluye que “se produce una reducción de los costos laborales, pero a costa de una mayor precarización de la estructura. La precarización se deriva de la mayor inestabilidad ocupacional que introducen los contratos por tiempo determinado y la no declaración de la relación laboral en los no registrados...”.¹⁴

En los países latinoamericanos el análisis de la flexibilidad debe incorporar necesariamente el estudio de los niveles efectivos de protección, no solamente los que surgen de la letra de las normas. La efectiva vigencia de las regulaciones debería considerar un aspecto central del análisis de la evidencia sobre vinculación entre flexibilidad, calidad y productividad.

La evidencia disponible sobre las vinculaciones entre otras formas de flexibilidad ya mencionadas, (tiempo de trabajo, remuneraciones, organización del trabajo) y productividad es aún más escasa. Si bien algunos indicios de flexibilización de la jornada se han visto acompañados por la ampliación de la proporción de trabajadores con jornadas largas o exorbitantes, a la vez que el aumento del trabajo a tiempo parcial, generalmente involuntario¹⁵, no son frecuentes los estudios ni sobre la extensión de estos fenómenos ni sobre su vinculación con la productividad.

2.3 El Marco normativo de la flexibilidad

Introducción

En este apartado se presenta un análisis de los aspectos normativos de la flexibilidad y la precarización.¹⁶

¹⁴ Víctor E. Tokman y Daniel Martínez, "Inseguridad laboral y competitividad: modalidades de contratación", OIT, 1999, p. 16.

¹⁵ En Argentina. Ver. Beccaria, Luis y Pedro Galin, "Regulaciones laborales en Argentina. Evaluación y propuestas". CIEPP. OSDE, Buenos Aires, 2002.

¹⁶ El análisis empírico se verá en el capítulo 4.

2.3.1. *Análisis del Marco Regulatorio de las Formas de Contratación aplicables al Sector Salud*

Los grandes principios del derecho del trabajo han sido reconocidos por la legislación argentina desde antiguo, pero durante la última década la legislación ha avanzado, con oscilaciones, hacia la desregulación, poniendo en tela de juicio alguno de esos principios.

En el contexto regional se ha entendido que junto al Perú “las reformas han sido las más profundas y han tenido un carácter marcadamente flexibilizador, aunque en la Argentina desde 1990 se han alternado más de 5 modificaciones con orientaciones diversas”.¹⁷

Se analizará en primer término lo relativo al contrato de trabajo y sus modalidades, para luego abordar el tema de las regulaciones específicas del sector, que también abordará legislaciones provinciales.

El contrato de trabajo y sus modalidades.

El marco regulador del ámbito laboral es la Ley de Contrato de Trabajo. Se encuentran excluidos los trabajadores del servicio doméstico, los del régimen de trabajo agrario y los de la administración pública. Respecto de los dos primeros la protección es menor a la vigente en la Ley de Contrato de Trabajo, y se trata de contratos de vocación frecuentemente efímera.

Los trabajadores de la administración pública, se encontraban en situación de estabilidad propia, pero crecientemente se extienden formas de contratación temporaria o aparentemente autónoma, o de fines formativos, como las pasantías, “contratados”, por obra o resultado, etc. Estas formas estaban ya extendidas entre los trabajadores de la salud y de la educación, ya hacia comienzos de la década,¹⁸ lo que se ha potenciado desde entonces.

El Cuadro N°1 presenta las características centrales del contrato típico, por tiempo indeterminado y las modalidades contractuales que se diferencian de él, destacando sus peculiaridades diferenciales.

2.3.2. *El contrato por tiempo indeterminado*

La legislación establece el principio general que el contrato de trabajo es por tiempo indeterminado, que puede asimilarse con la conceptualización de empleo “típico”. En primer lugar, analizaremos la evolución del período de prueba, una de las innovaciones notables de la última década.

¹⁷ OIT, “La reforma laboral en América Latina. Un análisis comparado”, 2000, p.9

¹⁸ Novick, M, Galin, P: “Informe del estudio sobre reforma de las relaciones laborales en el sector salud”, mimeo, 1999.

CUADRO N° 1 | Empleos típico y atípicos

TÍPICO	ATÍPICOS
Por tiempo indeterminado	Por tiempo determinado o eventual
En el domicilio del empleador	Trabajo a domicilio
De tiempo completo	De tiempo parcial
Para un sólo e identificable empleador	Subcontratación
Protegido por la legislación laboral Y de la seguridad social	No registrado o fraudulento

2.3.2.1. *Período de prueba*

El período de prueba se introdujo por primera vez en la legislación argentina en la Ley 24465 de 1995. Se ha considerado que la previsión del período de prueba en el contrato de trabajo cumple la finalidad de permitir apreciar las aptitudes y destrezas del trabajador y al dependiente experimentar si el empleo le resulta conveniente. El Mensaje de elevación del Poder Ejecutivo fundaba su introducción en la “finalidad principal de facilitar la entrada de nuevos trabajadores” y en evitar las contrataciones “en negro”, que era utilizada por los empleadores ante la falta de período de prueba.¹⁹

En la regulación original del período de prueba se estableció que el contrato se presume celebrado a prueba²⁰ y que cualquiera de las partes podrá extinguir la relación laboral sin expresión de causa ni derecho a indemnización alguna. Así, elimina el preaviso para la terminación del contrato de trabajo para los empleados con hasta tres meses de antigüedad, el cual podía extenderse hasta seis meses si se acuerda en el convenio colectivo. Durante la vigencia del período de prueba no se efectuaban aportes al sistema previsional, ni al Fondo Nacional de Empleo (con lo cual no se computaba para el acceso a las prestaciones por desempleo y solamente como tiempo de servicio para la jubilación²¹).

La accidentada evolución de las regulaciones del período de prueba se pre-

¹⁹ Ley 24465. Modificación de la Ley de Contrato de Trabajo, Antecedentes Parlamentarios, Año 1995, N° 6, Ed. La Ley p. 16.

²⁰ En otras legislaciones se admite el período de prueba por contrato individual o colectivo, pero no está presumido por la ley como en esta ley. (Legislaciones italiana, francesa y española).

²¹ En el contexto del nuevo régimen previsional, el tiempo de servicios es indiferente para la adquisición de derechos previsionales, ya que se computan exclusivamente los años de servicios con aportes (art. 19, inc. c) ley 24465).

senta en el Cuadro 2. La Ley 25013 de 1998 redujo la duración del mismo a sólo 30 días, período para el cual continuaban rigiendo las exenciones a la seguridad social. Durante la extensión convencional (de hasta 6 meses) procedían el preaviso y las indemnizaciones por despido, pero podían ser reducidas hasta en un 50%. La Ley 25250 del 2000 estableció que la extensión convencional podría llegar a

CUADRO N° 2 | Período de prueba

REGULACION	HASTA 1995	1995 – 1998	1998 - 2000	2000 - ...
	Ley 20744	Ley 24465	Ley 25013	Ley 25250
Período máximo legal	No previsto	3 meses	30 días 3 meses	
Por CCT		6 meses	6 meses (con indemnizaciones reducidas hasta el 50% a partir de los 30 días)	6 meses (sin indemnización)
Preaviso		No	De uno a tres meses: 15 días 3 a 6 meses: 1mes.	No
Pequeña empresa		Aplica la norma general	Aplica la norma general	6 meses prorrogables por CCT hasta un año
Contribuciones y aportes		Sólo obras sociales y asignaciones	Sólo obras sociales y asignaciones	Sin exenciones

ser de hasta un año; en ese lapso, no rigen las indemnizaciones, pero se eliminan las exenciones a la seguridad social en todos los casos.

Las reformas de la Ley 25250 en el año 2000, también tuvieron efectos ambiguos en el costo: nuevamente extienden el período de prueba, como se adelantara, pero disponen que durante el mismo deben pagarse contribuciones por todos los conceptos. Finalmente en el 2002, en el contexto de la crisis, se duplicaron las indemnizaciones por despido.

2.3.3. Las modalidades contractuales

Entre las modalidades contractuales diferentes a las del contrato por tiempo indeterminado pueden distinguirse las tradicionales, de naturaleza causal, y las nuevas. Se analizarán sucesivamente ambos tipos.

a. Contratos temporales tradicionales

Los contratos a plazo fijo, eventual y de temporada se encuentran legislados desde antiguo. El contrato a plazo fijo debe responder al principio de causalidad, al igual que el contrato de trabajo eventual.

Los contratos eventuales celebrados por empresas de servicios eventuales hacia fines de los 80, representaban en la manufactura el 3% del empleo; el 20% de las empresas reclutaban personal por esa vía, proporción que alcanzaba al 40% entre las industriales de más de 300 trabajadores. De los reclutamientos de obreros en el Gran Buenos Aires, a través de los avisos de los diarios, los correspondientes a las agencias representaban entre el 30% y el 45%. Desde entonces su importancia parece haberse reducido, pero no se cuenta con estudios actualizados.

Se ha calculado que el empleo temporal, en sus diversas formas, representaba poco más del 10% del empleo asalariado urbano.

b. Nuevos contratos atípicos

A partir de la Ley 24013, se incorporaron a la legislación nacional nuevas modalidades de contratación inspiradas en la legislación española. Estas contrataciones se apartan de un principio de derecho laboral argentino, el de la necesaria causalidad objetiva para la contratación temporal. De acuerdo a dicha ley estos contratos (dejando a salvo el contrato de trabajo de temporada) no podían exceder el 30% del plantel total permanente de cada establecimiento de más de 25 trabajadores, estableciéndose límites más amplios para las empresas de menor tamaño.

Las modalidades contractuales eran cuatro, dos orientadas a los jóvenes con la exención del 100% de las contribuciones patronales - de los aportes al sistema jubilatorio y de asignaciones familiares -, y otras dos con exención del 50%. Se ha

estimado que las contrataciones bajo estas modalidades alcanzaron un número *significativo* pero limitado. En el primer semestre de 1994 representaban el 1.5% de los contratados, el 0.5% de la totalidad de los asalariados o el décuplo del empleo adicional generado en ese período, lo que sugeriría que el efecto “sustitución” de empleo permanente por temporario bajo estas modalidades ha sido considerable, como se ha indicado más arriba.

El Gobierno estimó que algunos requisitos de estas modalidades habían dificultado su efectiva utilización y eran innecesarios, inconvenientes o implican cargas administrativas adicionales (Mensajes N° 1950 del 4-11-94 y 84 del 10/1/95), elevando los Proyectos de Ley de Fomento del Empleo y de Régimen Especial para la Pequeña Empresa y promovió nuevas modalidades sancionadas en las Leyes 24465 y 24467. Las nuevas modalidades han ampliado estos límites: 10% adicional de la modalidad especial de fomento del empleo, 10% contrato de aprendizaje. En las empresas de hasta 5 trabajadores las proporciones podían llegar hasta el 100% para cada una de esas modalidades, y para las de 6 a 25 hasta el 50%.

El máximo de contratos del sector privado bajo estas modalidades se observaron hacia agosto y setiembre de 1998, en el que superaron los 245 mil²², descendiendo luego, a partir de la sanción de la Ley 25013, que las derogó.

Además del período de prueba del contrato por tiempo indeterminado, ya mencionado, las Leyes 24465 y 24467 de 1995 establecieron las siguientes reformas principales en materia de contrato individual de trabajo:

- Se redujeron las exigencias de las modalidades promovidas de la Ley 24013 (ya analizadas) para las pequeñas empresas (de hasta 40 trabajadores).
- Se estableció la modalidad especial de fomento del empleo para mayores de 40 años, mujeres y ex combatientes de Malvinas sin los requisitos de las modalidades de la Ley de Empleo;
- El contrato de trabajo a tiempo parcial, en el que las prestaciones de la seguridad social “se determinarán reglamentariamente teniendo en cuenta el tiempo trabajado” y las de salud serán las “adecuadas para una cobertura satisfactoria aportando el Estado los fondos necesarios a tal fin...”. Sin embargo, el Dec., 492/95 estableció que el trabajador a tiempo parcial cuyas remuneraciones fueran inferiores a 3 AMPOS (o sea \$225 mensuales a esa fecha y \$240 posteriormente, en que se los denominó MOPRES) “podrá optar por los beneficios de la obra social, integrando el aporte a su cargo y la contribución del empleador, correspondientes a un salario de 3 AMPOS... Cuando no se ejerza la opción... el trabajador y el empleador quedarán eximidos de sus respectivos aportes y contribucio-

²² "Revista de Trabajo", N° 13, Cuadro 1.11.1, p. 175. Noviembre 1999.

nes para este régimen”. Con ello se estableció un contrato en el cual se torna voluntaria la cobertura de salud.

- El contrato de aprendizaje estableció una relación contractual especial que vinculaba a un “Joven sin empleo” con un empresario que, de acuerdo al decreto reglamentario, tenía un carácter “no laboral”, no contribuía a la seguridad social, cuenta con una cobertura de salud reducida y por riesgos a través de pólizas de seguro y la compensación “no podrá ser inferior al mínimo del convenio colectivo aplicable a la tarea desempeñada”.
- Las pasantías, reguladas por el Decreto 340/92 originado en el Ministerio de Educación, consistían en la concurrencia de alumnos y/o docentes a las entidades públicas y privadas a fin que completen su formación teórica con una experiencia práctica y se les paga una “asignación”, lo que no crea ningún vínculo entre el pasante y la entidad pública o privada. Algunas perspectivas críticas entienden que se trata de verdaderos contratos de trabajo donde no se acuerda ningún derecho laboral al pasante - trabajador.
- En 1994 el Ministerio de Trabajo lanzó un Programa Nacional de Pasantías para la Reconversión, destinados a jóvenes desempleados incorporados a empresas de hasta 100 trabajadores, inscriptas en el programa para las cuales el costo del pasante es nulo: la pasantía no genera relación jurídica entre el pasante y la empresa ni con el Ministerio de Trabajo (Dec. 1547/94). El Ministerio de Trabajo les pagaba una “ayuda económica” de \$200 mensuales y contrataba un seguro de responsabilidad civil. En el primer semestre de 1995 se habían comprometido 31.629 “puestos de trabajo” por esta vía.
- Las cooperativas de trabajo. El art. 27 de la Ley de Contrato de Trabajo establece que los socios de empleados que prestan a la sociedad toda o parte principal de la misma en forma persona y habitual, con sujeción a las instrucciones o directivas que le impartan o pudieran impartirse serán considerados como trabajadores dependientes de la sociedad, a los efectos de la aplicación de la Ley de Contrato de Trabajo y de los regímenes legales o convencionales que regulan y protegen la prestación de trabajo en relación de dependencia. Resoluciones del Instituto Nacional de Acción Cooperativa (183/92) y de la Administración Nacional de Seguridad Social (784/92) establecieron que los trabajadores de las cooperativas de trabajo son de carácter autónomo o asociativo, y en consecuencia exentos de la protección de la legislación laboral. Debe anotarse, sin embargo, que la del INAC prevé que debe brindarse cobertura, además de la previsional, de salud al trabajador - socio y sus familiares, así como protección para el caso de incapacidad o muerte derivada de enfermedad o accidentes profesionales. En condiciones que no podrán ser inferiores a las que establezcan las leyes aplicables a los trabajadores en actividad.

CUADRO N° 3 | Contratos bajo modalidades

TRADICIONALES	NUEVOS
Plazo fijo	Por tiempo determinado (de fomento del empleo, de nueva actividad, de práctica laboral para jóvenes, de trabajo formación, especial de fomento del empleo). Derogados en 1998
Eventual	De aprendizaje
De temporada	Pasantías

La caracterización de los socios de las cooperativas de trabajo como autónomos por vía normativa tiene una importancia significativa: más de 102.000 socios de cooperativas de trabajo revistaban en casi 2500 cooperativas. Reiteradamente se ha señalado a las cooperativas de trabajo como vehículo de fraudes laborales, especialmente en ramas como la agrícola, los servicios de vigilancia y limpieza, etc.

Un decreto posterior (2015/94) tendió a limitar este fraude, estableciendo que el INAC no autorizará el funcionamiento de cooperativas de trabajo que prevean la contratación para terceras personas utilizando la fuerza de trabajo de sus asociados, y establece que el INAC y el Ministerio de Trabajo procederán a verificar la existencia de fraude laboral entre las que se encuentren en actividad.

A partir de 1998 (Ley 25013) fueron eliminadas varias de las modalidades persistiendo como no laboral ni causada la pasantía, que fue nuevamente regulada por la Ley 25165 y reformada nuevamente por el Decreto de necesidad y urgencia N° 487/2000.

El contrato de aprendizaje, aunque se mantiene, ha perdido su carácter no laboral de la Ley 24465, por lo que en sentido estricto, podría considerarse una modalidad “causada”.

2.3.4 La terminación de la relación de trabajo por voluntad del empleador

Este aspecto se refiere particularmente a los contratos de trabajo por tiempo indeterminado pero resulta de interés, porque limita la estabilidad y tiende a atenuar el principio de indeterminación del plazo, al limitar el resguardo al despido arbitrario.

El despido incausado de los trabajadores comprendidos en la Ley de Contrato de Trabajo con contrato de duración indefinida debía ser indemnizado con un mes de salario por año de servicio o fracción mayor de tres meses, con un tope

del triple del promedio de las remuneraciones convencionales, salvo la antigüedad. La indemnización mínima era de dos meses de sueldo. Además, debía preavisarse con un mes a los trabajadores con hasta cinco años de antigüedad y con dos para los de mayor antigüedad, o indemnizarse la falta de este preaviso.

Con la vigencia de estas normas, se ha calculado que el costo de la indemnización por despido es del 3.2% y el del preaviso del 1.4% de la masa salarial, o sea un total del 4.6% calculando una rotación de 0.18²³.

Dos modificaciones legislativas han reducido este costo:

- La introducción del período de prueba, ha eliminado el preaviso de los trabajadores con hasta tres meses de antigüedad,
- En el régimen laboral especial para la pequeña empresa, se eliminó la institución de integración del mes del despido (el período del preaviso comienza a contarse a partir del primer día del mes siguiente al del despido).

Esta reducción del costo laboral fue estimada como del orden del 1% de la nómina.²⁴ En cuanto al despido por razones económicas, las modificaciones de la Ley 24465 de 1995 otorgaron a los convenios colectivos de trabajo la facultad de modificar el régimen indemnizatorio, incluida la posibilidad de establecer cuentas de capitalización individual (lo que en algunos convenios se ha pactado).

Con la sanción de la Ley 25013 se modificaron las pautas de indemnización por despido, reduciendo la mínima, estableciendo una proporcionalidad más estricta (la regla es 2.5 días por mes o fracción de más de 10 días), y otras reformas que pueden observarse en los Cuadros N° 4 y 5. La incidencia en costos ha sido levemente bajista, en tanto se establecieron reducciones en el período de prueba máximo, y a partir de los 30 días de éste la eliminación de la integración del mes de despido. De otro lado, regula una nueva relación entre el despido incausado y el motivado en razones de fuerza mayor, falta o disminución de trabajo: en tanto que hasta 1998 el despido por razones económicas equivalía a la mitad del incausado, a partir de esa fecha alcanza a los dos tercios. Por otra parte, impone el criterio de flexibilización en el margen (para todos los despidos): se aplica a los nuevos contratos y no a los precedentes.

²³ Galin, Pedro; Monza, Alfredo y Szretter, Héctor: "El costo laboral del despido", Proyecto ARG/92/009, Buenos Aires, 1993. Cálculos relativamente similares, del orden del 5% habían sido estimados en FIEL, "Costos laborales en el Mercosur", FIEL, Bs. Aires, 1995 y Bour, Juan Luis, "Los costos laborales en Argentina", en MTSS, Libro Blanco sobre el empleo en la Argentina", MTSS, Bs. Aires, 1995.

²⁴ Héctor Szretter, "Los costos laborales en Argentina", en "Inseguridad laboral y competitividad: modalidades de contratación (Editores Víctor Tokman y Daniel Martínez), OIT, 1999, p. 39.

CUADRO N° 4 | Preaviso

	Hasta 1995	1995 – 1998	1995...	1998	Primer semestre 2002
Antigüedad	Ley 20744	Ley 24465	Ley 24467 para las pequeñas empresas	Ley 25013 Se aplica a los contratos desde su sanción	Ley 25565
Hasta 30 días	Un mes	Sin preaviso	Sin preaviso	Sin preaviso	Duplicación (según la Norma aplicable)
De 31 días hasta tres meses	Un mes	Sin preaviso	Sin preaviso	15 días	Duplicación (según la Norma aplicable)
De tres meses a cinco años	Un mes	Un mes (si la prueba se prorrogó, sin preaviso)	Un mes	Un mes (si la prueba se prorrogó, sin preaviso)	Duplicación (según la Norma aplicable)
Más de cinco años	Dos meses	Dos meses	Un mes	Dos meses	Duplicación (según la norma aplicable)
Integración del mes	Sí	Sí	Eliminado	Eliminado	Duplicación (según la norma aplicable)

CUADRO N° 5 | Indemnización por despido incausado

	Hasta 1995	1995- ...	1998...	Primer semestre 2002
	Ley 20744	Ley 24467 Para pequeña empresas	Ley 25013 Se aplica a los contratos desde su vigencia	Ley 25565
Mínimo	Dos meses	Los CCT pueden modificar el régimen (incluido cuentas de capitalización individual)	5 días	Duplicación, según la norma aplicable
Regla General	Un mes por año de servicios o fracción mayor de 3 meses	Los CCT pueden modificar el Régimen (incluidas cuentas de capitalización individual)	2,5 días por mes o fracción mayor a 10 días	Duplicación, según la norma aplicable.

CUADRO N° 6 | Indemnización por antigüedad en caso de despido por fuerza mayor, falta o disminución de trabajo

	Hasta 1995	1995...	1998...
	Ley 20744	Ley 24467 Para pequeñas empresas	Ley 25013 Régimen general
Mínimo	Un mes	Los CCT pueden modificar el régimen	3.33 días
Regla general	Medio mes por año de servicios o fracción mayor de 3 meses	Los CCT pueden modificar el régimen (incluido cuentas de capitalización individual)	1.66 días por mes o fracción mayor a 10 días

■ CAPITULO III

La flexibilidad en el sector salud

3.1. Dimensiones de flexibilidad en el sector salud

La especificidad del sector salud en materia de sus recursos humanos, al mismo tiempo que su semejanza respecto a otros sectores, requiere análisis particulares sobre la forma en que se manifiesta la flexibilidad en sus distintas dimensiones.

Respecto a la especificidad sectorial Brito²⁵ identifica dos grandes líneas: la de carácter general, macroeconómica que sostiene que los recursos humanos en salud son similares a los de cualquier otro ámbito o campo de la economía. Todos se componen de mercados de trabajo, sistemas de formación y capacitación, cuerpos normativos que hacen expresivas e inteligibles las relaciones de trabajo, etc. Pero hay otra visión que resalta las especificidades de los recursos en salud, que se aprecian mejor en una lectura microeconómica y sociológica institucional. Son relativas a las determinaciones derivadas de regímenes financieros, tecnológicos, organizacionales y administrativos vigentes en el sector.

Desde la perspectiva de las especificidades puede también mencionarse que está caracterizado por²⁶:

- Actividad mano de obra intensiva, especialmente recostada en el empleo de profesionales, lo que lleva a que en la composición de costos sea elevado el gasto en personal.

²⁵ Brito, P.: "Situación y tendencias de los recursos humanos de salud en las reformas sectoriales en nueve países de América Latina y el Caribe, Reseña de la reunión de constitución del Observatorio de los Recursos Humanos en las reformas sectoriales de salud" Santiago 9-11 de junio, 1999; Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS.

²⁶ Novick, M; Galin, P: "Proyecto de Estudio multicéntrico sobre reformas sectoriales y cambios en el sector salud", Buenos Aires, 1997 .

- De carácter segmentado, compuesto por subsectores, que en general pueden caracterizarse como público, privado y de la seguridad social. Estos sectores no constituyen compartimentos estancos, sino que poseen permanentes y mutuas interpenetraciones, que se verifica en particular en el uso a veces, del mismo recurso humano;
- Una alta proporción de profesionales, que implica, como ética dominante la de la autonomía profesional, opuesta a los principios tradicionales de gerenciamiento.
- En tanto se trata de un servicio, la producción y el consumo son simultáneos, lo que excluye la noción de “stock”.
- El sector presta un servicio de alta repercusión social, dependiente en gran parte del comportamiento de los recursos humanos involucrados.

En el marco de las importantes reformas sectoriales -contemporáneas en muchos de los países de la región con reformas en la legislación laboral y en el rol mismo del estado- se ha descuidado en general a la política de personal y gestión de la fuerza de trabajo, situación no exclusiva de América Latina. En el contexto de la búsqueda por la reducción del gasto en Europa, Bach²⁷ señala que “en la floreciente literatura sobre la reforma del sector salud es notable cuán poca atención se ha dado al impacto de tales políticas en la fuerza de trabajo”. Más limitada aún es la disponibilidad de análisis sobre esta materia en la región latinoamericana²⁸.

A los pocos estudios de carácter sistemático se le agrega información de tipo descriptivo que da cuenta de la coexistencia de marcos y mecanismos de gestión de personal de tipo inflexible con una creciente tendencia a la flexibilidad tanto en materia de contratación²⁹, como de organización del trabajo y de tiempo de trabajo, y la introducción de flexibilidad en las remuneraciones.

Para otros autores³⁰ la flexibilidad en el empleo puede ser de dos tipos: de

²⁷ Stephen Bach, “Trends in European Health Sector Reform: Implications for Human Resource Management”, documento presentado a la Reunión Constitutiva del Observatorio Regional de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud”, 9–11 de junio de 1999, p. 28, traducción nuestra.

²⁸ En esta línea debe observarse un interés creciente en los últimos años, muchos de ellos impulsados por la OPS–OMS entre los que pueden mencionarse: “Estudio Mercado de Trabajo en el sector salud en Chile”, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas; Marta Novick, Pedro Galín: “Informe del estudio sobre reforma de las relaciones laborales en el sector salud” y los Documentos elaborados para el Observatorio de los recursos humanos en salud en el marco de las reformas sectoriales.

²⁹ Brito, O; 1999, op cit.

³⁰ Martineau, T.; Martínez, J.: “Human resources in the health sector, Health and Development Series, working paper N 1, 1997.

tiempo, usando diferentes patrones de horas de trabajo, o contractuales, para una mayor flexibilidad organizacional (uso de personal temporario o contratos por tiempo determinado e, incluso, subcontrataciones de servicios íntegros).

3.1.1. Flexibilidad en las condiciones de contratación

Este apartado tiene por objetivo describir las condiciones de contratación de los trabajadores del sector, analizados según las variables que se definen en las secciones siguientes.

Se reconocen, tanto en el subsector público como en el privado tres categorías básicas de contrataciones.

- f) Las *contrataciones por tiempo indeterminado*, generalmente consideradas típicas por las regulaciones vigentes, las que consideran a las otras modalidades de contratación como excepciones.
- g) En el sector privado se ha observado con mayor frecuencia *contratos temporales tradicionales*, *nuevas modalidades contractuales atípicas*, la intervención de las agencias de trabajo temporal o de servicios eventuales, la *subcontratación*, las *pasantías* y el *contrato de aprendizaje*. En los servicios públicos se ha constatado el reclutamiento de personal como “contratado” (sin las protecciones y el carácter estatutario tradicional) tales como pasantías, contrataciones de “servicios” y otras formas atípicas.
- h) Se encuentra frecuentemente y en especial para ciertas calificaciones *el empleo no registrado* (conocido como “en negro”), *el trabajo gratuito*, denominado como “ad honorem” y *el trabajo asalariado oculto* tras formas contractuales no laborales. Interesa conocer la evolución reciente de estas formas irregulares de contratación.

Engastadas en estas, se encuentran otras modalidades que es necesario diferenciar bajo las figuras de trabajo semidependiente y/o semiautónomo: se trata de situaciones que se ubican en un espacio entre el trabajo “típico” asalariado al trabajo “autónomo” típico, sin constituirse nítidamente en ninguna de estas categorías. Puede tratarse de personal autónomo frente a la seguridad social, pero con contratos de trabajo asalariado de carácter explícito o implícito y en otros, en cambio, son figuras más cercanas al trabajo autónomo.

En el caso particular del sector salud, se observan una serie de factores que facilitan la emergencia y el aumento de la precariedad por un lado, y otras, por el contrario, que lo obstaculizan. Entre las primeras, puede mencionarse el alto número de profesionales que actúan en el sector que pone en cuestión la noción de dependencia laboral, que ha sido cardinal en la constitución de la protección del

derecho de trabajo, en la versión “optimista” del trabajo “postfordista”³¹. Por otro lado, la importancia del empleo público en el sector y su modalidad más importante de contratación por tiempo indeterminado constituyen –a pesar de la emergencia de “nuevas figuras contractuales”– un factor contrarrestante de la precarización.

Si bien no se cuenta con datos específicos sobre el perfil de todas las diferentes dimensiones que la flexibilidad adquieren en la Argentina en el ámbito de la salud, estudios realizados en otros países de la región, y la extensión del fenómeno en el país en otros sectores, permitirían suponer la aplicación de estos esquemas en nuestro país.

La flexibilidad en las remuneraciones es un fenómeno que se ha extendido en diversas actividades e incluso negociado colectivamente³², al igual que la jornada, a través de aplicación de cálculos de jornada modular y/o anual. Los cambios en la organización el trabajo han sido motivo de diferentes y diversos estudios en distintos ámbitos (industria manufacturera y servicios, como telecomunicaciones, por ejemplo) Incluso, algunos estudios de principios de los '90³³ identificaba cambios en la organización del trabajo en Hospitales en el sector público. Los antecedentes de la negociación colectiva en el sector salud³⁴ indicaban cambios en ese sentido. En la segunda parte de este trabajo, al analizar los resultados de la Encuesta de Mercado de Trabajo del Sector Salud (EMT), se brindan algunos elementos empíricos que tienden a apoyar esta hipótesis.

3.1.2. Flexibilidad en la remuneración

Un importante número de publicaciones y estudios abundan en el análisis de la asociación entre los aumentos de la remuneración y los de productividad según lo destacan Cherchiglia y colaboradores³⁵, en estudios de casos realizados

³¹ Así como la década del 50 ha sido escenario en muchos de nuestros países de los procesos de asalarización de los profesionales de la salud con el desarrollo de la Salud Pública y la instalación de los grandes Hospitales, los 80's y los 90's constituyen el marco de los procesos en sentido inverso al quebrarse la noción de asalarización y dando lugar a nuevas figuras contractuales, algunas producto de nuevas situaciones y otras, sencillamente fraudulentas. En algún sentido se trata de un proceso de desvalorización, ya que el incremento del trabajo por cuenta propia sirve para expulsar fuera del derecho laboral a trabajadores tratándose en muchos casos, de formas fraudulentas de desregulación.

³² Novick, Marta; Trajtenberg, David: "La Negociación colectiva en el periodo 1991- 1999". Buenos Aires. En Coordinación de Investigaciones y Análisis Laborales. Inédito. 2000.

³³ Novick, M; Pessagno, G: Informe Estudio Exploratorio sobre Modalidades de Inserción y política hacia el recurso Humano en las Instituciones "empleadoras". El sector público, OPS-/BIRF; 1989, mimeo.

³⁴ Novick, Galin, 1999, op cit.

³⁵ Cherchiglia, Mariangeles, Girardi, S: Castro Viera, R: Bibiani, R: Werneck da Rocha, P; Cimino

en Hospitales en Brasil. Hay dos tipos básicos en los sistemas de remuneraciones: el de *remuneración por tiempo trabajado* y el de *remuneración por resultados logrados*, que puede basarse en el trabajo individual o colectivo.

La tradición en los sistemas públicos de salud era la remuneración horaria. Los contratos por tiempo indeterminado eran acompañados por remuneraciones fijas basadas en compromiso por horas. En esos modelos, el pago del trabajo se realiza en función del tiempo que el trabajador pone a disposición del empleador. En este sistema la remuneración es fija y puede tener un complemento controlado por mérito, producto de algún tipo de remuneración por desempeño³⁶. Sin embargo, en el sector salud, aún en el contexto de pago horario, para el grupo profesional y para el médico en particular coexistían sistemas heterogéneos, tales como pago por procedimiento, por acto, etc.

Por otro lado se encuentran los pagos por rendimiento o por productividad, por el cual los ingresos de los trabajadores varían, según reglas preestablecidas con los cambios en su rendimiento y la remuneración obtenida está vinculada al resultado de su tarea. En el sector salud, este modelo ha tenido una tradición importante entre los profesionales, aunque no en el resto de los trabajadores del sector. Según el estudio realizado por el Sindicato Médico del Uruguay se han identificado las siguientes formas de remuneración: pago directo de honorarios libremente negociados entre el proveedor (profesional) y el cliente (paciente); pago en base a un cuadro (nomenclador) de actos, servicios y/o procedimientos; pago por caso o diagnóstico; pago por capitación; pago de un salario "mixto" (parte fija por tiempo y parte variable por acto o procedimiento); remuneración variable en función del volumen y calidad de los actos y procedimientos.

A pesar de que el sector salud "suele ir a la zaga en materia de adecuar los sistemas de remuneración a la globalización de las economías y hacer más flexible la producción", se observan importantes cambios en ese sentido. (Pierson y Williams, citados por Cherchiglia y otros)

Las vertientes son de dos tipos: por un lado, se encuentran los distintos mecanismos utilizados para reducir costos y que transforman salarios fijos en salarios por prestación, acto o procedimiento, vinculados a las modalidades de "cuenta propismo" real o de ocultamiento de posibles relaciones de dependencia. Por el otro, mecanismos tendientes a aumentar la motivación del trabajador, para estimular la productividad y el compromiso con la organización como mecanismos para suavizar la rigidez de las políticas salariales del sector y la insuficiencia de los sueldos. El caso de Brasil es un ejemplo de la aplicación en diversos Estados de algunas de estas modalidades con resultados diversos.

Pereira, A.: "Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del estado de Minas Gerais, Brasil 1992-1995" en Revista Panamericana de Salud Pública, 4 (2), 1998.

³⁶ Dal Poz y Varela, op cit

Sin duda, la remuneración por rendimiento, prestaciones y la flexibilidad en las remuneraciones en general, constituye una dimensión importante a considerar en el análisis de la flexibilidad laboral en el sector salud.

3.1.3. Flexibilidad de Jornada

Una de las consecuencias de las actuales políticas de reforma sectorial, desregulación y ajuste se vincula con la tendencia a la extensión y flexibilidad de la jornada de trabajo, sea como consecuencia de cambios en materia de negociación colectiva, como de negociaciones de tipo individual o de imposición unilateral de los empleadores.

La jornada ordinaria está establecida en general como de 8 horas y las semanales pueden ser de 40 a 48 horas que, en el sector público, tiende a ser algo inferior.

En general, en la actualidad, la jornada tiende a extenderse o a ser calculada de otras formas. Aparecen excepciones importantes a los habituales marcos legislativos que estipulan límites a la jornada diaria o semanal. Recientemente algunas legislaciones han admitido la posibilidad de modular la jornada, flexibilizando el período de cálculo de la jornada máxima. Aparecen así nuevas formas para calcularla en base a criterios “modulares” de modo que las jornadas de trabajo responden a posibles fluctuaciones de las demandas de los bienes o servicios que se constituyen en principios reguladores por sobre los legislativos.

En el caso del sector salud los regímenes horarios siempre han constituido fuente de conflicto, por su carácter extraordinario, debido a que las necesidades de servicio llevan a reglamentaciones en las que conviven diferentes regímenes horarios, de acuerdo a categorías, sistemas de contratación y determinaciones estatutarias muy diferentes.

En el marco de las modificaciones sectoriales a las que se hace referencia, la jornada comienza a manifestar síntomas de flexibilidad, sea porque no se constituye en una dimensión contractual (cuando el pago se basa en algún tipo de remuneración por acto o procedimiento) o porque la prolongación del tiempo de trabajo es considerado –de hecho– como “habitual” razón que, frecuentemente, no amerita pago de las horas extraordinarias.

3.1.4.- Flexibilidad en la Organización del Trabajo

Los métodos de trabajo y producción –tanto en gran parte de la producción industrial como de servicios– se han transformado de manera importante. Los nuevos sistemas regidos por factores vinculados cada vez más al saber y a la innovación están signados por la búsqueda de flexibilidad que se expresa en las

modalidades de contratación y de remuneración como ya se mencionara, cuanto en la forma de organizar el trabajo.

En esta línea, pueden mencionarse:

- Tendencia a la subcontratación y/o externalización de etapas o procesos productivos que, en el caso del sector salud, comenzó con tareas de limpieza, seguridad, lavaderos, mantenimiento y, en ocasiones, servicios de alimentación;
- Eliminación de niveles jerárquicos, en particular de mandos medios;
- Disminución de sistemas de control y supervisión, tendiente en algunos casos al autocontrol;
- Introducción de nuevas formas de organización del trabajo, trabajo en equipo, módulos de trabajo, etc;
- Polivalencia y multifuncionalidad tendiente a que las tareas sean complementadas con otras, incorporación de actividades de control o indirectas al diseño del mismo puesto de trabajo, etc;
- Requerimiento de mayor comprensión de procesos y entornos en vez de centrarse exclusivamente en las dimensiones inmediatas de su ámbito de trabajo;

En este tema, hay poca información sistematizada en el sector salud. A pesar de los importantes intentos por crear y desarrollar “equipos de salud”, las escasas experiencias en la materia no están suficientemente estudiadas. Las necesidades de reducción del gasto de un lado, y los avances en materia de diagnóstico y tratamiento, los mejores sistemas de información y supervisión, tienden al “aplanamiento” de las estructuras medias y al uso más eficiente de los distintos tipos de recursos.

Algunos autores³⁷ sostienen que han ocurrido grandes cambios en los procesos de trabajo en salud en el marco de las reformas, y destacan una inadaptación de los criterios tradicionales de fragmentación y especialización con las nuevas demandas de mayor comprensión de los entornos y procesos, etc.

3.2. Peculiaridades normativas del sector salud³⁸

En un trabajo realizado ya hace algunos años para la Oficina de la OPS en Buenos Aires, se ha afirmado: “la amplia variedad de las instituciones, organis-

³⁷ El desafío educativo de las reformas sectoriales: Cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud, OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, Buenos Aires, 1997.

³⁸ En relación al primer lustro se sigue a Marta Novick y Pedro Galin "Informe del Estudio sobre Reforma de las Relaciones Laborales en el Sector Salud", OPS, 1996.

mos, entes y empresas que utilizan los servicios de los trabajadores del sector salud se traduce en una vasta y compleja dispersión normativa cuyas fuentes formales no son sólo leyes y decretos, sino además, convenios colectivos sectoriales o de empresas, sistemas reglamentarios cuyo ámbito frecuentemente no excede un único ente prestador y prácticas de contratación más o menos generalizadas".³⁹

Los principales ámbitos y jurisdicciones en los que se desempeña el personal de salud son, como es sabido, diversos:

Sector público: Los trabajadores del sector público están sometidos a distintos regímenes de trabajo, que pueden ser de carácter nacional, provincial o municipal. Como la mayoría de los trabajadores del sector estatal no tienen acceso a la negociación colectiva, y están sometidos a los vaivenes de la reglamentación y reformas del sector público. El proceso de Reforma del Estado ha tendido a descentralizar al personal y a las instituciones de salud, por lo que, en los últimos años la gran mayoría de este personal está sometido a regímenes provinciales o municipales, variando sobremanera categorías y remuneraciones entre las distintas regiones.

Sector privado: Es en el único sector donde se negociaron históricamente los principales convenios colectivos del sector, y hoy se continúan efectuando acuerdos marco o negociaciones por establecimiento. No es tan homogéneo como parece, ya que las diferentes unidades difieren en las estrategias y modalidades aplicadas.

Sector de la Seguridad Social: El personal de este sector no depende de un único régimen. Puede estar bajo la jurisdicción de sistemas jurídicos especiales (como ejemplo, puede mencionarse el caso de una Obra Social de los trabajadores metalúrgicos)⁴⁰ o estatutos privados particulares. No están sujetos a un régimen único. En los últimos años se produjo un achicamiento considerable de este subsector que, en la mayoría de los casos, fue privatizado.

Por otro lado, el decreto Ley 22212 de 1945 estableció un régimen laboral específico para los profesionales universitarios en medicina o disciplinas afines, en relación de dependencia. Este régimen establece un verdadero estatuto, con

39 Adrián O. Goldin y Jorgelina Alimenti, "Informe sobre el estado de avance al 31 de diciembre de 1989 de la investigación sobre regímenes reglamentarios de contratación y trabajo para recursos humanos en el sector salud", AM/ARG/DHS/090/P6/88-90/390, p. 2

40 Novick, M, Tomada, C; Mercer, H; Lopez G,;" Actualización de la gestión y de la administración de personal en una Obra social de la industria metalúrgica en Argentina" en Brito; P; Campos, F; Novick, M (organiz): Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: Cambios y oportunidades, OPS/OMS, Washington, 1996.

regulaciones específicas que establecen, para los establecimientos oficiales o subvencionados por el Estado, un examen de competencia en concurso abierto, el período de prueba, la estabilidad en sus cargos de los que no podrán ser separados sin sumario previo, escalafón, jornada de trabajo reducida, condiciones de trabajo especiales, con planteles mínimos, y un régimen de remuneraciones. Sin embargo, la falta de aplicación práctica de este régimen impidió comprobar sus aciertos y desaciertos.⁴¹

A la dispersión y frondosidad normativa del sector salud en la Argentina, se une, en el caso de los médicos y otros profesionales de la salud el que “De las llamadas figuras dudosas, los profesionales médicos constituyen, quizá, la rama que comprende la gama casuística más variada, de manera tal que la relación (según el caso y las circunstancias) puede ubicarse de un extremo a otro dentro de las innumerables variables de intensidad posible de un vínculo dependiente o estar fuera de él (actividad autónoma)...hay casos en que el médico es indudablemente dependiente y otros en los que la autonomía es igualmente manifiesta, pero entre ambos extremos existe una variada gama en la que la determinación de la vinculación es confusa”⁴². Variadas son las pautas orientadoras para la determinación de la relación de dependencia, entre ellas las circunstancias referentes a lugar en que se prestan los servicios, la incorporación física y efectiva al establecimiento, la realización de controles a domicilio, etc.

Algunos casos son ilustrativos. Por lo general, si se prestan servicios en una empresa ajena como los médicos de guardia de hospitales y sanatorios de colectividades y particulares sin fines de lucro, los que se desempeñan en emergencia y/o transporte de personas en ambulancia y los que lo hacen en geriátricos son dependientes e incluso se encuentran regidos por Convenios Colectivos de Trabajo. (71/89, 99/90, y 100/90).

En el caso de los médicos que se desplazan del lugar de prestación del servicio, por ejemplo en su propio consultorio o en otras empresas por cuenta y orden de un centro médico o controlan ausentismo, se presentan dificultades para determinar el vínculo que une a las partes. Por ejemplo, se ha entendido que una entidad comercial cuya actividad es la prestación de servicios médicos... la relación que la une con los médicos encargados de atender los consultorios externos configura un contrato de trabajo...”⁴³

⁴¹ Raúl Fernández Campón, “Profesionales de medicina y ciencias afines”, en Antonio Vázquez Vialard, “Tratado de Derecho del Trabajo”, Tomo 6, 1985, p. 269 y ss.

⁴² Beatriz Ragusa, “La relación de dependencia en la prestación de servicios médicos”, Relaciones Laborales y Seguridad Social, Año 1, N° 9, noviembre de 1995, p. 1006. También, entre otros trabajos pueden verse: Horacio Buzzetti Thomson, “El Médico Dependiente”, Reseña de Jurisprudencia, ED.

⁴³ (CNAT, sala IV, 31-7-87).

También se ha apreciado que “Un profesional que cumplió funciones de supervisión o auditoría médica de una empresa de prestaciones clínicas... aunque no concurriera diariamente...” está subordinado jurídicamente.⁴⁴

Una cuestión debatida ha sido la relación jurídica de los médicos de cabecera del PAMI (Obra Social de los trabajadores jubilados y pensionados). La jurisprudencia de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo en general consideró que concurren las notas características de suficiente importancia para calificar como laboral al vínculo. En ese sentido se ha expresado la mayoría de la CNAT. Más recientemente, y en el mismo sentido, CNAT, Sala VIII, 30-6-93, Judkin c. Pami.

El caso de los médicos que realizan “guardias pasivas”, un caso límite de situación conflictiva para deslindar la existencia de subordinación, se entendió que resultan determinantes el grado de control de la institución sobre el profesional y la obligatoriedad del carácter personal de la prestación⁴⁵.

En la muestra de fallos seleccionada por Ragusa, se observa que en un 27% de los 37 casos seleccionados los fallos se orientaron por negar la existencia de relación de dependencia, pero de todas formas, el hecho que se haya llegado al pleito, indica que en la práctica y antes de su extinción, todas estas contrataciones eran tratadas por el dador de trabajo como autónomas.

3.2.1. El régimen jurídico de la función pública

La reforma del régimen de salud en la Argentina ha determinado que no sea abundante el personal de salud dedicado a funciones específicas de atención o prevención primaria encuadrado en el Estado nacional.

De todas formas, vale señalar que en principio se garantiza la estabilidad del empleo público (art. 14 bis), para el personal permanente (art. 15, inc. a) de la Ley 22140, luego reemplazada por la Ley 25164, que lo reconoció para el personal que ingrese por concurso al régimen de carrera. En la Ley 22140 se regulaban tres categorías de personal no permanente, (de gabinete, contratado y transitorio, art. 11, de la misma ley), el que fue reglamentado por el Dec. 1437/82 y la Resolución N° 58/82, ambas que vinculaban la contratación de este tipo de personal con la característica objetiva de transitoriedad, estacionalidad o eventualidad o sus características especiales (como el personal docente).

En la más reciente Ley 25164 se dispone que el “régimen de contrataciones de personal por tiempo determinado comprenderá exclusivamente la prestación de servicios de carácter transitorio o estacionales, no incluido en las funciones pro-

⁴⁴ CNAT, Sala IV, 22-3-96, Hass c. CEPRIMI

⁴⁵ Guillermo A. F. López, “Reflexiones sobre la naturaleza de la vinculación jurídica de los médicos de cabecera del sistema PAMI”, Derecho del Trabajo., XLVII-A, p. 635 y ss.

pías del régimen de carrera” (art. 9°). Sin embargo, la forma más utilizada en el sector público nacional para la contratación de personal no permanente (ya que tanto la planta permanente como la transitoria se encuentran afectadas por diversas normas que congelan el gasto público, vinculadas a la Ley de Reforma del Estado y sucesivas normas de emergencia económica), es la del Decreto No. 92/1995.

En este se autoriza la contratación de servicios de profesionales, con fines de fortalecimiento institucional (u otros de carácter más transitorio por naturaleza, como el desarrollo de proyectos), con lo cual estos servicios se desvinculan del carácter causado de las contrataciones no permanentes. Por esta vía, se ha extendido el número de trabajadores del sector público que no se encuentra dentro de su régimen jurídico básico, y además considerados como “autónomos”, carecen de protección social.

En lo que se refiere más específicamente al personal de salud se encuentra regulada la carrera del personal profesional (Dec. 277/91). Anteriormente las leyes 20748 y 20749 habían establecido también la carrera sanitaria, en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud, pero la dictadura las derogó (Ley 21902).

El mencionado Dec. 277/91 establece normas para el personal que ha adquirido o aún no el carácter de permanente, regulando el ámbito de aplicación, las condiciones de ingreso, la estructura de la carrera, las promociones, las calificaciones, los concursos, las retribuciones, licencias, guardias y crea una Comisión Permanente de Carrera Profesional.

Como puede advertirse, las regulaciones son minuciosas y frondosas, pero no abarcan el complejo de relaciones que pueden detectarse en la práctica, como se advertirá más abajo.

3.2.2. Las regulaciones provinciales.

En esta sección se presentarán las regulaciones relativas a personal de salud, con referencia a las contrataciones bajo modalidades diversas a las típicas en el sector público de diversas jurisdicciones provinciales que han modificado su normativa en el curso de la última década.

La Rioja. La Ley 6049, publicada en el Boletín Oficial el 11 de abril de 1997, sancionó el “Estatuto Escalafón para el Personal de la Secretaría de Salud Pública” de la Provincia de La Rioja, que dispone que el agente (toda persona que se desempeña en relación de dependencia), adquiere estabilidad a los seis meses, si ha cumplido con los requisitos. Además, establece la carrera “sanitaria”, una comisión paritaria provincial (que integra ATSA) las condiciones de trabajo, los regímenes disciplinario y salarial. Las carreras asistenciales y administrativa fueron reglamentadas en un Anexo a la norma.

CÓRDOBA. La Ley 7625 que rige desde 1987, el “Régimen del personal que integra el equipo de salud humana”, regula el empleo público de los trabajadores de la salud sus obligaciones y derechos, el régimen disciplinario, el escalafón y las Juntas de Calificación.

Esta norma prevé expresamente al personal no permanente,

- a) Personal de Gabinete.
- b) Personal Directivo.
- c) Personal Contratado.
- d) Personal Interino.
- e) Personal Suplente.
- f) Personal Transitorio.

Define al personal contratado como aquel que presta servicios en forma personal y directa y cuya relación laboral es regida por un contrato de plazo determinado, en tanto que el interino es el designado en forma provisoria para ocupar un cargo vacante, y el transitorio es el que se emplea para la ejecución de servicios, obras o tareas de carácter temporario. En capítulos posteriores regula el escalafón, los organismos regulatorios, los derechos, incluida la estabilidad (que se adquiere por concurso renovable cada cinco años, pero manteniéndola aún excedido ese plazo en el nivel operativo de la actividad, profesión o especialidad correspondiente), las retribuciones, indemnizaciones, licencias, régimen disciplinario, etc.

Chubut. La Ley de la Provincia N° 2672, modificada por diversas normas, conocida como ley de Carrera Sanitaria, establece disposiciones sobre la carrera hospitalaria y asistencial, el escalafón, la promoción, vacantes, concursos, remuneración, jornada de trabajo transferencia de personal, jornada, jubilaciones, etc. La Ley 3470, por su parte, estableció la carrera sanitaria en la Provincia, regulando los temas médicos, adicionales de remuneración, adicional por dedicación exclusiva, carrera asistencial.

San Luis. La Ley 4901, sancionada en 1991 excluyó al personal de la salud del estatuto del empleado público, el que se regirá dice la norma, por las disposiciones de la ley de contrato de trabajo y el Convenio Colectivo de Trabajo de la actividad.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La Ley 113 de la Legislatura sancionada el 12 de enero de 1999, dispuso que los profesionales que se encontraran revistando como personal transitorio serían incorporados a la Carrera Municipal, siempre que cumplieran ciertas condiciones. La Ley 471 del año 2000, estableció la relación de empleo público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que se aplica al personal de salud.

Santa Fe. La Ley 9.282 de 1983, modificada varias veces, establece el Estatuto y escalafón de los profesionales universitarios de la sanidad. Sancionada el 27 de julio de 1983 establece normas sobre el ejercicio profesional (médicos, auxiliares de la medicina) estatuto profesional, escalafón, administración pública provincial, empleados públicos, ingreso a la función pública: requisitos, personal suplente, incompatibilidad de cargos, agrupamiento administrativo, agrupamiento técnico, remuneración - promoción del personal, juntas de calificación: funciones, colegio profesional, concurso de cargos, recursos administrativos.

Esta incompleta enumeración de normas y temas regulados ilustra la extraordinaria complejidad de las regulaciones vigentes en el ámbito del empleo público en el sector salud y la necesaria cautela que se debe brindar a la descripción de las regulaciones aplicables y las instituciones vigentes.

3.3. El empleo no registrado

Uno de los procesos más notables de la década ha sido el incremento del empleo no registrado, definido como aquel que no es informado, a pesar que existen normas que lo imponen, ante las autoridades administrativas o tributarias responsables.

En la década se han dictado una serie de normativas específicas, tendientes a paliar el fenómeno que se ha duplicado en los últimos 20 años (la incidencia del empleo no registrado pasó del 20% al 40% del empleo asalariado total).

En lo que sigue se detallan las diversas medidas represivas y promocionales que se han dictado en los 90.

a) De derecho criminal

Sanciones de la Ley penal tributaria. La Ley 24769 modificó y en algunos casos agravó las sanciones penales previstas por la Ley 23771. Dependiendo del tipo simple o agravado y el monto evadido, las penalidades son de 2 a 9 años de prisión. Algunas de las figuras son no excarcelables. De los 7738 expedientes labrados entre 1997 y 1998 por infracciones a la ley penal tributaria (no sólo delitos vinculados a la evasión previsional), se registraron cuatro condenas.

b) De derecho fiscal

A partir de 1993 los intereses punitivos por evasión de las cargas previsionales fueron elevados al 4.5% mensual, lo que amplió la brecha respecto de los bancarios (1.2% para ese año, en el Banco de la Nación). No se cuenta con datos actualizados de las sanciones efectivamente aplicadas y recaudadas.

c) De derecho administrativo laboral

La Ley 25212 (Pacto Federal del Trabajo) en su Anexo II, establece que la falta

de inscripción del trabajador en los libros de registro será considerada falta muy grave y sancionada con una multa de \$1000 a \$5000 por cada trabajador afectado por la infracción, lo que agravó considerablemente las sanciones vigentes precedentemente. Esta ley ha sido ratificada por Buenos Aires, Chaco, Chubut, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa, La Rioja, Neuquén, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero y Tierra del Fuego. Es decir que rige respecto de más del 75% de los asalariados.

d) Establecidas en beneficio del trabajador no registrado

- i. El 25% de las remuneraciones no registradas (sea empleo total o parcialmente no registrado) si el empleador es intimado y dentro de los 30 días no registra debidamente al trabajador (Ley 24013). Tan sólo unos pocos centenares de trabajadores fueron registrados a raíz de tales intimaciones. Un estudio ya algo antiguo revela que los reclamos indemnizatorios por esta norma se presentaron en el 40% de una muestra de juicios de despido de Capital y Gran Buenos Aires.
- ii. Sanción conminatoria mensual al empleador que hubiere retenido aportes a la seguridad social u otros aportes o contribuciones establecidos por ley o convenio colectivo, si extinguido el contrato de trabajo no hubiere efectuado los aportes. El importe de la sanción será equivalente al de la remuneración mensual, hasta que el empleador acredite haber hecho efectivo el ingreso de los fondos retenidos (Ley 25345). El decreto reglamentario exige intimación previa (Dec. 146/01).

e) Duplicación de indemnizaciones por despido

- iii. Para el caso de la Ley 24013, hasta dos años después de la intimación.
- iv. Sin intimación previa, en el caso de despido de trabajadores no registrados. (Ley 25323).

Esta considerable batería de medidas tendientes a controlar el empleo no registrado, no tuvo, sin embargo mayores efectos en su reducción. Por el contrario, con pocas oscilaciones, la incidencia siguió aumentando. Recientemente, en agosto del 2003, se ha diseñado y puesto en marcha un nuevo plan contra el trabajo no registrado.

■ CAPITULO IV

Flexibilidad: la evidencia empírica

4.1. Dimensiones absolutas y relativas del sector salud

DATOS GENERALES

a) Personal que trabaja en el sector salud

El cálculo del personal ocupado en el sector varía según las fuentes y registros. Para la Encuesta de Gastos de Hogares (ENCGH) de 1996/97 con una cobertura del 95% del total urbano, la cifra de trabajadores en el ámbito de salud y servicios sociales alcanzaría a 614 mil ocupados. En cambio, para la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) con una cobertura del 66% de las áreas urbanas, la totalidad de personal que trabaja en el sector de salud y servicios sociales ascendía a 465 mil en el año 2000. Para el personal afectado a salud definido en forma restringida, la cifra sería de 406 mil (esto es, que está empleado en sectores prestarios de servicios de atención médica en sus diferentes niveles). Estas cifras están sujetas al margen de error propio de este tipo de encuestas, y a la diferente cobertura señalada.

Si se considera la información según la EPH que, al ser una fuente periódica de alta confiabilidad, es la más utilizada para este tipo de estudios e investigaciones el personal afectado a salud representaría entre 5% y un 6% sobre el total de la PEA.⁴⁷

El análisis de la composición por subsector indica que, en el sector público como ocupación principal⁴⁸ se desempeña un 40% del total. Es un área con un

⁴⁷ En el mismo sentido, Morano C., 2000 en Pautassi L., 2001).

⁴⁸ Los encuestadores están instruidos que “Para la distinción entre “ocupación principal” y “ocupación secundaria” deberá utilizar los siguientes criterios, en el orden que se dan: 1° Número de horas trabajadas habitualmente, 2° Monto de los ingresos, 3° Antigüedad y estabilidad”. Encuesta Permanente de Hogares, “Manual de Instrucciones, Cuestionario Individual”, 8/5/95, p. 26.

fuerte peso de mujeres en la composición de su población, cercano al 70% (precisando, es del 67% para la totalidad del sector salud). La distribución por género es similar para el subsector público (40% del personal total) como para el privado (60%).

CUADRO N° 7 | Trabajadores ocupados en el sector salud por sexo según sector de actividad. Todos los aglomerados cubiertos, onda mayo de 2000.

Sector	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Público	40.10%	41.90%	41.30%
	32.00%	68.00%	100.00%
Privado	59.90%	58.10%	58.70%
	33.60%	66.40%	100.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%
	32.90%	67.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (INDEC)

El análisis comparativo 1990-2000 sólo puede ser efectuado por representatividad y disponibilidad para el área de Capital y GBA el que, abarca al 64% de la totalidad del personal del sector en el área cubierta por la encuesta, o sea algo menos de la mitad de la población urbana, por lo que sería ilustrativo de la situación general.⁴⁹ Cabe indicar que a la fecha de redacción de este trabajo no se encuentran disponibles los datos del Censo del 2001 relativos a ocupación.

El número de trabajadores ocupados verificaría en la década un incremento cercano al 20% para el conjunto, porcentaje que se elevaría al 30% en el subsector público, aumentando su peso relativo, a pesar de las constantes limitaciones en las contrataciones en el subsector. Se observa también un leve repunte del empleo femenino: mientras que la composición por género se mantiene para el privado, aumenta su peso en el público. Estas consideraciones deben ser tomadas con cierta

⁴⁹ La comparación se efectúa para el agrupamiento salud y servicios sociales, ya que los datos muestran que no hay diferencias significativas en el comportamiento del agrupamiento amplio o restringido.

cautela y limitarse a los datos porcentuales, ya que la información que suministra el INDEC aconseja usar sólo los datos porcentuales para el análisis de la Encuesta Permanente de Hogares.

Este mayor incremento del sector público debe ser considerado de manera relativa. La pertenencia a uno u otro sector surge de lo expresado por el entrevistado en la EPH frente a la pregunta referida a su ocupación principal la que, en la mayoría de los casos cuando hay más de una, suele privilegiar en la respuesta al sector público, aunque no constituya necesariamente principal empleador como fuente de ingresos.

CUADRO N° 8 | Trabajadores ocupados en el sector salud y servicios sociales por sexo según sector de actividad. Gran Buenos Aires, Ondas de mayo de 1990 y mayo 2000.

SECTOR	1990			2000		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Público	36.08%	31.78%	33.25%	32.70%	37.00%	35.70%
	37.04%	62.96%	100.00%	29.0%	71.0%	100.00%
Privado	63.92%	67.49%	66.27%	67.30%	63.00%	64.30%
	32.92%	67.08%	100.00%	33.00%	67.00%	100.00%
Total	34.13%	65.87%	100.00%	31.60%	68.40%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (INDEC)

4.2. Flexibilidad y precarización en el sector salud

Esta sección considera un conjunto de dimensiones de la situación laboral del personal de salud, con especial referencia a las modalidades y formas precarias de contratación que permiten analizar los importantes cambios que se produjeron en la década, el aumento de la flexibilidad en la contratación, muy superior a la del conjunto de la PEA, y un deterioro general de las condiciones de trabajo que pueden ser analizadas a partir de datos secundarios.

Para este objetivo, se analiza la distribución de personal según categorías ocupacionales, su evolución en la década, las modalidades y formas de contratación, el pluriempleo y el análisis de la extensión de la jornada de trabajo tanto de la ocupación principal como de la total.

La información estadística disponible es analizada atendiendo a su grado de representatividad, la que en algunos casos cubre el total del país y en otros, áreas relevantes aunque parciales.

Por su parte, la Encuesta del Mercado de Trabajo del Sector Salud (EMT), aplicada en los meses de octubre y noviembre de 2002 brinda amplia información en lo que se refiere a la autonomía profesional, condiciones de trabajo, modalidades y formas contractuales, forma y medios de pago, capacitación, calificaciones y otras variables de interés que no son captadas por las encuestas oficiales.

4.2.1. Categorías ocupacionales

La distribución por categoría ocupacional para el conjunto de los aglomerados en el año 2000 muestra una proporción muy alta (80%) que se define como asalariado. Los trabajadores por cuenta propia y empleadores bordean sólo el 20%. Es bajo el porcentaje de los que trabajan como dueños o empleadores y se observa una pequeña proporción de trabajadores sin salario.

En todas las categorías –a excepción de dueño o empleador– las mujeres son mayoritarias, y alcanzan una proporción más alta entre los asalariados

CUADRO N° 9 | Trabajadores ocupados en el sector salud por sexo según categoría ocupacional. Todos los aglomerados cubiertos, onda mayo de 2000

Categoría ocupacional	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Patrón o empleador	5.10%	1.80%	2.90%
	<i>58.80%</i>	<i>41.20%</i>	<i>100.00%</i>
Trabajador por su cuenta	18.60%	11.90%	14.10%
	<i>43.30%</i>	<i>56.70%</i>	<i>100.00%</i>
Obrero o empleado	74.60%	83.90%	80.80%
	<i>30.40%</i>	<i>69.60%</i>	<i>100.00%</i>
Trabajador sin salario	1.70%	2.40%	2.10%
	<i>25.50%</i>	<i>74.50%</i>	<i>100.00%</i>
Total	100.00%	100.00%	100.00%
	<i>32.90%</i>	<i>67.10%</i>	<i>100.00%</i>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH
Los datos en cursiva tienen un margen de error superior al 10%.

A pesar de las limitaciones de los datos en algunas categorías –porque los márgenes de error superan el 10%– podría decirse que el sector salud es un típico caso de “techo de cristal”, considerando que, las mujeres constituyen una clara mayoría, pero tienen dificultades en acceder a puestos de mayor jerarquía. En ese sentido, la menor proporción de mujeres con carácter de dueñas/empleadoras y la subrepresentación en autónomos complementando con otros estudios que muestran la dificultad en el acceso a cargos de jefatura, ilustra lo señalado.

La comparación 1990-2000 de los trabajadores de la salud del Gran Buenos Aires muestra un cambio en la configuración de las categorías ocupacionales del sector. Mientras en 1990, casi una cuarta parte del personal se desempeñaba como cuenta propia, en el 2000 se observa una disminución drástica de esta categoría, superior al 10%, diferencia que se amplía en las mujeres, donde la diferencia es de casi 13 puntos porcentuales. Si bien la categoría patrón o empleador aumenta levemente, es difícil establecer tendencias claras con cifras tan poco significativas. Correlativamente a la disminución de los trabajadores autónomos, la proporción de asalariados aumenta significativamente, lo que es uno de los rasgos distintivos del período.

Este fenómeno, no es exclusivo de la Argentina, ya que, en otros países también se ha constatado que “los médicos se comportan cada vez menos como consultores independientes y más frecuentemente como asalariados debido a consideraciones económicas”.⁵⁰

Los trabajadores sin salario alcanzan en la Encuesta de Gasto de Hogares (ENGH) al 5%. Está compuesto por trabajadores con educación universitaria completa (24%), un 20% de educación universitaria incompleta, y una proporción similar concluyó un ciclo terciario no universitario. Presumiblemente son pasantes, “becarios” u otras formas de prestación de servicios gratuita.

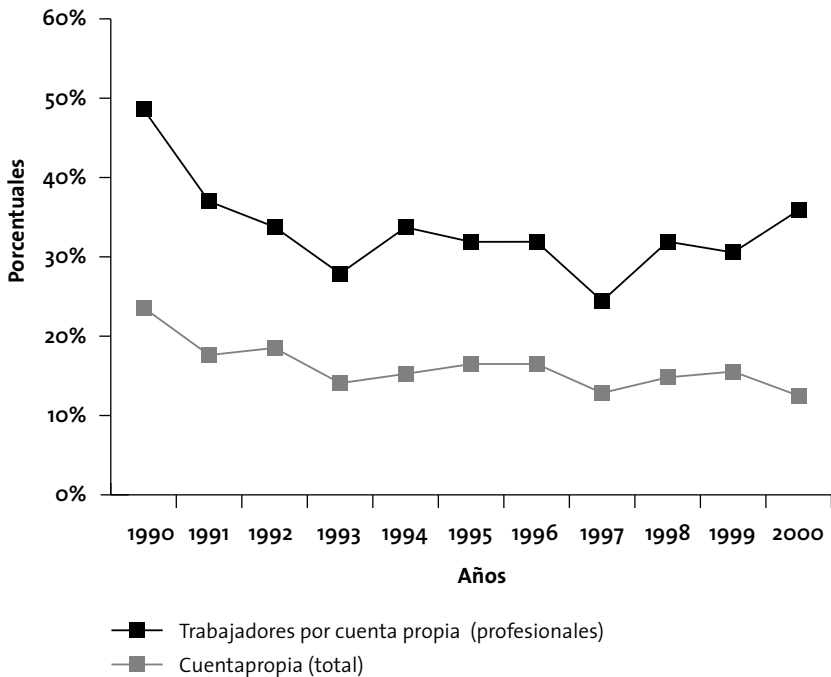
Esta drástica reducción de la práctica profesional caracterizada por el desempeño autónomo de una ocupación liberal está vinculada a distintos órdenes de factores. De un lado, las sucesivas crisis económicas han disminuido la capacidad de los sectores medios de la población para atender su salud en forma privada. Por otro lado, las transformaciones técnicas de la práctica médica requieren inversiones importantes que comienzan a estar fuera del alcance de grupos de profesionales independientes. Finalmente, las reformas del sector al facilitar el crecimiento del sector privado, han impulsado la llegada de grandes corporaciones que concentraron el sector que fue incorporando a los profesionales como

⁵⁰ Douglas R. Wholey and Lawton R. Burns, “Convenience and Independence: Do Physicians Strike a Balance in Admitting Decisions?” *Journal of Health and Social Behavior*, volume 32, Issue 3, Sep. 1991, p. 269). El estudio se efectuó en un municipio en el Oeste de EEUU, entre julio 85-julio 88. (8 hospitales).

empleados aunque, como se verá más adelante, sin protección social, limitando fuertemente la práctica liberal tradicional lo que fue debilitando al mismo tiempo el rol de las corporaciones médicas.

El proceso de reducción de la proporción de autónomos se observa en forma más neta entre los profesionales de la salud, de lo que da cuenta en Gráfico N° 1. Si bien la curva puede verse afectada por el cambio de definición de las calificaciones de 1993, resulta plausible estimar que en la década se ha reducido drásticamente la proporción de cuenta propia.

GRÁFICO N° 1 | Evolución trabajadores por cuenta propia total y calificación profesional. Salud y servicios sociales GBA 1990-2000



El sector salud en la Argentina, tal como fue descripto, si bien compuesto formalmente por tres subsectores: público, privado y seguridad social, se caracterizó, como se adelantara, por una dinámica extendida de subcontratación de la seguridad social que fortaleció el sector privado, tanto de las corporaciones o agrupaciones médicas, como de los profesionales propietarios de medios tecno-

lógicos. Es precisamente este modelo el que se quiebra con la política de desregulación de las obras sociales y el ingreso de los grandes capitales al sector. El fuerte desarrollo de la práctica privada que se sustentaba en esta dinámica particular con la seguridad social no puede continuar del mismo modo al cambiar las formas de pago y de contratación de servicios.

CUADRO N° 10 | Trabajadores ocupados en el sector salud y servicios sociales por sexo según categoría ocupacional. Gran Buenos Aires, onda mayo de 1990 y onda mayo 2000

CATEGORÍA OCUPACIONAL	1990		Total	2000		Total
	Sexo			Sexo		
	Varón	Mujer	Varón	Mujer		
Patrón o empleador	2.99%	0.00%	1.02%	5.10%	1.80%	2.80%
Trabajador por su cuenta	24.92%	22.95%	23.62%	18.60%	9.70%	12.50%
Obrero o empleado	72.09%	73.69%	73.14%	76.30%	85.70%	82.70%
Trabajador sin salario	0.00%	3.36%	2.22%	0.00%	2.90%	2.00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de EPH.

El viejo modelo de pago por prestación –regulado mayoritariamente por los Colegios Médicos– es sustituido por el pago por cápita que limita el ejercicio liberal no sólo en la forma asalariada, sino en relación a restricciones de la autonomía técnica.

Podría plantearse como hipótesis que estos factores explicarían el cambio en las categorías ocupacionales, y sobre todo, la reducción considerable en el número de los “cuenta propia” en los agrupamientos profesionales y técnicos y el aumento en el número de asalariados.

Si a los datos de la EPH y a los de la Encuesta Nacional de Gastos de Hogares se los complementa con los obtenidos en la Encuesta de recursos humanos del sector salud, se desprende, en cuanto a la categoría ocupacional, que las tres cuartas partes de las ocupaciones son asalariadas (76,5%) el 20% dice ser cuenta propia y el 2% empleadores. Un 2% de los cuenta propia manifiesta tener personal a cargo, lo que puede implicar que es un empleador encubierto (contrata per-

sonal aunque se identifique como “cuenta propia”) o un asalariado encubierto (se considera cuenta propia pero tiene personal a cargo en nombre de un empleador). Ahora bien, la mayoría de los cuenta propia con personal a cargo dicen no pagar a ese personal, por lo que pareciera que se trataría de asalariados encubiertos.

CUADRO N° 11 | Categoría ocupacional de los encuestados (total ocupaciones) según respuesta entrevistados. Gran Buenos Aires. 2002.

CATEGORÍA OCUPACIONAL	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL
Patrón o empleador	2.1
Cuenta propia	19.6
Empleado	76.5
Falsos cuentapropistas (tienen personal a cargo)	1.9
Total	100.0 (n:378)

Fuente. Elaboración propia en base a los datos de la Encuesta de Mercado de Trabajo del personal de salud

Sin embargo, una perspectiva que integre la autopercepción del trabajador y categorías conceptuales, utilizando diferentes indicadores para caracterizar las distintas situaciones que se presentan en el sector, muestra una gama más heterogénea que combina situaciones de diferente índole.⁵¹

Esta clasificación –tomando en cuenta la auto caracterización del encuestado y considerando las categorías ocupacionales a partir de especificaciones conceptuales, que contemplan el conjunto de atributos asociados a su status jurídico– permitió perfilar de un lado las ocupaciones típicas y por otro, las situaciones no típicas, porque no responden total o parcialmente a los atributos considerados.

⁵¹ En los últimos años y en el contexto del Observatorio de Recursos Humanos en el marco de las reformas sectoriales, se los caracterizaba (Novick, Galin, 2000; Brito et al, 2000) con la figura de un continuum que iba de la figura de un asalariado típico a la de un profesional cuenta propista típico. Sin embargo, los datos recogidos y analizados para el caso argentino a través de la EPH, como de la EMT, sugieren que la forma predominante es el asalariado encubierto, desprotegido o el fraude laboral. Ello, aunque, la autopercepción de los profesionales se acerque, en no pocos casos, a la condición de “cuenta propia”.

Se considera **empleador/patrón típico** a aquella persona del sector salud caracterizada porque tiene personal a su cargo (en el sentido económico y no profesional); **asalariado típico**⁵² son aquellos trabajadores en relación de dependencia de carácter permanente, con cobertura completa de sus beneficios sociales; y **cuenta propia típico**⁵³ es aquel que se desempeña de manera independiente pero que cobra a través de honorarios.

CUADRO N° 12 | Tipologías de situación laboral de ocupaciones del sector salud. Gran Buenos Aires. 2002.

	GRUPO PROFESIONAL			TOTAL
	Profesionales	Técnicos	Operativos	
Patrón típico	7.6%	0.9%	-	4.0%
Cuenta propia típico	15.2%	2.7%	-	8.2%
Cuenta propia no típico (asalariado encubierto)	20.1%	5.4%	-	11.4%
Asalariado típico	34.2%	71.4%	75.6%	54.2%
Asalariado no típico (desprotegido)	22.8%	19.6%	24.4%	22.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente. Encuesta de Mercado de Trabajo del personal de salud

Las categorías NO TÍPICAS incluyen, por un lado a los asalariados no típicos, aquellos que se definen como empleados, y que, o bien no tienen protección social completa, o bien están contratados de manera temporaria sin beneficios. Por otro, el **cuenta propia no típico** es aquel que, si bien se autodefinió como cuenta propia, cumple horario en el domicilio de su empleador, y cobra exclusivamente a

⁵² El indicador que se utiliza habitualmente en las encuestas de hogares para caracterizar a los asalariados es la realización o no por parte del empleador de descuentos jubilatorios, monto sobre el que se realiza el mismo y percepción de otros beneficios sociales como seguridad social o vacaciones.

⁵³ En este caso se define a partir del domicilio donde realiza su trabajo, la regularidad en el cumplimiento de la jornada de trabajo, la forma de percepción de sus haberes, etc.

través de factura de honorarios. Se trataría en realidad de un “*asalariado encubierto*”, ya que, tendría similares obligaciones que un asalariado típico, pero sin los beneficios asociados.

Los datos de la EMT confirman el peso de la situación de los asalariados (típico y no típico). Esta situación se complejiza notablemente cuando se considera a los profesionales en particular que, como se evaluará más adelante, es el grupo donde predomina el pluriempleo.

En este grupo, se mantiene el fuerte peso de la condición de asalariado, y crece la importancia del carácter no típico. En el caso de los cuenta propia, se observa una proporción pareja entre las situaciones de “tipicidad” o “atipicidad”. En este caso, es importante destacar que es el mismo profesional el que se define como autónomo, aunque se trate de alguna forma de asalaramiento encubierto. Esto pone de manifiesto una contradicción entre la propia percepción del profesional como trabajador y su caracterización jurídica

Es interesante analizar esta discrepancia entre la percepción subjetiva y la situación jurídica y social “real”, en la que intervienen distintos órdenes de fenómenos: el sendero histórico que caracterizó la práctica médica como autónoma, la multiocupación que permite generar una autoimagen ilusoria de “independencia” y una transformación –generalmente del segmento de mayor calificación– de la valoración de la movilidad y la posibilidad de aprendizaje en el cambio.⁵⁴ Sin embargo, en relación a la situación institucional y legal prevalente podría decirse que se está en presencia de un fuerte aumento del empleo asalariado encubierto –o directamente– fraudulento.

Son muy pocos los “patrones típicos”, cuyo peso es significativamente menor entre los médicos que entre los otros profesionales de la salud.

En síntesis, si se analiza el conjunto de ocupaciones de los profesionales de la salud se llega a la conclusión de que **el peso de la asalarización en negro o encubierta es considerable ya que llega para el conjunto de los profesionales al 45%, que se eleva un poco para el caso de los médicos y disminuye para los otros profesionales.**

Es importante señalar algunos rasgos de los perfiles de profesionales que se encuentran en cada situación:

- En términos de EDAD, los más jóvenes predominan en las ocupaciones no-típicas, mientras que los mayores tienen mayor peso en las típicas, en especial en la categoría cuenta propia. El 70% de los mayores de 40 años tienen ocupaciones “típicas”, el 55% de los menores se encuentran en ocupaciones no-típicas (esto es, asalariados encubiertos o desprotegidos)

54 Oesterman, P; Kochan, T; Locke, R; Piore, M: Working in America. MIT Press. Cambridge. 2002.

- En términos de **sexo**, la situación es heterogénea. Las mujeres tienen un peso mayor entre las asalariadas típicas aunque también en los asalariados desprotegidos. La variable sexo no parecería ser un factor determinante que condicione o no la tipicidad del empleo.
- En términos de **antigüedad**, variable sin duda asociada a la edad, indica que son los trabajadores más jóvenes los que se encuentran en las categorías más desprotegidas.

Esta información estaría mostrando un comportamiento segmentado del mercado de trabajo para los nuevos y los viejos trabajadores en coincidencia con la EPH.

4.2.2. Modalidades de Contratación

Formas de contratación

Una de las primeras dimensiones a considerar para el análisis de las modalidades de contratación se refiere a la “forma” que la misma adopta en términos temporales para el personal asalariado. De la EPH surge que la modalidad de duración de la contratación dominante para los asalariados es el contrato permanente (más del 90%). Es muy escasa la proporción en un trabajo temporario (2%), un 6% para quienes la duración es desconocida y la figura de “changa” es casi inexistente en este sector (por otro lado, el número de casos lo hacen estadísticamente no representativo).

En materia de comportamiento por género se observa una ligera tendencia a que los hombres tengan alguna permanencia mayor que las mujeres, aunque son, por otro lado, quienes tienen menor protección social, como se verá más abajo.

Por otro lado, los datos para los últimos meses del año 2000 –únicos que permiten discriminar al sector salud– informan que se utilizan en el sector 21 modalidades de contratación, con diferentes formas de inserción y de relación laboral. Sin embargo, y en coincidencia con la EPH, alrededor del 90% de las contrataciones son “por tiempo indeterminado” tanto para el conjunto del sector como para el privado. El resto de las modalidades presentan la siguiente distribución: contrataciones a tiempo parcial (3% aproximadamente), período de prueba (otro 3%) y algo menos para el trabajo eventual.

El conjunto de esta información estaría sugiriendo que, a pesar del importante número de modalidades introducidas por los cambios normativos, son poco utilizadas y que, en cambio, tienden a predominar mecanismos “irregulares” de contratación, en especial, asalariados no registrados (como se verá en la sección siguiente).

CUADRO N° 13 | Modalidad de contratación personal de salud. Total aglomerados, mayo 2000

FORMA DE CONTRATACIÓN	SEXO		TOTAL
	Varón	Mujer	
Trabajador permanente	92.68%	90.57%	91.26%
Un trabajo temporario	1.69%	2.90%	2.50%
Changas	0.00%	0.47%	0.32%
De duración desconocida (inestable)	5.64%	6.05%	5.92%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente. Elaboración propia en base a datos EPH (INDEC)

La comparación para GBA 1995-2000⁵⁵ indicaría la misma estructura de contratación de los asalariados a lo largo del periodo. Se podría pensar que, efectivamente, habría una continuidad en la estructura de contratación, donde predominaría, en forma abrumadora, el empleo permanente.⁵⁶

De la alta proporción de trabajadores que se consideran asalariados (80% del personal del sector), el 90% dice estar trabajando de manera permanente, aunque dicha información debería matizarse. Datos complementarios que se analizarán seguidamente, revelan la ausencia de protección social para un conjunto importante de los trabajadores, lo que significa que continuidad en el empleo no se asemeja a protección.

4.2.3. Protección social

Un factor clave para analizar la situación de los asalariados es la efectivización del descuento jubilatorio, principal indicador del nivel de protección social de los asalariados. La información de la EPH permite constatar el aumento de las contrataciones “atípicas” consideradas de este modo por la ausencia de protección social a partir de la respuesta a la pregunta si se le efectúa o no el descuento jubilatorio, indicador generalmente admitido para distinguir entre asalariados registrados y protegidos, de los que no lo están.

⁵⁵ No hay datos disponibles de 1990.

⁵⁶ Pok, 1998.

CUADRO N° 14 | Modalidad de contratación del personal de servicios sociales y salud, Gran Buenos Aires, EPH onda mayo 1995 y mayo 2000

Modalidad de Contratación	1995			2000		
	Sexo		Total	Sexo		Total
	Varón	Mujer		Varón	Mujer	
Permanente	91.20%	95.15%	94.13%	94.76%	91.01%	92.19%
Un trabajo temporario	3.43%	1.85%	2.25%	0.00%	1.15%	0.79%
Una changa	0.00%	1.26%	0.94%	0.00%	0.53%	0.37%
De duración desconocida	5.37%	1.74%	2.67%	5.24%	7.31%	6.66%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (INDEC)

CUADRO N° 15 | Trabajadores asalariados en el sector salud por sexo según descuento jubilatorio. Todos los aglomerados, mayo de 2000.

REALIZACIÓN DESCUENTOS	VARÓN	MUJER	TOTAL
Con descuento	77.70%	80.00%	79.30%
Sin descuento	22.10%	19.50%	20.30%
Ns/Nc	0.30%	0.50%	0.40%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (INDEC)

En efecto, a un 20% de la población que se caracteriza a si misma en relación de dependencia no se le efectúa ni cuenta con cobertura ni protección social. Se observa una leve tendencia en los hombres a un menor nivel de protección, aunque esta comparación debería relativizarse debido al margen de error.

De los datos, se desprende que mientras del conjunto de asalariados que tienen menos de un año de antigüedad, el 42% no tiene descuentos jubilatorios, sólo el 2% con una antigüedad superior a 15 años está en esta situación.

Las alternativas para explicar este hecho pueden encontrarse, ya sea en una tendencia a la creación de nuevos empleos con mayor desprotección, en un proceso de sustitución de puestos protegidos por no protegidos, o en una combinación de ambos.

CUADRO N° 16 | Trabajadores asalariados en el sector salud por descuento jubilatorio según sector de actividad. Todos los aglomerados, mayo de 2000.

SECTOR DE ACTIVIDAD	DESCUENTO JUBILATORIO		
	Con descuento	Sin descuento	Total
Público	90.50%	9.50%	100.00%
Privado	68.80%	30.40%	100.00%
Otro	26.00%	74.00%	100.00%
Total	79.30%	20.30%	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (INDEC)

Por su parte, la Encuesta de Recursos Humanos del Sector salud permite arribar a información complementaria respecto de la realización de los descuentos y obligaciones legales.

CUADRO N° 17 | Trabajadores ocupados en el sector salud por antigüedad según descuentos Jubilatorios. Todos los aglomerados. Mayo de 2000.

ANTIGÜEDAD	Con descuento	Sin descuento	NS/NC	Total
Hasta 1 año	9,37%	42,81%	0,00%	16,13%
Más de 1 año y hasta 2 años	5,77%	13,11%	0,00%	7,24%
Más de 2 años y hasta 3 años	7,04%	19,51%	0,00%	9,55%
Más de tres años y hasta 5 años	11,98%	11,65%	44,40%	12%
Más de 5 años y hasta 7 años	10,95%	4,49%	0,00%	10%
Más de 7 años y hasta 10 años	13,18%	3,57%	27,53%	11,28%
Más de 10 años y hasta 15 años	15,61%	2,86%	28,06%	13,07%
Más de 15 años	26,10%	1,99%	0,00%	21,10%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la EPH (INDEC)

En el empleo asalariado, y en materia de descuentos jubilatorios, los datos indican que se efectúa en el 80% de los casos de las ocupaciones asalariadas, a un 15% no le descuentan, en tanto que para un 4% el descuento es sólo parcial (lo que indica que parte de la remuneración no está registrada). Situación casi idéntica se verifica respecto a los descuentos vinculados con la obra social, que indica la prestación de salud.

CUADRO N° 18 | Protección social en las distintas ocupaciones asalariadas (Seguridad social y beneficios).

	DESCUENTOS		LE PAGAN	
	Descuentos jubilatorios	Obra social	Vacaciones	Aguinaldo
Si	80,6	80,3	79,6	74,4
Parcialmente	4,8	4,5	3,5	5,2
No	14,5	15,2	17,0	20,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Encuesta de Mercado de Trabajo del personal de salud.

Los rubros vacaciones y aguinaldo son algo menores en su cumplimiento, ya que un 20% de las ocupaciones asalariadas no cobran el sueldo anual complementario, ni tienen vacaciones o pago por ellas, el 17%. Es decir, que, en términos de las figuras de tipicidad frente a la protección social hay cerca de un 20% de asalariados que no reciben protección a pesar de su condición. Estos datos revelarían que la protección y la desprotección tienden a ser completas: por lo general en las ocupaciones que cuentan con cobertura ésta suele ser integral, en tanto que su carencia también es total.

El aumento en la década

Los datos comparativos 1990-2000 para el GBA confirman que la pérdida de protección social es una tendencia que está aumentando en el transcurso de la década. El grado de protección –medido a través del indicador de descuento jubilatorio– ha disminuido más de un 10%, alcanzando en el 2000 a la cuarta parte de los trabajadores del sector en GBA.

CUADRO N° 19 | Trabajadores asalariados en el sector salud y servicios sociales por sexo según descuento jubilatorio GBA, mayo de 1990 y mayo 2000.

Descuento Jubilatorio	1990			2000		
	Sexo		Total	Sexo		Total
	Varón	Mujer		Varón	Mujer	
Con descuento	91.76%	84.37%	86.86%	75.60%	74.10%	74.50%
Sin descuento	8.24%	15.63%	13.14%	24.40%	25.90%	25.50%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de EPH (INDEC).

El aumento del empleo no registrado, alcanza una magnitud aún más importante, si se lo compara con el total de la PEA del país. Según datos suministrados por la DNRT (Dirección Nacional de Relaciones del Trabajo del Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social) el empleo no registrado asciende un 40% entre 1990 y el 2000, mientras que los datos para el sector salud, estarían indicando un aumento del 94%. O sea, una tasa de crecimiento del no registro que duplica largamente la evolución del conjunto del empleo. Aunque la incidencia del empleo no registrado en el sector salud es inferior a la del conjunto del empleo,

debe resaltarse que mientras que a comienzos de la década el no registro en el total del empleo duplicaba al observado en el sector, la relación llegaba a 1,5 a fines del decenio.

CUADRO N° 20 | Empleo asalariado no registrado 1990-2000. Total del empleo y sector salud. Gran Buenos (1990 - base 100).

	TOTAL DEL EMPLEO	SECTOR SALUD
Mayo 1990	100	100
Mayo 2000	140	194

Elaboración propia en base a datos de la EPH(INDEC)

Este es el cambio más relevante en materia de contratación, a la vez que la característica más notable de la evolución decenal del empleo en el sector. Es relevante indicar que la pérdida de protección sectorial es semejante para los diferentes grupos de edad, aunque se encuentran características diferenciales importantes cuando se los analiza en término de calificaciones.

Se observa una pérdida de protección social en todos los grupos de edad. Sin embargo, no en todos los grupos etarios, la tendencia se orienta a un proceso paulatino. En los últimos años es cuando este fenómeno más se destaca, sobre todo para los menores de 40 años, para quienes, entre 1990 y 1993, o bien disminuye el número de trabajadores sin protección o se mantiene y el salto se observa en el 2000.

Para el grupo de edad entre 40 y 59 años, la dinámica es algo anómala, ya que aumenta entre 1990 y 1993 y baja abruptamente para el 2000, aunque el peso relativo de ese grupo se mantiene semejante en los años considerados (aunque no en todos los estratos son representativos).

CUADRO N° 21 | Trabajadores asalariados en el sector salud y servicios sociales por edad según realización del descuento jubilatorio GBA, mayo de 1990, mayo 1993 y mayo 2000.

Edad	1990		1993		2000	
	Con descuento	Sin descuento	Con descuento	Sin descuento	Con descuento	Sin descuento
Hasta 25 años	80.04%	19.96%	83.58%	14.17%	49.40%	50.60%
Entre 26 y 39 años	89.33%	10.67%	87.77%	10.17%	74.10%	25.90%
Entre 40 y 59 años	87.52%	12.48%	77.32%	22.68%	82.60%	17.40%
60 años y más	89.36%	10.64%	67.25%	32.75%	69.10%	30.90%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (INDEC)

El análisis diacrónico de la situación de descuentos jubilatorios en la década muestra una pérdida de protección sobre todo para los menos calificados (que pasan del 32% al 53%) y para los más calificados (que pasan del 14% al 21%). Las diferencias en los otros grupos de calificación se mantienen dentro del margen de error estadístico.

CUADRO N° 22 | Trabajadores asalariados en el sector salud y servicios sociales por calificación según descuento jubilatorio GBA, mayo de 1993 y mayo 2000.

Calificación	1993			2000		
	Descuento jubilatorio			Descuento jubilatorio		
	Con descuento	Sin descuento	Total	Sin descuento	Con descuento	Total
Calificación profesional	83.58%	14.17%	100.00%	78.40%	21.60%	100.00%
	29.00%	20.81%	27.74%	21.60%	17.40%	20.50%
Calificación técnica	87.77%	10.17%	100.00%	87.20%	12.80%	100.00%
	28.99%	14.21%	26.40%	34.80%	14.90%	29.70%
Calificación operativa	77.32%	22.68%	100.00%	74.60%	25.40%	100.00%
	26.36%	32.72%	27.25%	32.10%	32.00%	32.10%
No calificado	67.25%	32.75%	100.00%	47.00%	53.00%	100.00%
	15.65%	32.26%	18.61%	10.20%	33.70%	16.20%
Total	79.94%	18.89%	100.00%	74.50%	25.50%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la EPH (INDEC)

Algunos resultados provenientes de entrevistas realizadas en estudios anteriores, (Novick, Galin, 1996) inducen a suponer que para los trabajadores de calificación operativa se trataría de empleo no registrado caracterizado por tareas que se ejercen en permanencia, en el domicilio de un solo empleador y con jornadas prolongadas. Es probable que para los profesionales, tal como se ha señalado anteriormente a partir de los resultados de la Encuesta de Mercado de Trabajo del Sector Salud, se trate de situaciones caracterizadas por “cuasidependencia”, o encubrimiento de relaciones laborales bajo formas mercantiles, en las que el pago por el servicio es realizado con la emisión de facturas por el trabajador⁵⁷ a pesar de que cumpla un horario de trabajo con un solo empleador.

57 La factura es un documento de cobro que corresponde al pago recibido por personal que efectivamente trabaja por su cuenta. Es una modalidad cada vez más extendida que el pago de servicios profesionales, aunque permanentes en el tiempo, con dependencia económica y a veces subordinación técnica, se efectúe mediante este sistema.

4.2.4 Estructura de calificaciones

a. Según Sexo

Como se sabe, el sector de la salud se caracteriza por la alta calificación de su personal, con un peso importante de profesionales y de técnicos. En el caso argentino, para el año 2000, el perfil de calificaciones que presentan los hombres es superior al de las mujeres. El subgrupo de calificación profesional representa casi el 50% de los hombres, mientras que alcanza sólo al 26% de las mujeres.

CUADRO N° 23 | Trabajadores ocupados en el sector salud por sexo según calificación ocupacional. Total aglomerados mayo 2000.

Calificación ocupacional	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Calificación profesional	48.80%	26.10%	33.60%
Calificación técnica	17.20%	33.30%	28.00%
Calificación operativa	26.10%	25.60%	25.80%
No calificado	6.20%	14.60%	11.90%
NS/NS calificación	1.60%	0.40%	0.80%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia según datos de la EPH (INDEC)

En el subgrupo de calificación técnica las mujeres están sobre representadas explicado probablemente por la inclusión en esta categoría al personal de enfermería, que tiene un peso femenino importante. Es importante señalar que en simultaneidad a la alta proporción de los profesionales y calificaciones técnicas se verifica un contingente sin calificación (cerca al 15% del personal ocupado en el sector) que parece significativo, en un contexto general en el que cada vez se verifica mayor demanda de calificaciones y niveles educativos más altos.

La estructura de calificaciones del área metropolitana varió entre 1990 y el 2000. Dado que esta nueva estructura sorprendió sobre todo por la disminución en la proporción de profesionales, el mantenimiento de la proporción de técnicos y aumento del personal operativo, se estimaron los datos para un año interme-

dio (1993), cuando la nueva clasificación de la EPH ya fue aplicada,⁵⁸ para permitir analizar el proceso evolutivo de este fenómeno.

CUADRO N° 24 | Trabajadores ocupados en el sector salud y servicios sociales por sexo según calificación del puesto de trabajo; Gran Buenos Aires, onda mayo de 1990, mayo de 1993 y mayo 2000.

Calificación profesional	1990		1993		2000				
	Sexo		Sexo		Sexo				
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer			
Calificación profesional	51.81%	35.37%	40.98%	58.67%	27.77%	35.83%	48.00%	23.80%	31.40%
Calificación técnica	28.48%	31.14%	30.23%	15.51%	29.31%	25.71%	14.00%	32.50%	26.60%
Calificación operativa	11.29%	11.58%	11.48%	10.06%	27.30%	22.80%	30.50%	25.30%	26.90%
No calificado	8.42%	21.05%	16.74%	15.76%	15.62%	15.66%	4.90%	17.90%	13.80%
NS/NC	0.00%	0.85%	0.56%				2.60%	0.60%	1.30%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos de EPH (INDEC).

⁵⁸ El INDEC elaboró y aplicó a partir de 1992 una nueva categorización de las calificaciones profesionales. Dado que la categorización correspondiente a 1990, año utilizado por el estudio como base de comparación sufrió un proceso de conversión, era factible suponer algún margen de error.

La comparación entre 1990 y el 2000 indica que los rasgos sobresalientes están constituidos por la disminución de la proporción de profesionales y el aumento de los operativos, mientras se mantiene la proporción del subgrupo con calificación técnica. A lo largo de la década, se observa una disminución de la cantidad relativa de calificación profesional del 40% al 31%, mucho más acentuada entre las mujeres, ya que entre los varones la diferencia es mínima. Se observa simultáneamente, un cambio en la calificación operativa que aumenta del 11% al 27%, movimiento semejante para ambos sexos. Asimismo, el personal no calificado disminuye levemente.

La sustitución de personal calificado por personal no calificado es una de las consecuencias analizadas por Bach (1998) para Europa, en particular para el caso del Reino Unido, en el contexto de las reformas del sector salud. La evolución verificada en la Argentina podría obedecer al mismo factor.

a. Según Categoría Ocupacional

La información que vincula categorías ocupacionales y calificaciones permite afirmar que la categorías de patrón/empleador, así como el de trabajadores por "cuenta propia" están conformadas exclusivamente por personal de calificación profesional o técnica, El conjunto de los asalariados, como era previsible, está integrado por todos los niveles de calificación, y el mayor porcentaje se concentra en técnicos y operativos.

CUADRO N° 25 | Trabajadores ocupados en el sector salud por calificación según categoría ocupacional. Todos los aglomerados cubiertos, onda mayo de 2000.

	Calificación profesional	Calificación Técnica	Calificación operativa	No calificado	Total
Patrón o empleador	7.60%	1.20%			2.90%
	88.50%	11.50%			100,00%
Trabajador por su cuenta	35.20%	7.30%	0.60%	1.20%	14.10%
	83.50%	14.40%	1.00%	1.00%	100,00%
Obrero o empleado	53.40%	88.90%	98.90%	98.80%	80.80%
	22.20%	30.80%	31.50%	14.50%	100.00%
Trabajador sin salario	3.80%	2.60%	0.50%		2.10%
	59.40%	34.30%	6.30%		100,00%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100,00%
	33.60%	28.00%	25.80%	11.90%	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (Indec).

4.2.5. Tiempo de trabajo y pluriempleo

Tradicionalmente se caracterizó al sector salud como un ámbito donde es frecuente el pluriempleo (Novick, Galin, 96; Brito, Galin, Novick, 2000; Rigoli, 99). Los datos de la EPH –aunque muestran la dinámica de este fenómeno– son insuficientes para abonar cuantitativamente esta hipótesis, ya que parecería estar subestimado en esa fuente.

Se recurre a los datos de la EPH relativos a las fuentes de ingreso, que son más ilustrativos que los relativos a número de ocupaciones. Estos indican una cifra cercana al 20% con más de una fuente de ingresos para la totalidad del sector.

CUADRO N° 26 | **Trabajadores ocupados en el sector salud por calificación ocupacional según fuente de ingresos. Todos los aglomerados cubiertos, mayo 2000.**

Fuente de ingresos	Calificación ocupacional				Total
	Profesional	Técnica	Operativa	No Calificada	
Sólo trabajo asalariado	39.5%	78.5%	93.3%	86.7%	70.4%
Sólo trabajo por cuenta propia	23.0%	4.70%	0.6%	1.20%	9.40%
Del trabajo asalariado y por cuenta propia	19.9%	2.50%	2.30%	3.20%	8.40%
Del trabajo asalariado y otros ingresos	2.2%	7.8%	3.30%	6.7%	4.60%
De trabajo por cuenta propia y otros ingresos	3.4%	1.60%	0.30%		1.60%
Otros ingresos	0.30%	1.10%	1.10%	2.20%	0.50%
De tres o más fuentes de ingresos	9.30%	1.70%	--		3.60%
No percibe ingresos	2.30%	2.10%	0.20%	11.90%	1.70%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la EPH (INDEC)

Los datos del Cuadro N° 26 muestran que la proporción de profesionales que se desempeñan exclusivamente como asalariados es del 40%, como cuenta propia un 23%, y, un 35% de los profesionales del sector salud perciben ingresos de más de una fuente lo que confirma el multiempleo sectorial. Por otro lado, hay

que recordar que para los que se desempeñan exclusivamente como cuentapropistas, generalmente se trata de ocupaciones con varios dadores de trabajo, del mismo modo que los asalariados no lo son necesariamente para un solo empleador, por lo que se infiere que los datos de multiempleo estarían subestimados.

Los trabajadores de calificación técnica (donde se incluyen enfermeras, radiólogos, terapeutas, personal administrativo de alta calificación, etc), en cambio, se ubican mayoritariamente como asalariados. Sin embargo, hay un 16% que percibe ingresos de más de una fuente, lo que indicaría que el multiempleo es una práctica extendida en el sector y no privativa del grupo profesional. En cambio, los trabajadores con calificación operativa son mayoritariamente asalariados, y el multiempleo está restringido al 6 % del conjunto de la categoría.

Considerando las cifras del conjunto del sector, una importante mayoría se desempeña exclusivamente como asalariado (70.0%), el grupo cuentapropista es cercano al 10%, y un 20% se ubica en situaciones de multiempleo.

Según la Encuesta de Gastos de Hogares (ENGH), el 12.6% de los trabajadores de salud tienen más de un empleo, cifra algo menor a la que surge de la información proveniente de la EPH, lo que hace suponer subregistro de los encuestados que mencionan más de una ocupación (principal y secundaria).

Más allá de las cifras en si mismas, los datos de la Encuesta Nacional de Gastos de Hogares dan indicios interesantes sobre la dinámica del multiempleo en el sector. En primer lugar, el análisis estaría indicando que las segundas ocupaciones se desempeñan, por lo general, en el mismo sector de la salud y servicios sociales (el 65%) y en enseñanza (13%).

Otro rasgo de interés que emerge tanto de la Encuesta de Gastos de Hogares como de la EMT, es el que vincula la ocupación principal y la secundaria en términos de categorías ocupacionales y subsector de una u otra ocupación. Estos datos deben ser considerados como indicadores de posibles tendencias:

- Para los trabajadores cuya ocupación principal es como asalariado del sector público, la ocupación secundaria está mayoritariamente orientada hacia tareas por cuenta propia o socio sin empleados para varios clientes, pero en una proporción no desdeñable son asalariados en el sector privado.
- Los asalariados que se desempeñan en el sector privado como ocupación principal, se dividen entre quienes tienen como segunda ocupación una asalariada del sector público, son trabajadores por cuenta propia para varios clientes o, en menor medida asalariados en el sector privado.
- Los trabajadores que se desempeñan por cuenta propia para un solo cliente (lo que pone en duda de por sí la categoría de cuenta propia/autónomo), son en su segunda ocupación asalariados del sector público o del sector privado.
- Entre los que se desempeñan en la ocupación principal como dueños o

empleadores, en la segunda ocupación una proporción importante es asalariado del sector público en su segunda ocupación o cuenta propia para varios clientes.

- De acuerdo con los datos obtenidos en el trabajo de campo de la EMT, el pluriempleo alcanza a un 30% de los ocupados, si se considera el conjunto de los encuestados.

Los resultados cambian cuando se considera sólo a los profesionales, grupo en el que las ocupaciones múltiples alcanzan al 54% y más aún entre los médicos, entre los que alcanzan los dos tercios. Entre los médicos pluriempleados la mitad (o sea, un tercio del total), tiene dos ocupaciones y otro tercio tres o más ocupaciones. En cambio, solamente un 25% de los técnicos y un 8% del personal operativo cuenta con más de una ocupación.

CUADRO N° 27 | Cantidad de ocupaciones según categoría ocupacional. Gran Bs. As. 2002

Cantidad Ocupaciones	Categorías ocupacionales			Total
	Profesionales	Técnicos	Operativos	
1 ocupación	45.9	75.9	92.4	69.7
2 ocupaciones	28.6	19.5	7.6	19.3
3 ocupaciones	13.3	4.6	--	6.4
4 ocupaciones	8.2	--	--	3.0
5 ocupaciones	4.1	--	--	1.5
Total	100.0	100.0	100.0	(264)

Fuente. Encuesta de Mercado de Trabajo del personal de salud

Es algo más frecuente el pluriempleo entre los ocupados en el sector público aunque la diferencia es escasa, al igual que según edad: mayores y menores de 40 años parecen igualmente propensos al pluriempleo, Considerando al conjunto de la población encuestada, la distinción según sexo es acentuada: en tanto que el 40% de los hombres tienen más de una ocupación, tan sólo un cuarto de las mujeres está en esa condición. Significativamente, no hay mayor diferencia de comportamiento en términos de los rangos de edad. Si se analizan estos datos en términos de medias estadísticas, se observa que el número de ocupa-

ciones es 1.4 sobre el total de la población, es de 1.95 en los profesionales en general y de 2.20 en los médicos.

Puede caracterizarse el perfil de los profesionales multiocupados según los datos de la Encuesta, de la siguiente manera:

- En términos de sexo, los hombres tienen una tendencia más marcada al ejercicio de varias ocupaciones, probablemente a causa de las cargas del trabajo doméstico de la mujer, que dificulta jornadas muy largas, así como a su sobrerrepresentación en calificaciones con menor propensión al pluriempleo. Mientras el 50% de las mujeres tienen como máximo hasta dos ocupaciones, (el 30% tiene sólo 1 y el 23% tiene dos), el 44% de los hombres tienen tres o más ocupaciones.
- En términos de edad, las tendencias identificadas son más heterogéneas. Por un lado, efectivamente el grupo menor a 40 años presenta una tendencia algo más elevada a la multiocupación que el estrato de edades mayores. Sin embargo, en este último, tanto los que tienen una sola ocupación, como a la inversa, los que poseen 5 ocupaciones tiene mayor peso. (El 15% de los mayores de 40 años tienen 5 ocupaciones o más, mientras en el estrato más joven ninguno tiene esta cantidad).
- En relación a la antigüedad en la ocupación, si bien tampoco se observan tendencias que permitan plantear asociaciones claras, puede señalarse que la mayor antigüedad está vinculada a una sola ocupación.
- Los que no tienen formación de especialistas tienden a mantener menor cantidad de ocupaciones.

Tiempo de Trabajo

Los datos indican una proporción considerable de personal sobreempleado en el sector cuando se los analiza en términos de extensión de la jornada de trabajo. En efecto, la cuarta parte del conjunto de personal que trabaja en salud cumple jornadas superiores a las 48 horas semanales. Sólo un 6% trabaja menos de 19 horas, mientras que la mayor proporción de personal se distribuye entre un 40% que lo hace entre 36 y 48 horas semanales, y un 27% entre 20 y 35 horas.

Si bien en todas las categorías ocupacionales hay grupos importantes que trabajan más de 48 horas -sumando los agrupamientos de 49 y 60 horas y más de 60- son los patrones o empleadores quienes más se concentran en torno a las jornadas más prolongadas (33% de este subconjunto), aunque debe admitirse la falta de representatividad de este subgrupo. Entre los asalariados alcanza al 25% y entre los cuentapropistas, llegan casi al 30% los que trabajan más de 48 horas semanales.

En el segmento de trabajadores por cuenta propia se encuentra también un grupo importante que trabaja pocas horas. Un 19% trabaja menos de 19 horas semanales y casi un 35 % entre 20 y 35.

CUADRO N° 28 | Trabajadores ocupados en el sector salud por categoría ocupacional según horas totales trabajadas semanalmente. Todos los aglomerados cubiertos, onda mayo 2000.

Horas trabajadas totales por semana	Categoría ocupacional				Total
	Patrón o empleador	Trabajador por su cuenta	Obrero o empleado	Trabajador sin salario	
Menos de 19 hs	1.70%	18.60%	4.30%	5.70%	6.30%
De 20 a 35 has	6.70%	34.30%	26.30%	36.50%	27.10%
36 a 48 hs	56.50%	17.20%	43.70%	35.00%	40.00%
49 a 60 hs	19.50%	18.80%	13.20%	14.80%	14.20%
61 y más hs	12.50%	11.20%	12.10%	6.50%	11.90%
NS/NC	3.20%	0.00%	0.40%	1.50%	0.50%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia según datos EPH (INDEC)

Es interesante notar que con relación a la jornada no hay diferencias importantes entre los subsectores público y privado.

La extensión de la jornada de los trabajadores asalariados según tengan o no cobertura jubilatoria, muestra que los no registrados se distinguen por una estructura más polarizada de distribución del tiempo de trabajo. Son los que se concentran entre quienes trabajan menor cantidad de horas, y entre aquellos que superan las 60. En efecto, el 20% de los trabajadores a quienes no se les efectúa descuento jubilatorio trabajan menos de 20 horas semanales (frente a la casi inexistente proporción de trabajadores con descuentos en ese tramo), en tanto que el 16% trabajó 61 horas o más.

CUADRO N° 29 | Total de horas semanales trabajadas según sector. Total aglomerados. EPH Onda mayo 2000

Horas totales trabajadas	Sector		
	Público	Privado	Total
1 a 19 hs trab	1.70%	9.60%	6.30%
20 a 35 hs trab	31.10%	24.30%	27.10%
36 a 48 hs trab	42.60%	38.20%	40.00%
49 a 60 hs trab	14.00%	14.30%	14.20%
61 y más hs trab	10.30%	13.00%	11.90%
Ns/nc	0.20%	0.60%	0.50%
Total	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia según datos EPH (INDEC)

La comparación 1990-2000 para el GBA muestra sobre todo un aumento significativo en las jornadas superiores a las 61 hs semanales que pasa de 6% al 12% –es decir, se duplica– que acompaña la reducción de la jornada en el grupo que trabaja entre 36 y 48 horas semanales. En términos de la evolución de la relación entre protección social y extensión de la jornada, en el área metropolitana se detecta el mismo panorama que cuando se considera al conjunto de los aglomerados: un aumento significativo de la falta de protección tanto en el grupo de subocupados como en los de sobreocupados.

Los datos que resultan de la Encuesta de Mercado de trabajo, refuerzan esta observación. El número total de horas trabajadas según la profesión y la ocupación ilustra la gran frecuencia de sobreempleados (más de 46 horas semanales) entre los profesionales (46,9%) y más aún entre los médicos (51,7%), en consonancia con la mayor frecuencia de la pluriocupación entre esas ocupaciones y profesión. De todos modos, el 37% de personal que trabaja más de 46 horas semanales revela jornadas extendidas para los distintos grupos profesionales. El 36% de los técnicos y el 25% de los operativos se encuentran en el estrato superior de horas trabajadas. Es algo más frecuente la sobreocupación en el sector público (41,8%) que en el privado (34,7%).

CUADRO N° 30 | Trabajadores ocupados en el sector salud y servicios sociales según horas totales trabajadas semanalmente. Gran Buenos Aires, onda mayo 1990 y mayo 2000.

Horas trabajadas	1990			2000		
	Con descuento	Sin descuento	Total	Con descuento	Sin descuento	Total
1 a 19 horas	2.54%	15.41%	4.28%	0	24.70%	6.40%
20 a 35 horas	24.43%	26.75%	24.75%	26.50%	18.80%	24.50%
36 a 48 horas	52.84%	42.79%	51.48%	47.70%	29.50%	43.00%
49 a 60 hs	11.18%	10.21%	11.05%	13.00%	11.60%	12.60%
61 y más	7.15%	4.84%	6.84%	12%	15%	12.90%
Ns/NC	1.86%	0.00%	1.61%	0.70%	0.00%	0.50%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (INDEC)

Es muy notable la diferencia por sexo: en tanto más de la mitad de los hombres están sobreocupados, en las mujeres sólo alcanzan poco más de un cuarto (28,7%). Es más frecuente el sobreempleo entre los mayores de 40 años, (41% frente a 32% de los menores) lo que no podría ser asociado a mayor frecuencia de profesionales y médicos en ese estrato, ya que es similar en ambos rangos.

De acuerdo con la Encuesta realizada, casi un 30% de los profesionales manifiesta que su jornada se prolongó respecto al año anterior (2001), sea porque incrementaron el número de ocupaciones (17%) o porque se extendió la jornada en la misma ocupación. La respuesta es muy diferente cuando se los compara con el total de los trabajadores encuestados, de los cuales solo el 12% tuvo incremento de la jornada en la misma ocupación y sólo un 3.4% en técnicos y 1.3% en operativos manifiestan un aumento de jornada por incremento en el número de ocupaciones. La comparación dentro del grupo profesional entre médicos y no médicos indica que el aumento en el número de ocupaciones es mucho más alta en los primeros (20.7%) que en los otros (12.5).

CUADRO N° 31 | Cantidad de horas trabajadas según rubro profesional. Gran Bs. As. 2002

		Rubro Profesional		Total
		Médicos	No médicos	
Cantidad de horas trabajadas en la semana	Hasta 19 hs.	3,4%	2,5%	3,1%
	De 20 a 35 hs.	13,8%	25,0%	18,4%
	De 36 a 48 hs.	34,5%	45,0%	38,8%
	De 49 a 60 hs.	20,7%	25,0%	22,4%
	Más de 60 hs.	27,8%	2,5%	17,3%
Total		100%	100%	100%

Fuente. encuesta de mercado de trabajo del personal de salud

Un dato interesante es el que surge de la comparación entre subsectores. El aumento de la jornada cuando se mantuvo la misma ocupación es más importante en el sector público (17,6%) que en el privado (10,4%). Probablemente allí estén influyendo dos órdenes distintos de factores: por un lado, un mayor control de las autoridades de salud sobre el cumplimiento de la jornada y la extensión de los horarios de atención, así como una mayor afluencia de personas al sector público por la crisis que llevó a un porcentaje significativo de la población a volcarse a la salud pública.

La categoría ocupacional no es un dato relevante a la hora de analizar la extensión de la jornada semanal. Las jornadas más extensas se observan en el "patrón típico" y en el asalariado "no típico" (desprotegido), quien es el que tiene la situación más desventajosa.

4.2.6.- Remuneración y medios de pago

Los datos que resultan de la Encuesta dan cuenta claramente de la crisis económica por la que está atravesando el país y como se refleja tanto en el nivel de remuneraciones como en la forma de pago del personal que trabaja en el sector salud.

CUADRO N° 32 | Ingreso mensual por grupo profesional encuestado. Gran Bs. As. 2002

Escala de ingresos(*)	Profesionales	Técnicos	Operativos	Total
Menos de 400\$	3.1	16.1	31.6	15.9
De 401 a 800\$	14.3	51.7	50.6	37.5
De 801 a 1200\$	21.4	18.4	7.6	16.3
De 1201 a 2000\$	30.6	6.9	7.6	15.9
De 2001 a 3000	16.3	2.3	2.5	7.6
Más de 3.000	9.2	-	-	-
NS/NC	5.1	4.6	-	3.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

(*) Al momento de realización de la encuesta la relación era 1U\$S: 3.60\$

Fuente: Encuesta de mercado de trabajo en el sector salud.

Estos datos muestran, por un lado, una variada heterogeneidad en los ingresos según categoría profesional, y una importante proporción de personal - mayor al 50% - cuyos ingresos totales oscilan entre \$ 400.- y \$ 1200.-. Este monto incluye a más del 80% de los trabajadores que se desempeñan a nivel operativo, cerca del 70% de los técnicos y sólo el 17% de los profesionales. Si se considera que - hasta el año 2000 - el promedio de remuneraciones en la industria manufacturera era de alrededor de \$600, parecería que el sector de salud no se aleja mucho de esa tendencia. La información también muestra que el 30% del personal operativo percibe ingresos inferiores a \$400. En este monto se encuentran más mujeres que hombres (casi el 20% de las mujeres frente a sólo un 8% de los hombres); y es más frecuente para los que trabajan en las instituciones del Conurbano que en las de Capital (20% y 8% respectivamente).

En el extremo opuesto, el grupo de mayores ingresos está integrado por los profesionales y dentro de ellos por los médicos. Significativamente adquieren mayor peso los que trabajan en el sector público, así como proporcionalmente los sectores de mayores ingresos corresponden más al Conurbano que a la Capital.

Forma y moneda de pago

En términos de la moneda de pago, debe recordarse que desde el último trimestre del año 2001, comenzaron a emitirse "cuasimonedas" en distintas provincias para el pago, precisamente de salarios y jubilaciones. Las diferentes provincias emitieron esas cuasimonedas, que en el caso de la Provincia de Buenos Aires es el "Patacón" y el Gobierno Nacional emitió las denominadas Letras de Tesorería (LECOP). Esas monedas podían utilizarse fundamentalmente para consumo y el pago de algunas obligaciones fiscales pero no, salvo una pequeña parte proporcional para el pago de servicios públicos, de Impuestos a las Ganancias, etc.

En ese contexto, la forma de pago del personal de salud es un claro exponente de esta situación, ya que el 60% de la fuerza ocupada cobraba total o parcialmente en esas monedas, en especial los Patacones por el fuerte peso de la muestra en el conurbano bonaerense. En ese sentido, el 25% de los trabajadores del sector salud percibían sus remuneraciones en Patacones, un 13% con Lecop, etc.

El grupo operativo es el que observa mayor proporción de personas que cobran en pesos (algo más del 50%, debido a que la regulación lo estableció así para las escalas inferiores de la administración), mientras que en los otros grupos profesionales, la proporción baja a cerca del 40%. No parecería haber demasiada diferencia entre el sector público y el privado, y es algo mayor para el personal del Conurbano que de la Ciudad de Buenos Aires, ya que en ésta última no se emitieron bonos.

Estos datos muestran que la problemática en relación al tema de remuneraciones se concentra en el monto y en la moneda de cobro más que en la irregularidad de los pagos.

CUADRO N° 33 | Moneda de pago para percepción de haberes. Gran Bs. As. 2002

	Grupo profesional			Total
	Profesionales	Técnicos	Operativos	
Pesos	41.5	43.6	51.1	44.8
Patacones	24.4	26.0	23.4	24.7
Lecop	15.1	13.8	9.2	13.1
Tickets	1.0	--	2.1	0.9
NS/NC	18.0	16.6	13.5	100.0

Fuente: Encuesta de mercado de trabajo en el sector salud

Regularidad en la forma de pago

La regularidad o irregularidad en la forma de percibir los haberes está muy asociada con la condición ocupacional.

CUADRO N° 34 | Regularidad en los pagos según condición ocupacional (totalidad de ocupaciones). Gran Bs. As. 2002

	Patrón/ Empleador	Cuenta propia	Empleado	Cuenta propia Atípico	Total
Regulares	12.5	52.7	73.0	42.9	67.2
Irregulares	87.5	45.9	27.0	57.1	32.5
N/S/NC	-	1.4	-	-	100.0 (n:378)

Fuente: Encuesta de mercado de trabajo en el sector salud

Cuando se considera el total de la muestra, los ingresos percibidos irregularmente corresponden a un tercio de las ocupaciones, proporción que disminuye para los asalariados en tanto aumenta para los empleadores y los cuenta propia. En efecto, el 87% de los patrones y el 46% de los cuenta propia (muchos de los cuales como se verá más abajo son asalariados encubiertos) dicen cobrar sus remuneraciones de manera irregular (los atrasos de la administración pública fueron mayores para el pago de contratos a terceros).

4.2.7. Grado de Satisfacción y Autonomía Profesional

Satisfacción en el trabajo

A pesar de una situación ocupacional de carácter cada vez más precario, caracterizada por largas jornadas de trabajo, con una tendencia cada vez más fuerte al pluriempleo, el grado de satisfacción que manifiesta el personal de salud en relación a su trabajo muestra un panorama sumamente interesante.

CUADRO N° 35 | Grado de satisfacción de los profesionales encuestados.

	MS	S	Mas o Menos	I	MI
Desarrollo profesional	9.2	42.9	21.4	22.4	4.1
Capacitación y aprendizaje	8.2	40.8	25.5	17.3	8.2
Responsabilidad profesional	14.3	67.3	10.2	7.1	--
Trabajo en equipo	26.5	45.9	10.2	11.2	5.1
Cantidad de horas de trabajo	2.0	40.8	20.4	30.6	6.1
Posibilidades de ascenso	2.0	27.6	15.3	26.5	16.3
Nivel de remuneración	4.1	25.5	13.3	34.7	20.4
Forma y tiempo de pago	7.1	39.8	18.4	16.3	17.3
Relación que establece con los pacientes	45.9	40.8	2.0	1.0	--

(MS: Muy satisfecho, S: Satisfecho, I: Insatisfecho, MI: Muy insatisfecho)

Fuente: Encuesta de mercado de trabajo en el sector salud

Los ítems que recogen mayor aceptación son los vinculados con la responsabilidad profesional y el trato con los pacientes que obtienen los guarismos más altos para todas las categorías profesionales.

Por el contrario, el mayor nivel de insatisfacción en los profesionales se expresa en la cantidad de horas de trabajo y en las posibilidades de ascenso.

Para los técnicos y operativos los ítems con alto nivel de insatisfacción se vinculan con el nivel de remuneraciones y las posibilidades de ascenso. Otra área de conflicto para el grupo operativo es también la regularidad y la forma de pago.

CUADRO N° 36 | Grado de satisfacción de los profesionales discriminando médicos - no médicos. Gran Buenos Aires, 2002

	Muy satisfecho/ Satisfecho		Mas o menos		Insatisfecho / Muy insatisfecho	
	Méd	No Med	Méd	No Med	Méd	No Med
Desarrollo profesional	52.7	52.5	24.1	17.5	24.1	30
Capacitación y aprendizaje	48.3	50	24.1	27.5	27.6	22.5
Responsabilidad profesional	86.2	75	12.1	7.5	1.7	15
Trabajo en equipo	79.3	62.5	8.6	12.5	10.3	25
Cantidad de horas de trabajo	39.6	47	20.7	20	39.7	32.5
Posibilidades de ascenso	31	27.5	15.5	15	39.7	47.5
Nivel de remuneración	24.1	30.5	17.2	7.5	55.2	55
Forma y tiempo de pago	41.3	55	15.5	22.5	33.5	39.1
Relación que establece con Los pacientes	70.1	55.5	3.4		1.7	

Fuente: Encuesta de mercado de trabajo en el sector salud

Los resultados obtenidos muestran un componente de satisfacción importante en relación a la metodología de trabajo, en el que se rescata el trabajo en equipo y por otro, muy especialmente, a la relación que se establece con los pacientes, que es la dimensión que caracteriza la especificidad del trabajo en el sector salud en el área prestacional y su carácter reparatorio.

CUADRO N° 37 | Grado de satisfacción de los técnicos. Gran Buenos Aires, 2002

	MS	S	Mas o menos	I	MI
Desarrollo profesional	8.0	57.5	12.6	19.5	2.3
Capacitación y aprendizaje	10.3	41.4	18.4	25.3	3.4
Responsabilidad profesional	16.1	58.6	12.6	10.3	1.1
Trabajo en equipo	27.6	49.4	10.3	6.9	2.3
Cantidad de horas de trabajo	5.7	52.9	17.2	21.8	1.1
Posibilidades de ascenso	3.4	17.2	21.8	40.2	8.0
Nivel de remuneración	1.1	24.1	23.0	41.4	10.3
Forma y tiempo de pago	8.0	47.1	12.6	19.5	10.3
Relación que establece con los pacientes	37.9	51.7	2.3	--	--

Fuente: Encuesta de mercado de trabajo en el sector salud

CUADRO N° 38 | Grado de satisfacción de los operativos. Gran Buenos Aires, 2002

	MS	S	Mas o menos	I	MI
Desarrollo profesional	6.3	39.2	26.6	12.7	11.4
Capacitación y aprendizaje	5.1	45.6	12.7	20.3	10.1
Responsabilidad profesional	10.1	55.7	12.7	10.1	2.5
Trabajo en equipo	16.5	59.5	10.1	5.1	2.5
Cantidad de horas de trabajo	6.3	67.1	10.1	8.9	2.5
Posibilidades de ascenso	3.8	24.1	17.7	22.8	19.0
Nivel de remuneración	2.5	31.6	13.9	38.0	12.7
Forma y tiempo de pago	10.1	53.2	8.9	19.0	6.3
Relación que establece con los pacientes	30.4	36.7	2.5	1.3	1.3

Fuente: Encuesta de mercado de trabajo en el sector salud

Autonomía profesional

En materia de autonomía, se observa un proceso de restricciones o limitaciones de distinto tipo y magnitud. Dado que no se especifican razones, y estas restricciones son más mencionadas por el personal que trabaja en el sector público que en el privado, probablemente en las respuestas se combinen tanto restricciones impuestas con el objetivo de limitar o reducir costos, así como por la probable falta de insumos en algunos establecimientos públicos.

Los profesionales y en particular los médicos son quienes manifiestan tener mayores limitaciones, aunque no les es exclusiva, como ilustra el cuadro siguiente.

CUADRO N° 39 | Frecuencia de restricciones para el ejercicio profesional del personal médico. Gran Buenos Aires, 2002

	Muy frecuente o frecuente
Limitaciones en la prescripción de medicamentos	36.7
Limitaciones para la prescripción de estudios	29.9
Limitaciones en el uso del tiempo disponible con los pacientes	26.3
Limitaciones en el uso de tecnología	40.0
Restricciones en los insumos para atención	33.3
Restricciones en los insumos para estudios	31.6

Fuente: Encuesta de Mercado de Trabajo del personal de salud

Un análisis detallado de la cantidad de restricciones que poseen (aunque sin discriminar la importancia diferencial de cada ítem), arroja información que demuestra las limitaciones en la autonomía profesional que se está verificando en la práctica profesional. Más del 50% del total de los profesionales (y más del 60% de los médicos) manifiestan tener restricciones para su práctica profesional, y, en la mayoría de los casos, tienen dos o más restricciones.

Una mirada más en detalle permitiría afirmar que las restricciones –consideradas para el conjunto de los profesionales– son más comunes entre los profesionales cuya primera ocupación es en el sector público (sólo el 21.4% dice no tener restricciones) que aquellos que la tienen en el privado (donde la falta de restricciones asciende al 57.6%) y que recae con más frecuencia sobre el personal más joven (el 36% no tiene restricciones) que sobre el de mayor edad (el 54% dice no

tener restricciones), y algo más sobre los hombres (33% sin restricciones) que sobre las mujeres (57% sin restricciones).

CUADRO N° 40 | Cantidad de restricciones para la práctica profesional. Gran Buenos Aires, 2002

Cantidad de restricciones	Total profesionales	Médicos
Sólo una	16.1	13.8
Dos restricciones	12.6	12.1
Tres restricciones	8.0	10.3
Cuatro restricciones	6.9	10.3
Cinco restricciones	5.7	8.6
Seis restricciones	4.6	6.9
No tiene restricciones	46.0	36.2

Fuente: Encuesta de Mercado de Trabajo del personal de salud

En términos de situación ocupacional, los patrones y los asalariados "típicos" son quienes dicen tener menos restricciones en su práctica profesional. Al mismo tiempo, son estos mismos asalariados y los cuenta propia típicos quienes manifiestan mayor número de restricciones. Esto sugiere que las limitaciones a la autonomía profesional está vinculada con situaciones particulares y no necesariamente asociadas a la situación ocupacional específica.

La preocupación por la pérdida de autonomía profesional emerge como un problema que define, incluso, la práctica gremial en algunos otros países. Un estudio sobre la situación del mercado de trabajo en EEUU, analiza el incremento de asociados observado en los Comités que representan a los médicos internos y externos en diferentes Estados, crecimiento sustentado en parte por el crecimiento de la presión de las instituciones de salud y las aseguradoras, que implica un creciente control sobre su trabajo y sus condiciones laborales. "Muchos tienen interés en sindicalizarse porque perdieron control de sus profesiones, y hay conflictos importantes con la Asociación médica americana que mira hacia otro lado".

En el caso argentino, estas restricciones a la autonomía profesional sumadas a la dependencia laboral (jurídica y económica) con independencia de la auto-

percepción, estaría señalando un importante proceso de pérdida de independencia profesional.

4.3. Conclusiones

La dependencia de los trabajadores de la salud parece haberse acentuado en la década pasada: mayor peso de asalariados, mayor proporción de no calificados y notables restricciones a los médicos para el ejercicio de sus incumbencias profesionales. A la vez, se verifica una expansión del pluriempleo y fuerte extensión de la jornada, en síntesis, deterioro de las condiciones de empleo y trabajo. Significativamente, el ritmo de incremento de precariedad en el sector, es considerablemente más alto que en la totalidad del empleo. Mientras que para el conjunto de los asalariados, el empleo no registrado creció a una tasa del 25%, en el sector salud la tasa fue de casi el 100%. Estas cifras adquieren una magnitud relativa mayor, si se considera que el sector observó una salarización creciente. Sin embargo la incidencia del no registro es todavía menor: alrededor de un 20% en el sector salud, frente a casi un 40% en el conjunto del empleo asalariado.

Otro rasgo importante que se observa en la estructura del sector salud en la década es la disminución de la proporción de profesionales, lo que perfilaría una estructura de calificaciones que se ha achatado.

Las frecuentes o muy frecuentes restricciones en las diversas dimensiones de su práctica profesional impuestas a los médicos, acentúan su dependencia, en tensión con la ética tradicional, reacia a instrucciones gerenciales o provenientes de fuentes ajenas a una best-practice profesional.

El incremento del pluriempleo y la extensión de la jornada (fenómenos asociados) tienden, en un sentido, a acentuar la subordinación de los trabajadores de la salud, al absorber una mayor proporción de la vida de esos profesionales, la pluralidad de empleadores no es acompañada con mayor autonomía profesional.

Podría afirmarse que las prioridades de las reformas pasaron por cambios en los mecanismos de financiamiento, intentos de reducción de costos, incorporación de mecanismos de mercado, y el tema de los recursos humanos fue, cuanto menos, descuidado. Esto se observa a pesar de ser un sector tanto intensivo en personal, como cercano a la economía de la innovación.

El análisis de las consecuencias de los cambios experimentados en el sector sobre la situación de empleo y condiciones de trabajo del personal de salud, es semejante al descrito para los países de Europa por S. Bach donde "cualquiera sea el tipo de reformas introducidas, han tendido a ser predominantemente negativas, tanto en materia de modalidades de contratación como de mayor precariedad laboral, y un consecuente aumento de la segmentación, así como en incremento en la intensidad de trabajo". En el contexto de tales cambios se ha produ-

cido una erosión de la ética del servicio público en tanto los valores comerciales han sido importados al sector salud a través de iniciativas privatizadoras y mercantiles . En un sentido similar, analizando patrones de comportamiento médico en la admisión de pacientes, se advierte que las consideraciones económicas se sobreponen a las profesionales . Que una reforma de mercado haya acentuado la subordinación de los trabajadores dista de ser una primicia, pero podría a guisa de estudio de caso significativo, ilustrar la polémica sobre el fin o la decadencia del trabajo asalariado y de la dependencia laboral.

Esta situación no sería ajena a las condiciones de salud de la población que, si bien no tienen como causas exclusivas las condiciones de trabajo y formas de contratación del personal de salud, son relevantes. Pluriempleo y sobreempleo, precariedad y desprotección social, jornadas agotadoras, restricciones y dispersión del esfuerzo profesional, "racionales" en la asignación de recursos desde la perspectiva de la rentabilidad de la unidad de negocios mercantil, se asocia a la irracionalidad en la asignación de los recursos colectivos para el resguardo de la salud, la prevención de la enfermedad y la mitigación del dolor, ejes de la ética de la salud y de los intereses generales de preservación social.

Bibliografía

- Bach, S: Selected cases in Western Europe, en Gabriel Ülrich (edit) *Labour and social dimensions of privatization and restructuring Health care services*, OIT, Ginebra, 1998.
- Bach, S: "Tendencias en las reformas sectoriales de salud en Europa y sus repercusiones en la gestión de los Recursos Humanos" in *Observatorio de los Recursos Humanos en Salud, OPS/OMS, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos*, Quito, 2000.
- Barnard, K y Harrison, S.: "Labour relations in health services management", *Social Science Medicine*, vol. 22, N° 11, p. 1213, 1986.
- Bour, Juan Luis: "Los costos laborales en Argentina", en *MTSS, Libro Blanco sobre el empleo en la Argentina*, MTSS, Bs. Aires, 1995.
- Brito, O; Galin, P; Novick, M: *Labor relations, employment conditions and participation in the health sector*, WHO Workshop on Global Health Workforce Strategy, 9-12 December 2000, Annecy, France.
- Buzzetti Thomson, H : "El Médico Dependiente", *Reseña de Jurisprudencia, Trabajo y Seguridad Social*, 1985.
- Fernández Campón, Raúl: "Profesionales de medicina y ciencias afines", en Antonio Vázquez Vialard, *Tratado de Derecho del Trabajo*, Tomo 6, 1985, p. 269 y ss.
- Castillo, Juan José: "Un camino y cien senderos, El trabajo de campo como crisol de disciplinas". En *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Año 6, Número 11, op. 119.
- FIEL: "Costos laborales en el Mercosur", FIEL, Bs. Aires, 1995 y.
- Galín, Pedro y Pautassi, Laura: "Cambios en el mundo del trabajo y su relación con las políticas sociales en América Latina", *Estudios del Trabajo*, No. 22, segundo semestre 2001.
- Galín, Pedro, Monza, Alfredo, y Szretter, Héctor: "El costo laboral del despido", *Proyecto ARG/92/009*, Buenos Aires, 1993.
- Giordano, O; Torres, A: "Estudio sobre el proyecto de Reforma Laboral", Buenos Aires, MTSS, 1994.
- Goldin, A: "Las tendencias de transformación del derecho del trabajo (hipótesis sobre un destino complejo)", *Lexis – Nexis*, en prensa, 2003.
- Goldin, Adrián O y Alimenti, Jorgelina: "Informe sobre el estado de avance al 31 de diciembre de 1989 de la investigación sobre regímenes reglamentarios de contratación y trabajo para recursos humanos en el sector salud", *AM/ARG/DHS/090/P6/88-90/390*, p. 2.
- Harribey, Jean Marie: "El fin del trabajo: de la ilusión al objetivo", 2001, <http://www.clacso.edu.ar/~libros/neffa/2harri.pdf>.
- Kritz, Ernesto: "Encuesta de Indicadores Laborales", junio de 1996, policopiado.
- López, Guillermo A. F.: "Reflexiones sobre la naturaleza de la vinculación jurídica de los médicos de cabecera del sistema PAMI", *XLVII-A*, p. 635 y ss.
- Marconi, E: *La terciarización del empleo en la Argentina .El sector salud (PNUD/OIT) edic 1986*

- Montoya, Silvia y Dutari, Juan: "Ley de Fomento de empleo: Cómo afecta al mercado de trabajo?" *Novedades Económicas*, Junio 1995, p. 19.
- Morgenstern, Sara: "La crisis de la sociedad salarial y las políticas de formación de la fuerza de trabajo", en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Año 6, Número 11.
- Novick, M. y Galin, P.: "Informe del estudio sobre reforma de las relaciones laborales en el sector salud", OPS/OMS, 1996.
- Novick, M.; Galin, P.: Informe grupo de trabajo "Definición de un protocolo para el estudio de la situación y tendencias de la flexibilidad laboral y precarización del empleo en salud en América Latina y el Caribe, Buenos Aires: 17-21 de enero, 2000.
- Novick, M; Galin, P.: "Empleo y modalidades de contratación en el sector salud de la Argentina 1990-2000", informe para la OPS-OMS, 2001.
- Novick, M; Pessagno, G.: Informe Estudio Exploratorio sobre Modalidades de Inserción y política hacia el recurso Humano en las Instituciones "empleadoras". El sector público, BIRF/OPS, 1990.
- Novick, M, Tomada, C; Mercer, H; Lopez G.: "Actualización de la gestión y de la administración de personal en una Obra social de la industria metalúrgica en Argentina" en Brito; P; Campos, F; Novick, M. (organiz): *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: Cambios y oportunidades*, OPS/OMS, Washington, 1996.
- Oesterman, P.; Kochan, T; Locke, R; Piore, M: *Working in America*. MIT Press. Cambridge. 2002.
- OIT: "La reforma laboral en América Latina. Un análisis comparado", 2000, p. 9.
- Pautassi, L.: "Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina", CEPAL, 2001, utiliza ambas fuentes y estudios.
- Pok, Cynthia: "El mercado de trabajo: implícitos metodológicos para su medición". En Villanueva, E. (coord.) "Empleo y Globalización", Univ. Nac. de Quilmes, Bernal, 1997.
- Ragusa, Beatriz : "La relación de dependencia en la prestación de servicios médicos", *Relaciones Laborales y Seguridad Social*, Año 1, No. 9, noviembre de 1995, p. 1006. También, entre otros trabajos pueden verse:
- "Revista de Trabajo", Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, No. 13, Noviembre 1999.
- Rigoli, F.: " La economía política de los Recursos Humanos", Montevideo, 1999.
- Standing, Guy: "Global Labour flexibility" International Labour Organization, 1999.
- Ugarte Cataldo, José Luis: "La subordinación jurídica: crónica de una supervivencia anunciada", trabajo presentado al V Congreso Regional Americano de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social, Lima 2001.
- Szretter, Héctor: "Los costos laborales en Argentina", en "Inseguridad laboral y competitividad: modalidades de contratación" (Editores Víctor Tokman y Daniel Martínez), OIT, 1999, p. 39.
- Wholey, Douglas R and. Burns Lawton R.: "Convenience and Independence: Do Physicians Strike a Balance in Admitting Decisions?". *Journal of Health and Social Behavior*, volume 32, Issue 3, Sep. 1991, p. 269).

SEGUNDO ESTUDIO

Los recursos humanos en salud en Argentina

Una mirada a los datos

Mónica C. Abramzón

Agosto 2003

1. Introducción

La falta de información y análisis sobre los problemas de recursos humanos en las reformas del sector salud en toda América Latina ha impulsado a la Organización Panamericana de la Salud a promover el desarrollo del Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Se trata de generar un espacio que contribuya a dar visibilidad al papel de los recursos humanos tanto en la elevación de los niveles de calidad y eficiencia de la atención como en la sustentabilidad de las transformaciones que impulsan las reformas. En este sentido, se han identificado cuatro áreas problema respecto de las cuales se promueve la formulación de políticas: calidad del empleo y régimen laboral, productividad del trabajo y calidad de los servicios, formación de recursos humanos en salud y gobernabilidad y calidad del sector salud.

Para ello, la iniciativa del Observatorio se plantea algunos objetivos específicos:

- *“Detectar, generar, organizar, analizar y poner a disposición de actores relevantes la información necesaria para realizar la identificación, seguimiento, comparación y evaluación de procesos, tendencias, problemas y opciones de intervención en materia de desarrollo de recursos humanos en los procesos de reforma sectorial*
- *Aportar de manera continua y sistemática conocimiento e información relevantes acerca de los procesos de desarrollo de recursos humanos en las reformas sectoriales, a nivel internacional y nacional*
- *Contribuir a capacitar personal en los países en las metodologías y en la adecuada utilización del conocimiento y la información generada por el Observatorio*
- *Contribuir a fortalecer los sistemas de información por medio de la articulación y combinación de fuentes y métodos”.*¹

Este constituye el marco conceptual que orienta el desarrollo del presente estudio.

Como es sabido, desde finales de los años 80 se vienen registrando cambios en la organización de los servicios de salud para la población, que han afectado

¹ OPS/ OMS : Observatorio de los Recursos Humanos en Salud, OPS/ OMS, Quito 2000

también a los trabajadores del sector salud y determinaron modificaciones en la gestión del sector. Como se ha señalado, los recursos humanos debieran ser uno de los actores centrales de la efectiva implementación de la reforma de los sistemas de salud. Sin embargo, su papel fue subestimado y olvidado en las agendas de definición de los cambios en el sector².

Entre los principales cambios observados en el campo de Recursos Humanos se destacan: la descentralización progresiva de funciones y tareas con cambios en los niveles de responsabilidad de los servicios; los nuevos mecanismos de financiamiento y modalidades de pago; la reasignación de las funciones de personal; la ampliación de los campos profesionales; cambios en los esquemas tradicionales de organización de los equipos de trabajo; nuevas formas de flexibilidad laboral; mayor énfasis en la evaluación de desempeño e implementación progresiva de sistemas de incentivos³.

El campo de los Recursos Humanos en Salud tiene numerosos referentes institucionales: universidades, escuelas técnicas, grandes empleadores como Ministerios y Secretarías de Salud, Seguridad Social, organizaciones del sector privado, etc. Sin embargo, pocas veces se encuentran espacios de articulación de estos actores en una unidad conceptual y técnica, que impulse estudios integrales del campo y pueda diseñar acciones políticas específicas para atender algunos problemas identificados⁴.

Una indagación reciente realizada por OPS para América Latina ⁵ verifica un consenso superior al 80 % entre los expertos consultados respecto de que no existe una priorización del tema de recursos humanos por parte de la autoridad sanitaria. Tal vez sea esta una de las razones más importantes de la carencia de información que pueda sustentar la toma de decisiones de política de recursos humanos.

Asimismo se señala⁶ que “en el ámbito regional, la estrategia del Observa-

² PASSOS NOGUEIRA, R: Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. En: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Ministerio de Saúde- OPS Brasil-Universidad Federal Rio Grande do Norte, Natal. 1999.

³ BRITO, P.: Elementos para un acercamiento a la problemática y perspectiva de los recursos humanos en salud. En: Cuevas Alvarez, L. y Brito P. (Coord.): Presente y Futuro en la Formación, Práctica y Regulación Profesional en Ciencias de la Salud. OPS- OMS y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Ediciones de la Noche. México. 2002

⁴ ROVERE, M.; Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud. OPS. Washington, 1993

⁵ OPS - Programa de Desarrollo de Recursos Humanos: Estudio DELPHI: Problemas presentes y futuros de los Recursos Humanos en Salud, Washington. Septiembre 2002

⁶ OPS/OMS: Observatorio de los Recursos Humanos de Salud. Propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT. Serie de Observatorio de Recursos Humanos de Salud. Quito. 2000. Citado por:

torio de Recursos Humanos en Salud⁷, iniciada en 1999 ha puesto de manifiesto algunas tendencias críticas relacionadas con la rectoría del campo, tales como: la desaparición de departamentos⁸, divisiones o áreas de recursos humanos en algunos países o el achicamiento de sus funciones; la ausencia de políticas de recursos humanos en salud; la desaparición de mecanismos regulatorios como las comisiones específicas por profesiones o niveles de formación (comisiones de residencias médicas, de técnicos, etc.); y las continuas divergencias y conflictos entre los ministerios de salud y educación u otros organismos (gremios, asociaciones, colegios) interesados en el control y evaluación de la formación profesional y técnica.

En Argentina, el Sector Salud dispone de datos básicos que permiten construir algunos indicadores tradicionales. Sin embargo, los especialistas coinciden en señalar que en gran medida no reflejan la compleja realidad sanitaria del país ya que la información es a menudo fragmentaria ya que existen pocos sistemas unificados, las categorías de análisis no siempre son homogéneas y los dispositivos de registro a menudo no se implementan con la periodicidad necesaria por lo cual en muchos casos resultan desactualizados o inadecuados para dar cuenta de las nuevas situaciones.

En el campo específico de *Recursos Humanos en Salud*, a las limitaciones señaladas, se agrega la dispersión de las fuentes de datos y la carencia de información básica respecto de las principales variables.

En trabajos anteriores⁹ se ha señalado que la última información objetiva global sobre este campo corresponde al Censo Nacional de Personal y al Catastro Nacional de Servicios y Recursos de Salud (CANARESSA) que realizara el entonces Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente en 1980. Si bien en el primer caso se censaron personas en instituciones de servicios y en el segundo se relevaron cargos y no personas, ambos instrumentos constituyen una buena aproximación al conocimiento de las situaciones de este sector.

El Censo Nacional de Población de 1991 tampoco proporcionó información que permitiera caracterizar el campo ya que, por limitaciones presupuestarias, se recortaron las tabulaciones previstas de los datos básicos de ocupación. Una situación similar se plantea respecto del Censo Nacional de Población realizado en

BORRELL BENTZ, R.M.(2002): El sistema de residencias en salud y las políticas de recursos humanos en Argentina. En: Las Residencias del Equipo de Salud: Desafíos actuales". OPS/OMS-DIRCAP-GCBA/IIGG -FCS-UBA. Buenos Aires. 2003.

7 El Observatorio de Recursos Humanos en Salud es una estrategia regional que busca apoyar el fortalecimiento de políticas de recursos humanos en el marco de los procesos de cambio

8 Parte de estos problemas se ratifican en el "Estudio Delphi: Problemas presentes y futuros de los recursos humanos en salud", realizado por el programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, en Septiembre de 2002.

el año 2001, ya que aunque todavía no están disponibles los datos, se sabe que, por las mismas razones no incluirá esas tabulaciones.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) realiza, por muestra dos veces por año en los principales conglomerados urbanos, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que tampoco releva información desagregada que permita conocer la situación de personal empleado en el sector.

La información respecto del personal que se desempeña en Salud generada por diversas instituciones del sector y asociaciones profesionales y gremiales resulta en general más actualizada pero presenta la particularidad de que no siempre utiliza categorías compatibles. Además, puede contener duplicaciones o resultar incompleta ya que estas instituciones llevan el registro de su membrecía que en algunos casos resulta de un requisito para el ejercicio profesional y en otros de una simple adhesión voluntaria. No obstante, para muchos aspectos esta fuente resulta una adecuada aproximación a una estimación de la fuerza de trabajo del sector.

El Ministerio de Educación compila las estadísticas correspondientes a los egresados del sistema universitario que permiten el análisis del perfil profesional de los recursos humanos del sector. La información referida a las categorías no profesionales y a algunas profesionales como técnicos en salud, resulta incompleta por cuanto no se encuentra centralizada y las instituciones formadoras son muy diversas y dispersas. Estas instituciones reportan en muchos casos a las áreas de Educación provincial o municipal y en otras dependen de las de Salud.

En este punto debe tenerse en cuenta que los procesos de reformulación que ha atravesado el modelo prestacional, tanto público como privado y de la seguridad social, han determinado cambios no sólo en la propiedad de las organizaciones del sector privado sino, y fundamentalmente, modificaciones en los procesos de trabajo y en su gestión¹⁰.

Como resultado de ello, se han desarrollado procesos de privatización periférica y de tercerización de servicios que han determinado una importante dispersión de fuentes por la cual importantes contingentes de personas que ejercen sus actividades en el sector, no son considerados “trabajadores de salud” porque su tarea se computa en la empresa o unidad prestadora del servicio. Esta situación, que en términos de registro, afecta fundamentalmente a las categorías no profesionales incide sobre todo en el cálculo del personal técnico alcanzando a

9 ABRAMZÓN, M.: La situación de los Recursos Humanos en Salud en Argentina. OPS, Buenos Aires, 1993.

10 BRITO, P.: Elementos de contexto para un acercamiento a la problemática de los recursos humanos en salud. En: CUEVAS ALVAREZ, L., BRITO, P. (Coord.) : Presente y futuro en la formación, práctica y regulación del ejercicio profesional en ciencias de la salud. OPS/OMS, México. 2002.

aquellos que desempeñan sus tareas en áreas administrativas, de mantenimiento y servicios generales de los establecimientos.

En ese contexto, el Ministerio de Salud de la Nación encaró en los últimos años una serie de acciones y programas para orientar la conducción y administración del sector salud. Entre ellos, el Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSal) incluía entre sus componentes la realización de un catastro nacional de salud de todos los recursos disponibles, entre ellos los recursos humanos, en la oferta de servicios de salud en todas las jurisdicciones políticas. El proyecto contaba con financiamiento del Banco Mundial¹¹. La Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, en el marco del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES), tuvo a su cargo la coordinación técnica de esa edición del CANARESSA a través de la aplicación de un “*Cuestionario a Establecimientos Asistenciales*”.

El relevamiento que tenía como unidad de análisis los establecimientos asistenciales por cuestiones de financiamiento se dividió en dos partes. En la primera se relevaron los establecimientos de 13 provincias completas, los de 9 distritos Capital, todos los públicos de la provincia de Mendoza y todos los con internación de la Ciudad de Buenos Aires. La segunda, que debía ser cubierta a través de la cooperación externa proveniente del crédito del Banco Mundial, no se llevó a cabo¹².

Sin embargo, puede considerarse que, a pesar de que su cobertura resultó incompleta, la realización del Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud (CANARESSA) 1998-2000 constituyó un valioso aporte para el conocimiento de algunas variables claves del campo de recursos humanos.

2. Algunas cuestiones metodológicas

El relevamiento de 1998 recabó información sobre modalidades y actividades de los servicios, recursos humanos, recursos físicos y equipamiento de todos los establecimientos asistenciales de atención de la salud oficiales, privados y

¹¹ OPS-OMS: Transformaciones del Sector Salud en la Argentina. Estructura, proceso y tendencias de la Reforma del Sector entre 1990 y 1997. Publicación Representación Argentina n° 48. Buenos Aires, 1999.

¹² En esa oportunidad se relevaron:

- A. Todos los establecimientos de salud y hogares de ancianos de los tres subsectores de trece jurisdicciones: Catamarca, Corrientes, Chaco, Chubut, Formosa, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Rio Negro, Salta, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego.
- B. Todos los establecimientos localizados en los Departamentos Capital de: Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, Misiones, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.
- C. Todos los establecimientos oficiales de: Mendoza
- D. Todos los establecimientos con internación de: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

de obras sociales, incluyendo por primera vez a los hogares de ancianos de los tres subsectores.

Es importante señalar que la definición de “*establecimiento*” utilizada en el *Cuestionario* debe ser tenida en cuenta para interpretar los datos. Si bien el establecimiento fue definido como la “organización destinada al cuidado y a la atención de la salud a través de la prevención y/o diagnóstico y/o tratamiento, en una sola ubicación física, las unidades operativas, esto es, los servicios que pertenecían a una razón social diferente de la del establecimiento mayor fueron registrados como establecimientos independientes¹³. De este modo, es probable que el número de establecimientos sin internación se encuentre sobredimensionado, ya que muchos de ellos son sólo servicios tercerizados de un establecimiento mayor.

Cabe señalar que el concepto de recursos humanos utilizado en el Catastro se refiere a **cargos ocupados y no a personas**, cualquiera sea la forma de remuneración, que se agrupan de acuerdo con los niveles de capacitación requeridos para su desempeño. De este modo, y dado que una persona puede desempeñar más de un cargo en los distintos subsectores, puede suponerse que el número de personas ocupadas en las jurisdicciones relevadas es menor que el de cargos registrados.

El relevamiento considera **recurso humano del establecimiento** al personal efectivo, contratado, becario, residente y concurrente, más allá de la fuente de financiamiento del cargo (nacional, provincial, municipal, etc).

Se relevaron cargos que fueron agrupados en 29 categorías profesionales, 16 técnicas, 8 auxiliares y 9 otros recursos humanos. Todos los agrupamientos incluyen al menos una categoría “otros” respecto de la cual no existe información desagregada. El agrupamiento “profesionales” incluye además una categoría “otros profesionales residentes”. El ANEXO I contiene el detalle de los agrupamientos y categorías incluidas en cada uno de ellos.

El cuestionario relevó la cantidad de profesionales según “régimen de contratación” para sólo siete categorías: médicos, odontólogos, bioquímicos, licenciados en enfermería, enfermeros universitarios, enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería¹⁴.

Asimismo, registra el perfil técnico de los recursos humanos en tareas de conducción para catorce servicios¹⁵ y no se explicitan los criterios por los cuales esta información no fue solicitada para todos. Los servicios de Laboratorio de análisis clínicos y Diagnóstico por Imágenes, entre otros, quedaron excluidos.

¹³ Manual de Instrucciones para el llenado del Cuestionario de Establecimientos Asistenciales, DEIS, pg. 4).

¹⁴ Las formas de contratación relevadas son: relación de dependencia, contratos, becarios, concurrentes y por prestación/ honorarios.

¹⁵ Enfermería, Medicina Nuclear, Terapia radiante, Hemoterapia/Banco de sangre, Hemodiálisis, Centros quirúrgicos, Centros obstétricos, Esterilización, Anatomía patológica, Farmacia, Alimentación, Estadística, Servicio social, Mantenimiento.

Los datos referidos a cargos ocupados fueron relevados por subsector de dependencia (público, privado, obra social) y por tipo de establecimiento (con o sin internación).

No obstante ello, se realizará una descripción de las principales características detectadas, se tratará de caracterizar el contexto en que se registran y se destacarán algunas situaciones particulares.

3. La revisión de los datos

Este estudio se propone identificar las principales características de la situación de los Recursos Humanos en Salud que surgen del análisis de la información contenida en las bases de datos disponibles en la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud¹⁶.

El relevamiento realizado en 1998, registró 263.356 cargos de acuerdo con la siguiente distribución:

TABLA 1 | Cargos de Recursos Humanos por jurisdicción y agrupamiento. 1998

Cargos Recursos Humanos	13 provincias completas	9 jurisdicciones distrito capital	Establ. Públicos Mendoza	Establ. s/int. Ciudad Bs. As.	TOTAL
Profesionales	33.814	40.726	4.268	36.270	14.678
Técnicos	7.085	9.560	984	14.816	32.445
Administrativos	22.286	12.234	2.186	10.547	47.253
Otros Recursos Humanos	23.164	21.293	2.350	22.173	68.980
TOTAL	85.949	83.813	9.788	83.806	263.356

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro Nacional de Servicios y Recursos de Salud, DEIS. Ministerio de Salud. 1998.

Estos valores confirman lo ya señalado respecto de que este relevamiento constituye una muestra parcial de los recursos humanos en salud ocupados en

¹⁶ Este estudio fue requerido por la Dirección Nacional de Recursos y Políticas de Salud y su realización fue posible gracias a la valiosa colaboración prestada por la Lic. Elida Marconi, Directora de la DEIS y por el Lic. Carlos Guevel que tuvo a su cargo el procesamiento de los tabulados especiales solicitados.

Argentina en 1998, ya que las estimaciones disponibles para ese año¹⁷ daban cuenta de unas 440.100 personas ocupadas en el sector, lo que representaba un 3% de la población económicamente activa. Esta estimación coincide con las magnitudes consignadas en un reciente estudio de cálculo de personal ocupado¹⁸.

Debe tenerse en cuenta que los especialistas consideran que la relación cargo/persona es de aproximadamente 1,7 por lo cual los cargos registrados por el Catastro estarían siendo desempeñados por unas 160.000 personas, poco más de la tercera parte del total de la fuerza laboral total del sector salud estimada al momento del relevamiento.¹⁹

Teniendo en cuenta lo ya señalado respecto de la falta de información sobre el sector que lleva a que la disponibilidad de la fuerza laboral deba ser calculada a partir de los datos secundarios de egresados para las categorías profesionales y de información proveniente de instituciones y entidades representativas para las otras categorías. Los datos relevados resultan adecuados descriptores de las principales características de los recursos humanos en salud.

Dada la heterogeneidad de los componentes, en primera instancia se presentará una descripción de cada uno de los conjuntos relevados tratando de identificar en ellos las principales tendencias relativas a la distribución de los recursos humanos en salud.

A fin de facilitar la lectura, en el cuerpo principal se incluyen Tablas (1-10) con los datos globales que surgen del análisis del relevamiento y en el Anexo II se incluyen Cuadros (1-21) con algunos indicadores y con los datos desagregados por jurisdicción y categoría.

¹⁷ ABRAMZÓN, M.; CADILE, M. del C.: Recursos Humanos en Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998. En: Recursos Humanos en Salud en Argentina. Publicación N° 53. Representación Argentina OPS/OMS. Buenos Aires, 2001

¹⁸ NOVICK, M.; GALIN, P.: Empleo y modalidades de contratación en el sector salud de Argentina Trabajo presentado a OPS. Buenos Aires, setiembre 2001. Según el Informe Situación de Salud en Argentina 2003 OPS- Ministerio de Salud este estudio "muestra una variación según fuentes y registros. Así, para la Encuesta de Gasto de Hogares (ENCGH) de 1996/97 con una cobertura del 95%, del total urbano, la cifra de trabajadores en el ámbito de salud y servicios sociales alcanzaría a 614 mil ocupados. En cambio, para la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) con una cobertura del 66% de las áreas urbanas, la totalidad ascendería a 465 mil en el año 2000. Para el personal afectado a salud definido en forma restringida, la cifra sería de 406 mil. Si se considera esta información según la EPH, el personal afectado a salud representaría entre el 5 y un 6% del total de la PEA. Los mismos autores identificaron que en el sector público se desempeñaría un 40% del total, con un fuerte peso de mujeres (70%)"

¹⁹ Estos datos surgen del "Proyecto de revisión de las Cuentas Nacionales y de la distribución del ingreso". Proyecto 2712/AR. BIRF/CEPAL-BCRA. 1990.

4. Los cargos relevados por el Catastro

Las **trece provincias** completas incluidas en este relevamiento (Catamarca, Corrientes, Chaco, Chubut, Formosa, La Pampa, La Rioja, Neuquen, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego) no constituyen un conjunto homogéneo y presentan características sociodemográficas, económicas, culturales y de organización de los servicios de salud muy diversas.

Debe tenerse presente que este conjunto no resultó de una selección orientada por la aplicación de determinados criterios, sino que se conformó de acuerdo con la existencia, al momento del relevamiento, de una combinación de factores que hicieron posible su realización.

TABLA 2 | Recursos humanos según cargo ocupado y función real desempeñada. Por agrupamiento, 13 jurisdicciones completas. 1998.

RECURSOS HUMANOS	PROVINCIA													
	Catamarca	Corrientes	Chaco	Chubut	Formosa	La Pampa	La Rioja	Neuquen	Río Negro	Salta	San Juan	Santa Cruz	Tierra del Fuego	Total 13 provincias
Profesionales	1594	4087	3392	2618	1648	1600	1791	3129	3017	5398	3503	1037	600	33414
Técnicos	311	762	509	518	301	283	247	552	491	1936	589	302	284	7085
Auxiliares	1774	2597	2661	1427	1392	921	1550	1710	2034	3340	1788	720	372	22286
Otros Rec.	1153	2815	2607	1760	1169	1525	1466	2247	2140	2919	1649	1206	508	23164
TOTAL	4832	10261	9169	6323	4510	4329	5054	7638	7682	13593	7529	3265	1764	85949

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

Algunos indicadores demuestran la heterogeneidad señalada, en términos de dimensiones y condiciones demográficas, socioeconómicas y de salud, entre las 13 jurisdicciones que conforman el conjunto para el que se dispone de información completa (Cuadros 1, 2, 3 y 4). Las diferencias en sus pirámides poblacionales, en la proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas, los niveles educativos diferenciales, los déficits en las condiciones ambientales y las características de los servicios de salud que atienden las necesidades son algu-

nas de las variables que denotan esa heterogeneidad. Sin embargo, a pesar de esta heterogeneidad, pueden identificarse algunas regularidades respecto de las características de los recursos humanos empleados en el sector salud.

El agrupamiento “Profesionales” es el de mayor peso relativo en el total de cargos relevados para estas 13 provincias ya que en todas las jurisdicciones supera el 32% aunque en algunas, como San Juan, llega al 46,5% (Cuadro 5).

El agrupamiento de los “técnicos” es el de menor participación relativa en todas las jurisdicciones si bien se registra una amplia variación entre ellas. Por ejemplo, en La Rioja representan el 4,9% de los cargos mientras en Tierra del Fuego alcanzan al 16,1%.

Sin embargo, sería apresurado afirmar que el número de técnicos que trabaja en el sector es bajo ya que es probable que administrativamente su registro como “fuerza laboral” se realice en el ramo de actividad de la unidad productiva que presta el servicio: comercio, higiene, alimentación, etc. ya que, como se señalara al comienzo, al tercerizarse esos servicios ese personal es registrado bajo otra dependencia.

En el caso de los cargos de “auxiliares”, también existe variación en la participación aún cuando su magnitud resulta menor: En Tierra del Fuego alcanzan al 21,1% y en Catamarca constituyen el 36,7%, casi un 80% más.

Un comportamiento similar se verifica en la categoría “otros recursos humanos” que tiene una presencia que oscila entre el 21,5% en Salta y el 36,9% en Santa Cruz.

El conjunto de las **9 capitales** (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, Misiones, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán) también registra una gran diversidad como resultado de su desigual grado de desarrollo.

Como se ha consignado, el total de cargos relevados en este conjunto alcanza a 83.813. Si bien este número resulta equivalente en magnitud al de las trece provincias ya analizadas, su estructura presenta una configuración diferente. En el promedio de este conjunto, la categoría “profesionales” eleva su participación al 48,6%, “otros recursos humanos” constituye el 25,4% y las categorías “auxiliares” y “técnicos” son las de menor peso relativo con el 14,6 y el 11,4 % en promedio respectivamente (Cuadro 6).

El hecho de que este conjunto contenga sólo los establecimientos del distrito Capital de estas jurisdicciones, podría explicar algunas de estas diferencias, ya que las grandes ciudades, con una mayor presencia de establecimientos con internación y de cierta complejidad presentan una organización distinta de los servicios, aún cuando se observan diferencias importantes entre las jurisdicciones que integran este agrupamiento.

Así, los cargos profesionales que, como se ha señalado, constituyen el agrupamiento más numeroso, representan en Jujuy el 39,1% y en Córdoba superan el 55%.

TABLA 3 | Recursos humanos según cargo ocupado y función real desempeñada. Por agrupamiento, 9 jurisdicciones distrito Capital. 1998.

RECURSOS HUMANOS	JURISDICCIÓN									
	Buenos Aires	Córdoba	Entre Ríos	Jujuy	Misiones	San Luis	Santa Fe	Santiago del Estero	Tucumán	Total 9 capitales
Profesionales	9815	13520	2681	1720	2003	994	3159	1765	5069	40726
Técnicos	2832	2275	579	671	232	126	1284	469	1092	9560
Auxiliares	3186	2870	984	779	826	339	993	885	1372	12234
Otros Recursos Humanos	5243	5593	1721	1229	889	508	1959	1055	3096	21293
TOTAL	21076	24258	5965	4399	3950	1967	7395	4174	10629	83813

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

El agrupamiento “técnicos” que, como se señalara tiene en promedio una baja participación, en Santa Fe y Jujuy adquiere valores muy superiores, 17,4% y 15,3% respectivamente.

La categoría “otros recursos humanos” alcanza para el total de estas jurisdicciones una participación del 25,4%, sin que se registren diferencias significativas entre las capitales. Sin embargo, como se verá, se observan variaciones en la composición por categoría del agrupamiento.

Los cargos relevados en la provincia de **Mendoza**²⁰ presentan una característica que debe ser especialmente considerada al interpretar los datos, en tanto sólo corresponden a los establecimientos públicos, con lo cual el análisis resulta muy acotado. En ellos se relevaron en total 9.788 cargos, de los cuales el 43,6% corresponde a “profesionales”, sólo un 10,1% a “técnicos” y los demás se reparten en partes casi iguales entre “auxiliares” y “otros recursos humanos” (Cuadro 7).

En la **Ciudad de Buenos Aires** los cargos relevados sólo corresponden a los **establecimientos con internación**. La falta de registro de los datos de los estableci-

²⁰ En el Cuadro 4 del ANEXO II se presentan algunos indicadores de la provincia de Mendoza

TABLA 4 | Recursos humanos según cargo ocupado y función real desempeñada.
Por agrupamiento, Establecimientos públicos Provincia de Mendoza. 1998.

RECURSOS HUMANOS	CARGOS
Profesionales	4268
Técnicos	984
Auxiliares	2186
Otros Recursos Humanos	2350
TOTAL	9788

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

mientos sin internación constituye un recorte muy significativo en este distrito, debido a que, dadas las características específicas de la Ciudad, queda excluido el personal que se desempeña en consultorios, centros de salud, centros de diagnóstico y tratamiento, emergencias, etc. del núcleo de mayor concentración de actividades en salud del país. Algunos indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud ilustran las principales características de esta jurisdicción²¹.

Los cargos aquí incluidos constituyen casi la tercera parte (31,8%) de los relevados por el Catastro. Nuevamente se verifica la característica señalada para todos los conjuntos relevados referida a que los agrupamientos “profesionales” (43,3%) y “otros recursos humanos” (26,5%) concentran casi el 80% de los cargos ocupados (Cuadro 8).

Asimismo, se observa una mayor presencia relativa de cargos “técnicos” (17,7%) similar sólo a la observada en la Provincia de Santa Fe. Una posible expli-

²¹ Esta jurisdicción, de acuerdo con el Censo de 2001, era habitada por 2.768.772 personas. Su densidad de población es mil veces superior al promedio nacional aunque en el período inter censal 1991-2001 registra una disminución de población del 6,3 %. La tasa de mortalidad general era en 2001 de 11,6°/°°° habitantes, muy superior a la media nacional (7,6°/°°°) y es un indicador de la estructura de la población “envejecida”. A su vez, la tasa de natalidad que es de 13,2°/°°° habitantes, es la más baja de país. Como la tasa de palidez media de la Ciudad, es la más baja del país, 1,10 hijos, es probable que, la pirámide poblacional se asemeje crecientemente a los países europeos que poseen una población cada vez más envejecida. La Ciudad de Buenos Aires ha tenido siempre bajos niveles de analfabetismo. Entre 1980 y 1991 ha disminuido de 1,4% a 0,7% (INDEC 2002). El porcentaje de hogares pobres en la Ciudad alcanzaba en 2000 al 8,2 % mientras la población incluida en ellos se elevaba al 10,9%.

TABLA 5 | Recursos humanos según cargo ocupado y función real desempeñada. Por agrupamiento Establecimientos con internación, Ciudad de Buenos Aires. 1998.

RECURSOS HUMANOS	CARGOS
Profesionales	36270
Técnicos	14816
Auxiliares	10547
Otros Recursos Humanos	22173
TOTAL	83806

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

cación se vincularía con la complejidad que caracteriza la organización de los servicios en este ámbito y las numerosas alternativas de formación en ese nivel que ofrece la Ciudad, lo que estaría determinando la necesidad de emplear personal con mayor nivel de calificación facilitada por la posibilidad de hacerlo.

5. La conformación de los equipos de salud

Dada la heterogeneidad de las jurisdicciones, y a fin de identificar las principales tendencias que orientan la conformación de los equipos de salud, se realizará un análisis de los distintos agrupamientos de categorías.

• El agrupamiento profesional

Este agrupamiento, que está integrado por 29 categorías, incluye entre ellas las específicas de la salud²² y otras 14 que denominamos “aportantes” porque corresponden a campos disciplinarios que colaboran en la realización de las diversas actividades que conllevan las prácticas en salud. Se trata de asistentes sociales, ingenieros, estadísticos, administradores y abogados entre otros. En líneas generales, su participación, se encuentra entre un 5 y un 6% aunque en las 9 capitales se incrementa alcanzando el 10% en Santiago del Estero.

²² Bioingeniero, bioquímico, biólogo, dietista/nutricionista, enfermera universitaria, farmacéutico, fonoaudiólogo, kinesiólogo, licenciado en enfermería, médico, médico residente, obstétrico, odontólogo, psicólogo, otros profesionales residentes.

Es necesario realizar una aclaración respecto de los resultados del relevamiento para las categorías de enfermería universitaria y profesional. Aunque el cuestionario distinguía entre ambas calificaciones, es probable que la calidad del dato sea baja ya que en la mayor parte de las jurisdicciones, el título “profesional” de enfermería ha sido siempre otorgado por la Universidad, con lo cual esta apertura entre profesional y universitaria podría no diferenciar adecuadamente. Los datos de la Capital de Córdoba, avalan esta observación ya que allí la formación de enfermería fue brindada siempre por la Universidad y, sin embargo, se registraron muchos más enfermeros profesionales que es como se reconocen los enfermeros universitarios.

Los profesionales constituyen el 43,5% del total de cargos relevados y de ellos el 35,5% se desempeña en establecimientos de las 9 capitales y el 35,5 % en los de la Ciudad de Buenos Aires. De este modo, estas 10 ciudades que concentran alrededor del 26% de los habitantes del país reúnen poco más de dos tercios del total de profesionales del país. Además, debe tenerse en cuenta que ese valor sería aún mayor en el caso de la Ciudad de Buenos Aires si hubieran sido incluidos los cargos profesionales en los miles de consultorios, policlínicos, centros de salud y centros de diagnóstico y tratamiento sin internación de la Ciudad de Buenos Aires que no fueron considerados en el relevamiento (TABLA 1).

De hecho, las ciudades capitales son ámbitos tradicionalmente elegidos por los profesionales para su radicación por cuanto ofrecen la mayor concentración de oportunidades de formación e inserción laboral debido, por un lado, a la existencia de universidades y centros de investigación y, por otro, a una variedad de alternativas laborales que genera el hecho de que en general se concentra en ellas la población con mayor capacidad adquisitiva. En particular, la Ciudad de Buenos Aires, es la jurisdicción con mayor ingreso per capita del país.

Los profesionales en las 13 provincias

En las **13 provincias**, los profesionales representan el 38,9% de los cargos relevados y entre ellos predomina la categoría “Médicos” con participaciones que oscilan entre el 55% en Formosa y el 67% en La Rioja. Este estrecho rango de variación entre los extremos, da cuenta de la hegemonía de esta categoría en la composición de los equipos profesionales. (CUADRO 5)

Asimismo, si la categoría es analizada adicionando los “médicos residentes”, que el relevamiento registra por separado, se observa que algunos casos como en Neuquén y San Luis su participación supera el 70%. **Este registro da cuenta de las características del modelo de atención centrado en el médico que pareciera orientar la lógica en torno de la cual se organizan los servicios de salud.**

Con estos valores, los cargos “médicos” constituyen el 25,4% del total de cargos ocupados en estas provincias. Esta participación resulta equivalente a la es-

Tabla 6. | Cargos Profesionales según función real desempeñada.
Total jurisdicciones relevadas 1998.

PROFESIONALES	13 provincias completas	9 jurisdicciones distrito capital.	Mendoza	Ciudad de Buenos Aires	TOTAL
Abogado	256	377	13	115	761
Arquitecto	81	100	1	56	238
Asistente Social	378	441	108	512	1439
Bioingeniero	17	38		12	67
Biólogo	10	30		25	65
Bioquímico	2393	2496	198	1287	6374
Contador Público	527	874	35	224	1660
Dietista/ Nutricionista	385	401	87	435	1308
Enfermera Universitaria	1232	1205	210	427	3074
Farmacéutico	117	224	61	384	786
Físico	12	11		13	36
Fonoaudiólogo	365	537	52	398	1352
Ingeniero	71	101	14	74	260
Kinesiólogo	1119	954	31	849	2953
Lic. Adm. de Empresas	43	67	2	64	176
Lic. Enfermería	345	688	30	660	1723
Lic. Estad/ Matemática	5	7		19	31
Lic. Química	11	8		24	43
Lic. Sistemas	60	70		96	226
Médico	20692	24415	2548	22310	69965
Médico Residente	1132	2421	326	4220	8099
Musicoterapeuta	17	41		50	108
Obstétrico	639	459	126	618	1842
Odontólogo	2335	2691	251	614	5891
Psicólogo	692	957	113	1566	3328
Psicopedagogo	104	228	6	203	541
Terapista Ocupacional	125	184	6	225	540
Otros Prof. Residentes	33	244	7	621	905
Otros Profesionales	218	457	43	169	887
TOTAL PROFESIONALES	33414	40726	4268	36270	114678

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

timada²³ para estos profesionales en el total nacional donde constituyen aproximadamente la cuarta parte de la fuerza de trabajo del sector. Sin embargo, hay que tener en cuenta que por tratarse de cargos, la participación real de los médicos en estas jurisdicciones, podría ser menor que la que tienen en el total nacional de la fuerza laboral²⁴.

En términos de participación relativa siguen los cargos de “bioquímicos” que oscilan entre el 3,7% en Neuquén y el 9,5% en Salta y los de “odontólogos” cuya representación varía entre el 4,6 % en San Juan y el 12,6% en Tierra del Fuego. Se observa para este conjunto, una característica conocida en el campo de recursos humanos, cual es la escasa presencia de la categoría “Enfermería” en sus dos expresiones profesionales: licenciado y universitaria. **Un caso límite lo constituye la provincia de La Pampa en la que los Licenciados en Enfermería junto con los enfermeros universitarios representan apenas el 1,4% de los profesionales de la provincia y sólo el 2,1% respecto del total de médicos (incluyendo residentes), esto es, 2 enfermeros universitarios por cada 100 médicos**²⁵.

Las categorías profesionales de fuera del campo de la salud tienen una participación que oscila entre el 3,4% en Santa Cruz y el 7% en Catamarca. Entre ellas, las más significativas son “contadores” y “asistentes sociales” cuyas presencias varían entre el 0,7% y el 1,9%. No existen elementos para suponer que la complejidad y tipo de organización de los servicios junto a determinadas necesidades sociales puedan determinar una mayor utilización de cierto tipo de profesionales ya que no se encuentran diferencias significativas.

Los profesionales en las 9 capitales

En las **9 capitales** relevadas se consignaron 40.726 cargos profesionales. Aquí vuelve a verificarse la presencia predominante de los “médicos” que para estas capitales ronda el 60%, salvo en Santa Fe donde se eleva al 67,8% (CUADRO 6).

Asimismo, como en casi todas las jurisdicciones, se destaca la participación de los “médicos residentes” que tienen en este conjunto un peso relativo similar al de los “bioquímicos” u “odontólogos”. En la Capital de la provincia de Buenos Aires, casi un 13% del total de los 26.836 médicos son “residentes” mientras, en el otro extremo, estos profesionales prácticamente no tienen presencia en San Luis.

²³ ABRAMZÓN, M.; CADILE, M. del C.: op.cit

²⁴ ABRAMZÓN, M.; CADILE, M. del C.: op.cit

²⁵ Sin embargo, esta cuestión requiere un análisis más cuidadoso debido que, de acuerdo con los especialistas consultados, la diferenciación entre enfermería profesional y enfermería universitaria no resulta muy nítida en la mayoría de los registros ya que en la historia de la profesionalización de la enfermería estas categorías se encuentran asimiladas. Por ello, se realizará un análisis en profundidad en el apartado sobre Enfermería.

En estas jurisdicciones se observa una mayor presencia de los “médicos” en la estructura profesional del sector privado (66,3%) respecto del público (51,2%) que, sin embargo, es compensada por una mayor presencia de “médicos residentes” en el sector público (11,6%). **Esta situación indica el importante papel que desempeñan los médicos residentes en el funcionamiento de los servicios de salud.**

La participación de otras categorías profesionales dentro de este grupo reitera características ya señaladas. Esto es, una presencia considerable de odontólogos y bioquímicos, una participación incipiente de psicólogos y muy baja de otras profesiones del campo de la salud y de fuera de él: administradores, estadísticos, químicos, biólogos. **También aquí las dos categorías profesionales de enfermería registran una participación poco significativa con excepción de Tucumán donde las enfermeras universitarias tienen una presencia equivalente a la de los bioquímicos u odontólogos.**

Los profesionales en los establecimientos públicos de Mendoza

Los cargos profesionales registrados en los **establecimientos públicos de Mendoza** alcanzan a 4.268, de los cuales los “médicos” representan el 67,9% del total de cargos profesionales. De ellos, a su vez, un 11,3% son “médicos residentes”. Las tres categorías que siguen en peso relativo son “odontólogos” (5,9%), “enfermería universitaria” (5,0%) y “bioquímicos” (4,7%) (Cuadro 7).

La casi nula presencia de cargos de “Licenciados en Enfermería” en una provincia en la que existe una Universidad que ofrece la carrera y dispone de una red de servicios de una considerable complejidad que requiere recursos humanos de mayor calificación, podría estar indicando algunas restricciones del sector público para incorporar y remunerar adecuadamente estas categorías.

Los profesionales en los establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires

En los **establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires** se concentra casi la tercera parte de los cargos profesionales relevados. Son 36.270 cargos que representan el 43,3% del total relevado en esta jurisdicción.

Los profesionales “médicos”, nuevamente, constituyen la categoría más numerosa (61,5%), que sumados a los “médicos residentes” (11,6%), elevan la participación de los cargos médicos en la Ciudad al 32% del total de cargos, valor muy superior al de la mayoría de las jurisdicciones consideradas anteriormente (CUADRO 8).

Cabe recordar que todos los indicadores disponibles señalan que la Ciudad de Buenos Aires es el núcleo de mayor densidad de médico por habitante del

país. La última estimación disponible de recursos humanos en salud²⁶ correspondiente al año 1998 indicaba que en esta jurisdicción la relación habitante/médico era de 95 y de 5,2 médicos por cada licenciado en enfermería o enfermero universitario.

Un aspecto que resulta indicativo del papel que desempeñan los médicos residentes en el equipo de salud es que en el sector público su participación crece al 14,9% del total de profesionales mientras la de los médicos disminuye al 57,0%. Esta constatación da cuenta además de dos cuestiones. La primera, la importancia de la oferta de plazas de residencias que realiza la Ciudad de Buenos Aires y la segunda, que el sistema de atención se sostiene en buena medida con profesionales en proceso de formación²⁷.

Los cargos que registran una participación mayor, en términos relativos, son los de “psicólogos” que con el 4,3% se convierten en la segunda categoría luego de médicos. Este dato pone de manifiesto el significativo papel que en las grandes ciudades desempeñan estos profesionales en el equipo de salud.

El peso de la categoría “otros profesionales residentes” que tiene una participación equivalente a la de “odontólogos”, “obstétricos” o “licenciados en enfermería” da cuenta de la diversidad de profesiones residentes en la red de la Ciudad de Buenos Aires: bioquímicos, psicólogos, antropólogos, entre otros.

Las dos categorías profesionales de enfermería “universitaria” y “licenciados” registran una escasa presencia, ya que en conjunto alcanzan al 3%. Esta situación podría estar indicando cómo el congelamiento de vacantes y la suspensión de sistemas de promoción y otras limitaciones que experimentó el sector público desde 1991, dificultaron una mayor incorporación de estos profesionales en los planteles de la ahora Ciudad Autónoma de Buenos Aires que cuenta con numerosos centros de formación especializada en este campo. La participación de estas categorías en el sector privado, que es más del doble que en el sector público, parecen confirmar esta interpretación (Cuadro 8).

En síntesis, el análisis del agrupamiento profesional en las jurisdicciones comprendidas en este relevamiento permite señalar que:

- **La organización de los equipos de salud está fuertemente centrada en los médicos.**

²⁶ ABRAMZÓN, M.; CADILE, M. del C. :op.cit

²⁷ De todos modos, sería necesario analizar en profundidad la confiabilidad de estos valores ya que el Catastro relevó 4.220 residentes siendo que la Ciudad incorpora anualmente alrededor de 550 residentes en programas de cuatro años de duración con lo cual el número de residentes más jefes de residentes e instructores no debería superar los 3.000 cargos incluyendo los de residencias en instituciones privadas, en los hospitales universitarios y las pocas que en este distrito financia la Nación.

- **No se observan diferencias significativas en la utilización de las categorías profesionales tradicionales del sector salud entre los establecimientos públicos y los privados.**
- **Se observa un mayor empleo de Licenciados en Enfermería y Enfermeros Universitarios en el sector privado.**
- **El sistema de residencias, tanto de médicos como de otros profesionales se desarrolla en mayor proporción en el sector público.**
- **Se verifica una mayor participación de profesionales vinculados con procesos de gestión y administración (Abogados, Arquitectos, Licenciados en Administración, en Sistemas, en Estadísticas, etc.) en los establecimientos del sector privado.**
- **Una situación similar se observa respecto de los profesionales ligados al manejo de tecnologías más avanzadas (Físicos, Bioingenieros) que tienen presencia en el sector privado, lo que podría estar dando cuenta por un lado, de la mayor inversión en equipamiento de alta tecnología radicada en este sector y por otro, de la falta de profesional especializado en el sector público para garantizar el funcionamiento óptimo del equipamiento disponible.**
- **En cuanto a la distribución de las categorías por tipo de establecimiento (con y sin internación), las diferencias que se registran parecen estar dadas por la especificidad del tipo de práctica.**

• El agrupamiento técnico

Este agrupamiento resulta el de menor peso relativo en todas las jurisdicciones, ya que en conjunto representa el 12,3% del total de cargos relevados. Las diferencias entre los conjuntos son importantes y es probable que denoten desarrollos desiguales y diferencias en la complejidad de los servicios en los que ejercen.

Así en las **13 jurisdicciones** para las que se dispone de información para la provincia completa, los cargos técnicos representan sólo el 8,2% de los relevados. Entre ellos, se destaca la importante participación relativa de los enfermeros profesionales en todas las provincias analizadas, a excepción de Chaco y La Rioja en las que sólo representan alrededor del 5% de los técnicos²⁸ (Cuadro 9).

Otras tres categorías técnicas tienen presencia relevante en los equipos de trabajo: son las correspondientes a instrumentadores, laboratorio y radiología,

²⁸ Esta participación registra una significativa dispersión que debiera ser analizada incluyendo otras variables que la puedan explicar y que no están contempladas en este relevamiento. Algunos ejemplos ilustran esta situación: en Salta son el 50,6% de los técnicos, en Tierra del Fuego el 41,2%, en Río Negro el 30,1% y en Chubut el 22,8%. (Cuadro 3.a)

TABLA 7 | Cargos técnicos según función real desempeñada. Total jurisdicciones relevadas. 1998.

TÉCNICOS	13 provincias	9 jurisdic. distrito capital	Mendoza	Ciudad de Buenos Aires	TOTAL
Asistente Dental	490	386	11	182	1069
Enfermero profesional	2093	3687	229	7242	13251
Instrumentador	596	783	109	1706	3194
Programador informático	112	134	12	115	373
Técnico Anat. Patológica	84	123	14	169	390
Técnico Anestesiista	169	181	48	182	580
Técnico Diálisis	171	208	9	156	544
Técnico Electroencefalog.	48	68	5	94	215
Técnico Electromedicina	42	31	2	58	133
Técnico Estadísticas Salud	167	249	33	88	537
Técnico Esterilización	226	212	40	391	869
Técnico Farmacia	246	222	102	207	777
Técnico Hemoterapia	199	421	66	709	1395
Técnico Laboratorio	921	1057	167	1155	3300
Técnico Radiólogo	1232	1217	112	1399	3960
Otros Técnicos	289	581	25	963	1858
TOTAL TÉCNICOS	7085	9560	984	14816	32445

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

aún cuando su participación no es homogénea. Cabe recordar que la categorización consignada en el cuestionario no discriminaba el campo de los cargos de técnicos en diagnóstico por imágenes por lo cual es previsible que hayan sido todos consignados como “técnicos en radiología” de modo que no puede estimarse cuántos de ellos desempeñan cargos en servicios de diferente complejidad.

En las **9 capitales** relevadas los técnicos constituyen el 11,4% del total de recursos humanos. La “enfermería profesional” constituye el 38,6% del total de técnicos de estas ciudades²⁹ (Cuadro 10).

Las categorías “técnicos radiólogos” y “de laboratorio” en ciudades como Córdoba y San Luis, la primera, y Santiago del Estero la última, alcanzan valores superiores al 18% del total de técnicos. La magnitud de esta participación requeriría una indagación particular en relación con las características del proceso de trabajo en esos servicios, También en estas ciudades, el 94,2 % de los cargos de “técnicos en diálisis” se concentra en el sector privado, y de ellos, debido a las características de la actividad, el 84% en centros sin internación.

El total de “técnicos” registrados en los **establecimientos públicos de la provincia de Mendoza** alcanza apenas a 973 cargos, representando el 10,1% del total de cargos relevados. De ellos, casi la cuarta parte corresponde a “enfermería profesional”. El resto de las categorías registra presencias en magnitudes similares a las observadas en los conjuntos anteriormente considerados siendo los “técnicos de laboratorio”, “de radiología”, “instrumentadores” y “de farmacia”, los que alcanzan una participación de entre el 10 y el 15% (Cuadro 11).

En los **establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires**, los 14.816 cargos técnicos relevados (17,7% del total) indican la presencia de un perfil más calificado de los recursos no profesionales en los establecimientos relevados (Cuadro 12). Ello se verifica en la participación de la “enfermería profesional” que constituye casi el 50% de los técnicos. Ello podría deberse, en buena medida, a que los datos sólo incluyen establecimientos con internación, donde la índole de la actividad y el desarrollo y complejidad de los servicios requieren una mayor proporción de enfermería altamente calificada.

El tipo de establecimiento relevado podría explicar también la elevada participación relativa de “instrumentadores” (11,5%) y “otros técnicos” (6,5%), entre los que se contarían los vinculados con las diversas actividades de medicina nuclear. Lamentablemente los datos no permiten analizar en forma desagregada la categoría residual “otros técnicos”.

Asimismo, es sugestiva la prácticamente nula existencia de cargos de “técnicos en estadísticas de salud” (0,6%) que no resulta consistente con las tareas que las características de los establecimientos parecieran demandar para facilitar la gestión.

En líneas generales, la dependencia de los establecimientos no resulta una

²⁹ Se observa una importante dispersión en torno de este valor: en Santa Fe son el 62% de los técnicos y en Misiones apenas el 13%. Sin duda, se trata de distritos con desigual desarrollo de la infraestructura de servicios de salud, pero también podría suponerse que, además, la existencia de una mayor oferta de oportunidades de formación y empleo en enfermería en Santa Fe posibilita una mayor disponibilidad de este recurso así formado.

variable que permita estimar políticas diferenciales respecto del empleo de cierto tipo de recursos. Sin embargo, los datos correspondientes a Enfermería parecieran confirmar la hipótesis formulada respecto de las dificultades del sector público para incorporar personal con mayores niveles de capacitación (Cuadro 8).

En suma, respecto del agrupamiento técnico los datos sugieren que:

- **En casi todas las jurisdicciones analizadas se observa dentro de este agrupamiento una importante presencia de la “enfermería profesional” que en algunas de ellas llega a representar el 50% de los cargos técnicos. Chaco y La Rioja son casos de excepción ya que la participación no llega al 5%.**
 - **Las variaciones registradas en la participación de los técnicos podrían estar vinculadas con el grado de desarrollo de los servicios, ya que en las ciudades que tienen sistemas de salud con mayor complejidad, como los de Ciudad de Buenos Aires y las ciudades Capitales, su presencia es mayor que en las demás.**
- **El agrupamiento auxiliar**

Este agrupamiento representa el 17,9% del total de los cargos relevados, variando significativamente esta proporción entre las distintas jurisdicciones.

En las **13 provincias**, los auxiliares constituyen el 25,9% de los 22.286 cargos relevados. Para el conjunto, la categoría “auxiliares de enfermería” constituye el 75,5% aunque en Neuquén alcanza el 84,3%. La segunda categoría en importancia relativa es “agente sanitario” que en algunas provincias como Salta o Tierra del Fuego se acerca al 30% (Cuadro 13). Debido a la índole de su función, la casi totalidad de estos agentes se desempeña en el sector público repartiéndose en proporciones equivalentes en establecimientos con y sin internación, en centros de salud o consultorios comunitarios.

En las **9 capitales** en las que se realizó el relevamiento, los auxiliares constituyen el 14,6% del total de cargos y entre ellos, predominan los auxiliares de enfermería que, en Jujuy y Santa Fe rondan el 75% de los auxiliares mientras en las restantes superan el 80% (Cuadro 14).

En este grupo se destaca la importancia relativa de los “agentes sanitarios” en las siete capitales que tienen condiciones de salud comprometidas y desarrollo menos complejo de la red de servicios. Dicho de otro modo, los “agentes sanitarios” parecieran constituir una categoría que disminuye hasta casi desaparecer en las grandes ciudades Córdoba Capital y Buenos Aires Capital (0,8 y 0,1%), seguramente debido a diferentes modos de resolver las necesidades que plantean los servicios. Esta característica se comprueba cuando se observa que el 97,7% de estos agentes se desempeña en el sector público y mayoritariamente en establecimientos sin internación. Podría suponerse que sus funciones se estructuran en torno de actividades descentralizadas en centros comunitarios, como componentes de programas de salud.

TABLA 8 | Cargos auxiliares según función real desempeñada.

Total jurisdicciones relevadas.1998.

TÉCNICOS	13 provincias	9 jurisdic. distrito capital	Mendoza	Ciudad de Buenos Aires	TOTAL
Agente Sanitario	3296	393	188	5	3882
Aux. Enfermería	16821	10429	1944	9675	38869
Aux. Estadísticas de Salud	592	492	15	152	1251
Aux. Hemoterapia	118	95	2	35	250
Aux. Laboratorio	714	333	10	162	1219
Aux. Radiología	311	158	2	56	527
Eviscerador	12	16	2	50	80
Otros Auxiliares	422	318	23	412	1175
TOTAL AUXILIARES	22286	12234	2186	10547	47253

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

En los establecimientos públicos de Mendoza se registraron 2.186 cargos de auxiliares que representan el 22,3% de los relevados en esa jurisdicción. Las dos categorías que prácticamente conforman la totalidad de los cargos son “auxiliares de enfermería” que constituyen el 88,9% y “agentes sanitarios” que comprenden al 8,6%. También en este distrito la mayor parte de los agentes sanitarios desempeña sus funciones en establecimientos sin internación, probablemente en centros de salud o consultorios comunitarios. A excepción de la categoría “otros auxiliares”, ninguna de las restantes que integran el agrupamiento alcanza al 1% del total de técnicos (Cuadro 15).

En los establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires, los auxiliares representan el 12,2 % de los cargos. El 91,7% de esos 10.547 cargos corresponde a “auxiliares de enfermería”. Este valor que resulta superior a la sumatoria de los cargos de “enfermería profesional” y “ayudantes” reitera en valores relativos la característica observada para todos los agrupamientos hasta aquí considerados. Una vez más, la magnitud de la categoría “otros auxiliares” (3,9%) pareciera estar denotando la existencia de cargos no contemplados por el relevamiento (Cuadro16).

El análisis de este agrupamiento permite señalar que:

- **No se verifican diferencias significativas en el empleo de cargos de auxiliares entre el subsector público y el privado.**
 - **No obstante ello, se observa en todas las jurisdicciones una importante presencia de “agentes sanitarios” en los establecimientos públicos, que se acentúa en aquellas que presentan condiciones de salud más desfavorables**
- **El agrupamiento “Otros Recursos Humanos”**

Este agrupamiento resulta el más numeroso luego de los “profesionales”, constituyendo el 26,2% de los cargos relevados y presenta la particularidad que su participación es similar en los distintos conjuntos considerados. Más allá de las diferencias entre jurisdicciones, la característica común a todas es que en este grupo entre los cargos “administrativos” y los de “personal de limpieza/ mucama” superan el 60% de los cargos.

Para el conjunto de las **13 provincias**, la categoría de mayor peso dentro del agrupamiento “otros recursos humanos” es “administrativo” (32%). Sin embargo, algunas provincias registran importantes variaciones respecto de este valor. Tal el caso de Santa Cruz y Tierra del Fuego donde los administrativos superan el 43% o Chaco en que no alcanzan al 25%. No ocurre lo mismo con los cargos de “personal de limpieza/ mucama” que constituyen en estas jurisdicciones el 29% del total de “Otros Recursos Humanos” y que presenta muy poca dispersión entre provincias (Cuadro 17).

Los cargos correspondientes a “chóferes”, que tienen un peso relevante ya que representan casi el 9% del total de “otros recursos humanos”, se concentran en un 80% en el sector público y el 19% de ellos corresponde a establecimientos sin internación. Esta situación sugiere la necesidad de analizar los criterios y mecanismos de asignación de determinados cargos y las funciones efectivamente desempeñadas en el sector público.

También en los **9 capitales** analizadas, los cargos “administrativos” alcanzan, valores muy próximos al 40%, seguidos por “personal de limpieza/ mucama” con un valor promedio del 24,3% aunque en algunas jurisdicciones se eleva a casi el 40% (Cuadro 18).

El importante peso relativo (14,2%) en este agrupamiento de la categoría “otros” en algunas jurisdicciones como Buenos Aires podría estar indicando que bajo esa denominación se agrupan una serie de cargos con funciones todavía no registradas o con denominaciones muy específicas no contempladas por el cuestionario.

La participación relativa de “chóferes” reitera la situación ya mencionada, ya

TABLA 9 | Cargos Otros Recursos humanos según función real desempeñada.
Total jurisdicciones relevadas.1998.

OTROS RECURSOS HUMANOS	13 jurisdicciones	9 jurisdic. distrito capital	Mendoza	Ciudad de Buenos Aires	TOTAL
Administrativo	7398	8285	805	9885	26373
Ayudante Enfermería	795	400	21	350	1566
Camillero	248	425	68	939	1680
Chofer	2016	900	232	645	3793
Cocinero	1363	707	85	405	2560
Personal Limpieza/ Mucama	6583	5169	470	4282	16504
Personal de Mantenimiento	2371	2676	534	3327	8908
Telefonista/ Recepcionista	935	1218	69	1028	3250
Otros Recursos Humanos	1455	1513	66	1312	4346
TOTAL OTROS RECURSOS HUMANOS	23164	21293	2350	22173	68980

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

que en algunos casos su participación llega a ser más de cinco 5 veces mayor que la de “camilleros” (San Luis, Jujuy, por ejemplo)³⁰.

En los **establecimientos públicos de Mendoza**, se reitera la estructura ya conocida para este agrupamiento respecto de la participación de los cargos “administrativos” y de “personal de limpieza/ mucama”. También cobran importancia los cargos de “personal de mantenimiento” que constituyen un 22,7% del total de “otros recursos humanos”. La participación de los “chóferes” (10%) se triplica respecto de la de los “camilleros” y es once veces superior que la de “auxiliares de enfermería” (Cuadro 19).

³⁰ El análisis de este aspecto, teniendo en cuenta el tipo de establecimiento, profundiza esta tendencia ya que para el conjunto de estas capitales mientras en los establecimientos con internación los “chóferes” son casi el doble de los “camilleros” en los centros sin internación esta relación es 10 veces mayor.

En los **establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires**, se verifica que los cargos “administrativos” representan el 44,6% del total del agrupamiento mientras el personal en cargos de “limpieza” alcanza al 19,3% (Cuadro 20).

La característica diferencial de esta jurisdicción es que es el único distrito en que los cargos de “camilleros” (939) superan en magnitud considerable a los cargos de “chóferes” (645). Como se señaló, lo contrario de esta relación se había verificado en todas las jurisdicciones hasta ahora analizadas. Sin embargo, estas dos categorías presentan diferencias importantes según se trate del sector público o privado, ya que la situación señalada está determinada por lo que ocurre en esta último sector, ya que en el sector público los chóferes superan ampliamente a los camilleros. Sería conveniente profundizar este aspecto teniendo en cuenta las características del modelo de atención, ya que, por otra parte, más del 80% de los chóferes se desempeña en establecimientos sin internación.

El análisis del agrupamiento “otros recursos humanos” indica que:

- **Llama la atención una cierta distorsión en el empleo de algunos recursos humanos. El caso destacado de los “chóferes” ilustra esta situación y merecería una consideración particular.**
 - **La importancia relativa de la categoría “otros” dentro de este agrupamiento denota la existencia de un número importante de cargos cuyas funciones no han podido encuadrarse en las denominaciones consignadas, cuyas funciones específicas sería de utilidad identificar.**
- **La situación particular de la enfermería**

En Argentina, como en la mayor parte de los países latinoamericanos, la enfermería constituye una categoría profesional crítica por su nivel de formación, por el número de profesionales en relación con el resto del equipo de salud y por las formas de inserción en él. De acuerdo con las estimaciones disponibles, alrededor de 1998 habría en el país unos 85.000 enfermeros, de los cuales aproximadamente un tercio serían profesionales y el resto, auxiliares y empíricos³¹.

La formación de este recurso se realiza en más de 100 instituciones de niveles universitario, terciario no universitario y técnicos dependientes de los Ministerios de Salud y/o Educación. En líneas generales, el modelo de formación profesional ha estructurado el proceso de aprendizaje en torno de problemas biológicos organizados por especialidades médicas y sin incluir otros componentes referidos a la persona, su familia y su entorno social³². Ciertamente es que han existido

³¹ ABRAMZÓN, M.; CADILE, M. C.: op. cit.

³² OPS/ OMS: Desarrollo de la Enfermería en Argentina 1985-1995. Publicación N° 43. Representación OPS OMS Argentina, Buenos Aires. 1995

algunos intentos de modificación de esta tendencia que, sin embargo, no han llegado a producir su reversión total.

Por ello, en los últimos 20 años, se han encarado diversas iniciativas orientadas al estudio de la situación de esta actividad en Argentina y como resultado de ese análisis se han implementado importantes programas de identificación de áreas críticas de formación profesional y jerarquización de la práctica en un esfuerzo conjunto de instituciones formadoras, de servicios y asociaciones profesionales con el apoyo y la cooperación técnica de la Representación Argentina de OPS/OMS.³³

TABLA 10 | Personal de enfermería en Argentina (en valores absolutos)

Nivel Formación	1969 (1)	1979 (1)	1988 (2)	1989 (3)	1994 (3)
Licenciada	357	286	383	500	1.000
Enfermera	14.114	16.090	17.118	19.800	25.000
Auxiliares	8.862	24.746	21.820	26.000	49.000
Empíricos	16.894	23.569	24.988	25.000	10.000
TOTAL	40.225	64.691	64.309	71.300	85.000

(1) CANARESA 1980.

(2) Estimaciones inferidas del Estudio de Servicios y Escuelas de enfermería. Dirección Nacional de Recursos Humanos y OPS/ OMS 1988.

(3) Análisis de situación y Plan de Desarrollo de Enfermería en las Provincias Argentinas 1988-1994.

FUENTE: OPS Argentina, Publicación N° 43: Desarrollo de la Enfermería en la Argentina 1895-1995. Buenos Aires, 1995.

De acuerdo con los datos disponibles, los programas de profesionalización implementados entre 1990 y 2000, como producto de un acuerdo entre los Ministerios de Salud de Nación y de las provincias y las asociaciones de enfermería, con el asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud, impactaron fundamentalmente sobre la categoría empíricos que entre 1988 y 1994 disminuyen sustancialmente su participación, del 38,8 % al 11,7% al tiempo que se incrementa del 33,9% al 57,6% la de los auxiliares³⁴. Los datos correspondientes a car-

³³ OPS/OMS: op.cit. 1995

³⁴ OPS/OMS: Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de enfermería en Argentina 1990-2000. Publicación N° 54. Representación OPS/OMS Argentina, Buenos Aires. 2002.

gos de “Enfermería” relevados para el Catastro de Recursos y Servicios de Salud en 1998 por la DEIS, plantean una serie de cuestiones que indican la necesidad de profundizar en su interpretación.

El relevamiento consigna los datos de acuerdo con el agrupamiento (profesional, técnico, auxiliar u otro) al que pertenezca la categoría “enfermería” relevada. Sin embargo, resulta de interés realizar un análisis de la profesión considerada en conjunto para tener una perspectiva integral de la situación aún cuando puedan ser recortadas analíticamente las particularidades de cada categoría.

TABLA 11 | Cargos de enfermería: Total jurisdicciones relevadas. 1998.

ENFERMERÍA	CARGOS					EN PORCENTAJE				
	13 provincias	Total 9 jurisdicciones distrito capital.	Mendoza	Ciudad de Buenos Aires	TOTAL	13 provincias	jurisdicciones distrito capital.	Mendoza	Ciudad de Buenos Aires	TOTAL
Lic. Enfermería	345	688	30	660	1723	1,6	4,2	1,2	3,6	2,9
Enferm. Universitaria	1232	1205	210	427	3074	5,8	7,3	8,6	2,3	5,3
Enferm. profesional	2093	3687	229	7242	13251	9,8	22,5	9,4	39,5	22,7
Subtotal	3670	5580	469	8329	18048	17,2	34,0	19,3	45,4	30,9
Aux. Enfermería	16821	10429	1944	9675	38869	79,0	63,6	79,9	52,7	66,5
Ayudante Enfermería	795	400	21	350	1566	3,7	2,4	0,9	1,9	2,7
Subtotal	17616	10829	1965	10025	40435	82,8	66,0	80,7	54,6	69,1
TOTAL	21286	16409	2434	18354	58483	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

De este modo, puede establecerse que los cargos de enfermería representan alrededor del 20% del total de cargos en los cuatro conjuntos considerados y que esta participación resulta en todos los casos menor, aunque en distintas magnitudes, a la participación de los cargos médicos.

TABLA 12 | Cargos médicos y de enfermería. Total jurisdicciones relevadas. 1998

CARGOS RECURSOS HUMANOS	13 provincias	9 jurisdic. distrito capital	Mendoza	Ciudad de Buenos Aires	TOTAL
Total Enfermería	21286	16409	2434	18354	58483
Total Médicos	21824	26836	2874	26530	78064
Total Recursos Humanos	85949	83813	9788	83806	263356

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

TABLA 13 | Relación médicos por enfermeros según calificación. Total jurisdicciones relevadas. 1998.

RELACIÓN	13 provincias	9 jurisdic. distrito capital	Mendoza	Ciudad de Buenos Aires	TOTAL
Médicos/ Enferm. Universitaria	17,7	22,3	13,7	62,1	25,4
Médicos/ Lic. Enfermería	63,3	39,0	95,8	40,2	45,3
Médicos/ Enfermero profesional	10,4	7,3	12,6	3,7	5,9
Médicos/ Total Enferm. Profes.	5,9	4,8	6,1	3,2	4,3
Médicos/ Auxiliar Enfermería	1,3	2,6	1,5	2,7	2,0
Médicos/ Ayudante Enfermería	27,5	67,1	136,9	75,8	49,8
Médicos/ Total Enferm. No Prof.	1,2	2,5	1,5	2,6	1,9
MÉDICOS/TOTAL ENFERMERÍA	1,0	1,6	1,2	1,4	1,3

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

Esta relación se profundiza en las grandes ciudades que, por la oferta de servicios y oportunidades de formación y empleo que concentran, resultan un punto de atracción de profesionales. Por ello en las **9 capitales** analizadas, la relación

total médicos/ total enfermeros es de 1,6 mientras en las **13 provincias** es de 1,0 y en los establecimientos públicos de Mendoza es 1,2. El valor 1,4 médicos por enfermero en la **Ciudad de Buenos Aires** subestima esta relación ya que el relevamiento no incluyó los establecimientos sin internación. Por ello, y dado que la Ciudad de Buenos Aires constituye el núcleo urbano de mayor concentración de médicos del país, es probable que el valor real de la relación se acerque a 2 médicos por enfermero.

Diversos factores podrían explicar esta situación. Por un lado, la enfermería parecería constituir un campo de ejercicio profesional con menor reconocimiento social que otras profesiones de la salud y además sus niveles de remuneración son muy bajos³⁵.

Por otra parte, las instituciones de formación universitaria han planteado históricamente requisitos equivalentes a la de los médicos, en términos de ingreso y duración de la carrera. En esas condiciones, la enfermería como profesión no ha resultado una opción profesional atractiva. En los últimos años se han encarrado una serie de medidas, relativas a la flexibilización del ingreso, a la modificación de los lineamientos de los programas y al acortamiento de la duración de los estudios, que han propiciado un mayor ingreso a estas carreras.

Otro aspecto crítico es la calificación del personal de enfermería. Los datos consignados por el Catastro dan cuenta del importante esfuerzo de profesionalización que se ha realizado en el país ya que si bien las categorías no tienen la misma denominación, los “ayudantes de enfermería” que corresponderían a “empíricos” registran valores muy bajos. La mayor participación se registra en las 13 jurisdicciones donde alcanza al 3,7% del total de enfermería.

Ahora bien, la categorización utilizada por el Catastro impide comparaciones válidas con datos históricos e introduce una apertura en la categoría profesional que, sin duda, ha producido algunas distorsiones de la información.

En efecto, el Catastro registra por separado “enfermería profesional” de “universitaria” siendo que en la práctica esta distinción es poco clara ya que históricamente ambos atributos fueron equivalentes. En consecuencia, considerar juntas estas categorías puede mejorar la calidad de la interpretación. Así, se observa que en los cuatro conjuntos analizados, y más allá de las diferencias que se verifican entre sus componentes, la actividad de enfermería es sostenida mayoritariamente por personal no profesional. En las 13 jurisdicciones consideradas y en los establecimientos públicos de Mendoza los auxiliares representan casi el 80% mientras en las 9 capitales casi el 64% reduciéndose esta participación al 53 % en la Ciudad de Buenos Aires. Inversamente, las categorías profesionales alcanzan

³⁵ WAINERMAN, C.; GELDSTEIN, R.: Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en Argentina. CENEP, Buenos Aires, 1990.

su mayor participación en la Ciudad de Buenos Aires, 45%, y disminuyen hasta apenas el 17% en las 13 jurisdicciones.

Una reciente publicación³⁶ que analiza el desarrollo, los cambios y el impacto que produjo el Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería implementado entre 1990 y 2000 en Argentina da cuenta acabadamente de una parte de este esfuerzo y de su evaluación y resulta de suma utilidad para contextualizar los datos relevados por la DEIS en el año 1998.

Este programa se proponía capacitar 10.000 enfermeras hasta el año 2000. En el 2002 sólo habían egresado poco menos del 20% de esa meta y en la mitad de las jurisdicciones. Si bien, la evaluación del Programa identifica algunas de las causales más directamente vinculadas con su desarrollo y con las condiciones en que los alumnos pudieron sostener su inserción, sería oportuno analizar en qué medida las limitaciones presupuestarias que experimenta la mayor parte de los establecimientos y que condicionan la posibilidad de los enfermeros de obtener una remuneración acorde con el nuevo nivel de calificación alcanzado desalientan el esfuerzo que supone la incorporación a este programa.

Sería aconsejable que programaciones de este tipo fueran acompañadas de normativas y bases presupuestarias que posibilitaran a los servicios reconocer adecuadamente a aquellas personas que al asumir una capacitación profesional están contribuyendo a elevar la calidad de la atención.

6. Las formas de contratación

El análisis de la información sobre las formas de contratación permite establecer algunas regularidades referidas a las siete categorías para las cuales se relevó esta característica³⁷. Cabe señalar sin embargo, que los criterios para la selección de estas siete categorías respondieron a requerimientos de otros programas que desarrollaba el Ministerio.

En el conjunto de las 13 provincias, la forma de contratación predominante en el sector público y en todas las categorías es la "relación de dependencia" aún cuando disminuye entre los "médicos" y se verifican diferencias entre los establecimientos con y sin internación.

Así, por ejemplo, en el sector público y para todas las categorías de enfermería la relación de dependencia supera el 90% salvo en el caso de los enfermeros universitarios donde el valor máximo es el 80%.

³⁶ OPS/ OMS: Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de enfermería en Argentina 1990-2000. Publicación N° 54. Representación OPS/ OMS Argentina, Buenos Aires. 2002.

³⁷ Médicos, odontólogos, bioquímicos, licenciados en enfermería, enfermeros universitarios, enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería

En el sector privado, la contratación de médicos, bioquímicos y odontólogos, adquiere mayoritariamente la forma de prestaciones u honorarios (más del 70%) mientras la relación de dependencia alcanza un valor aproximado del 20%.

Sin embargo, para el resto de las categorías profesionales, se observa que la relación de dependencia alcanza a más del 75% de los cargos, aunque también se verifica la presencia de relaciones laborales por contrato.

Por su parte, el subsistema de obra social presenta una estructura similar a la del sector privado, registrando, sin embargo, un mayor peso de relaciones por "Contrato". De todos modos, sería necesario estudiar si las formas de contratación registradas en este subsector persisten hoy, casi cinco años después del relevamiento, o si han cambiado como resultado del proceso de Reforma que experimentó el sector salud, y en particular el sistema de obras sociales que a partir de 1998, fecha del Catastro, enfrentó una segunda etapa de esa transformación.

Si bien en todas las jurisdicciones analizadas entre los profesionales médicos predomina la "relación de dependencia", en algunas el peso de los "contratos", "becarios" o "concurrentes"³⁸ adquieren valores muy significativos.

El sector privado replica en líneas generales la estructura de contratación descrita, aunque aparecen algunas especificidades que deberían ser indagadas, como por ejemplo, el alto porcentaje de cargos bajo relación de dependencia en los establecimientos privados de las provincias de Chaco, Chubut, Corrientes y La Pampa (Cuadro 21).

Respecto de los odontólogos se observan características similares en las formas de contratación, acentuándose respecto de los médicos la relación de dependencia en el sector privado y fundamentalmente en establecimientos sin internación. Es probable que ello se deba a que el modelo de atención de esta actividad se estructura muy frecuentemente en torno de los sistemas prepagos con organización empresarial en los que las prestaciones son efectuadas por profesionales que se desempeñan bajo relación de dependencia o contrato.

En el caso de los bioquímicos, la estructura del sector público presenta una configuración tradicional con un alto porcentaje de cargos en relación de dependencia. Sin embargo, en Chaco y Corrientes, por ejemplo, se registra una alta proporción de cargos contratados.

Por su parte, en el sector privado, la situación varía significativamente entre provincias, ya que en algunas la relación de dependencia alcanza al 57%, en otras al 15% y en algunas, como Formosa, no existe. Esta variación podría asociarse en el primer caso, con las transformaciones que ha experimentado esta práctica

³⁸ La categoría "concurrente" designa a aquellos profesionales en formación que realizan tareas equivalentes a las de los residentes, con una dedicación horaria menor y sin percibir remuneración alguna por esa tarea.

profesional en razón de los cambios tecnológicos y las modificaciones en sus condiciones contractuales y en el otro, podría estar vinculada con la existencia, en esas jurisdicciones, de un número significativo de establecimientos unipersonales.

Los cargos profesionales de “licenciados en enfermería” constituyen un grupo muy escaso, se desempeñan en una alta proporción en relación de dependencia y no se registran diferencias significativas entre los establecimientos del sector público y el privado en este aspecto.

Entre los “enfermeros universitarios” se observa una importante dispersión en las formas de contratación ya sea entre las jurisdicciones como en cada una de ellas entre los establecimientos del sector público y los del sector privado³⁹.

Para las restantes categorías “enfermería profesional” y “auxiliares de enfermería” se observan tendencias similares a las ya descriptas. En la primera, se verifica un marcado predominio de la “*relación de dependencia*” en los establecimientos públicos junto a la presencia de “contratos”. Por su lado, en los establecimientos privados la “*relación de dependencia*” también es la forma predominante y casi no existen los “contratos”. En algunas provincias, como Formosa y Río Negro, la contratación “*por prestación/ honorarios*” y “*otras formas*” registran, una participación muy alta (44,4%).

Respecto de los auxiliares de enfermería, se destaca como tendencia general, la existencia de “*becarios*” y “*concurrentes*” en los establecimientos públicos en Corrientes y Chaco⁴⁰.

En las **9 capitales** la forma de contratación predominante para todas las categorías en el sector público es la relación de dependencia. Le sigue en importancia la forma *becarios* con una participación del 21,1%, figura bajo la cual en muchas jurisdicciones se remunera a los residentes pero que, asimismo, se conoce como la forma de relación laboral bajo la que se desempeña parte del personal estable que no goza de beneficios sociales (obra social, aguinaldo, aportes jubilatorios, etc.) (Cuadro 22).

Entre los médicos del sector privado, la contratación por *prestación/honorarios* alcanza al 74,4% mientras que la *relación de dependencia disminuye al 13,0%*.

³⁹ Esta dispersión que debería ser analizada teniendo en cuenta el conjunto del servicio de enfermería, se da entre “relación de dependencia” y “contrato” en ambos sectores (público y privado) aunque en algunas provincias como La Pampa tiene presencia importante la forma por “prestación/honorarios” en los establecimientos privados y aparece como hecho destacado en los establecimientos públicos de Río Negro la fuerte participación de “becarios” y concurrentes.

⁴⁰ Cabe señalar que la forma de contratación “becarios” en algunas jurisdicciones designa a los residentes y en otras constituye una modalidad que pareciera encubrir formas poco claras de contratación de personal de salud en todas las categorías

Con variaciones menores estas formas de contratación se observan también para los odontólogos y los bioquímicos.

Para la categoría “licenciados en enfermería” al igual que las categorías técnicas y auxiliares la relación de dependencia es la forma predominante de contratación tanto en el sector público como privado.

En el caso de los odontólogos, las formas de contratación predominantes registran variaciones significativas según jurisdicción. En el sector público, la relación de dependencia alcanza el 51,7% en Entre Ríos y el 85,1% en Jujuy. Sin embargo, en San Luis, los contratos alcanzan al 85,7% de los cargos. Otra modalidad con un peso importante es la de “concurrentes”, que en Entre Ríos y Tucumán alcanza valores superiores al 25%. Cabe destacar que en estas dos capitales la *relación de dependencia* sea la forma predominante en el sector privado

Entre los bioquímicos del sector público predomina la relación de dependencia mientras que entre los que se desempeñan en el sector privado la forma predominante es *prestación/honorarios*. La excepción la constituye San Luis donde la relación *por contratos* concentra la mayor cantidad de cargos. También en otras capitales esta forma tiene una participación significativa (Misiones y Santiago del Estero). En Buenos Aires y Córdoba son importantes los becarios y en Entre Ríos los “concurrentes”⁴¹.

Con respecto a los cargos correspondientes a enfermería, en el nivel profesional se relevaron las formas de contratación de “licenciados en enfermería” y “enfermería universitaria”. Para la primera categoría prácticamente la única relación laboral que se registra es *dependencia* en todos los subsectores, existiendo algunos casos de *contratos*. La mayor cantidad de cargos se concentra en el sector público en Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, San Luis, Santa Fe y Tucumán. En Misiones se reparten por igual entre ambos subsectores y en Entre Ríos y Santiago del Estero se concentran en el sector privado.

Se destaca la situación del sector público de San Luis donde el 94,1% de los enfermeros universitarios se desempeña por contrato. También se observan una presencia importante (15-20%) de cargos por contrato en el sector público en Misiones y Tucumán.

Cabe señalar que la mayor parte de los cargos de “enfermería universitaria” se concentra en el sector público sólo en Buenos Aires (64,7%), Córdoba (51,9%) y San Luis (70,8%) mientras en el resto de las capitales estos cargos se registran en el sector privado alcanzando en Santiago del Estero al 86,3%.

⁴¹ La mayor concentración de cargos de profesionales bioquímicos en el sector privado en las capitales de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán, resulta indicativa de una configuración del modelo de atención en este campo que sería necesario analizar, ya que no resultaría consistente con la infraestructura de servicios existente en el sector público.

La categoría técnica relevada “enfermero profesional” se desempeña casi exclusivamente en *relación de dependencia* salvo en el sector público en la provincia de San Luis, donde el 100% de los cargos se ejerce por contrato (Cuadro 32). Cabe señalar que en las restantes capitales esta forma también se presenta aunque con distinta gravitación.

La modalidad de contratación predominante entre los “auxiliares de enfermería” es *relación de dependencia* que oscila entre el 74,8 y el 98,9% tanto en el sector público como privado, a excepción de Santiago del Estero donde la mayor parte de los cargos son *por contrato*.

La mayoría de los cargos de esta categoría se concentra en el sector público, aún cuando su participación varía en las distintas capitales, oscilando entre el 78% de los cargos en Jujuy y el 52,8% en Córdoba.

El 68,2% de los cargos de recursos humanos relevados en **los establecimientos públicos de Mendoza** se ejerce en *relación de dependencia* mientras el 23,5% lo hace *por contrato*. Los *becarios* alcanzan al 5,1% casi en su totalidad en establecimientos con internación. Aunque es probable que esta modalidad corresponda a los residentes, la diferencia con el número de cargos relevados en esa categoría, sugiere que puede haber alguna distorsión en la captación del dato (Cuadro 23).

Aún cuando sigue siendo mayoritaria, entre los “médicos” la modalidad *relación de dependencia* disminuye al 58,8% mientras se eleva el porcentaje de cargos *por contrato* y *becarios*. Esta característica se verifica en los establecimientos con y sin internación.

Los “odontólogos” desempeñan sus cargos en condiciones muy similares a las de los médicos, esto es, el 64,4% lo hace en *relación de dependencia* y el 29,2% *por contrato*. Lo que varía es el tipo de establecimiento, ya que por las características de la práctica, el 71,2% lo hace en establecimientos sin internación.

En el caso de los bioquímicos, más del 75% de los cargos son ejercidos en *relación de dependencia* y un 17,7% lo hace *por contrato*.

Las formas de contratación de los cargos de “enfermería” en sus distintas categorías presentan una situación particular. Así, entre los “licenciados en enfermería”, los “enfermeros profesionales” y los “auxiliares de enfermería” la modalidad predominante es la relación de dependencia en valores que superan el 77%; la mitad de los “enfermeros universitarios” se desempeña en relación de dependencia y la otra mitad por contrato. Sería interesante poder establecer el origen de esta situación que alcanza sólo a una de las dos categorías profesionales y que podría estar vinculada con las características del escalafón vigente en ese distrito.

En los **establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires** el 68,2% de los cargos de los distintos agrupamientos, se ejercen en *relación de dependencia* y el 12,8% *por prestación/honorarios* (Cuadro 24).

La modalidad de relación laboral varía significativamente según la dependencia del establecimiento. En el sector público, la *relación de dependencia* alcanza al 78,7% de los *cargos y becarios* al 12,7% mientras en el sector privado, la primera disminuye al 54,3% y se eleva al 27,4% el número de cargos por *prestación/honorarios*.

En el caso de los “médicos” del sector público, la relación de dependencia alcanza al 65,5%. Asimismo, es muy significativa la presencia de los *becarios* (20,7%) y la de los *concurrentes* (11,8%). En el sector privado la *relación de dependencia* decrece al 27,7% mientras la proporción de cargos por *prestación/honorarios* se eleva al 46,3%. También se registra una presencia importante de *becarios* (12,4%).

Las características de la contratación de los “odontólogos” profundizan las tendencias señaladas ya que en el sector público el 90% desempeña cargos en *relación de dependencia* al tiempo que en el ámbito privado esa forma de vínculo laboral disminuye al 28,6%.

Por su parte, la mayoría de los “bioquímicos” se desempeña en los distintos ámbitos bajo la forma *relación de dependencia* que en el sector público alcanza al 91,7%; y dado que la modalidad *becarios* alcanza al 6,1%, prácticamente queda excluida cualquier otra forma de contratación. A su vez, en el sector privado, la *relación de dependencia* entre los bioquímicos, alcanza al 69%, valor que es probable que se explique por la organización empresarial de los servicios de laboratorio en los establecimientos con internación.

En las cuatro categorías de “enfermería”, la *relación de dependencia* resulta la modalidad predominante con valores que en todos los casos superan el 96% en el sector público y el 85% en el sector privado⁴².

7. El perfil técnico de los responsables de algunos servicios

El relevamiento del Catastro efectuado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), proporciona información respecto del “*Perfil técnico a cargo del servicio*” en 14 servicios seleccionados. Como se señalara al comienzo de este informe, no se indican los criterios que determinaron esta selección.

En el caso de los servicios de Enfermería se observan algunas particularidades según el conjunto de que se trate. En las **13 provincias** estos servicios se encuentran en su gran mayoría a cargo de “auxiliares de Enfermería”, tanto en los

⁴² En este aspecto la Ciudad de Buenos Aires resulta una excepción, ya que en el resto de las jurisdicciones analizadas se verificaban otras formas de contratación para estas categorías lo que indicaría que se habrían introducido modalidades más flexibles de relación laboral en este campo profesional.

establecimientos públicos como en los privados aunque en algunas provincias como Corrientes, Chaco, Formosa, Neuquen, Salta y San Juan existe un importante número de establecimientos en ambos ámbitos en los que los servicios son responsabilidad de las categorías profesionales de enfermería.

En casi todas las **9 capitales** consideradas los servicios de establecimientos públicos se encuentran mayoritariamente a cargo de “enfermeros profesionales”. Se observan tres excepciones a esta situación: Córdoba donde casi el 60% de los servicios es responsabilidad de “Licenciados en Enfermería” y Misiones y Tucumán donde el 55 y el 64% respectivamente de los servicios está a cargo de “otro” perfil sin que se puedan identificar cuáles son los perfiles que comprende esa denominación. En el sector privado, la tendencia es relativamente similar aunque en Santiago del Estero y Tucumán se verifica un número importante de servicios a cargo de “Licenciados en Enfermería” y “Enfermeros Universitarios”.

De conjunto esta situación debería ser profundizada ya que tratándose de distritos capital, en los que existe una amplia oferta de oportunidades de formación, era esperable encontrar recursos humanos con mayor nivel de calificación al frente de los servicios de enfermería, habida cuenta, además que en todas las jurisdicciones se han implementado numerosos programas con ese objetivo.

En los **establecimientos públicos** con internación de la **provincia de Mendoza** estos servicios son responsabilidad por partes casi iguales de “enfermeros universitarios” o “auxiliares de enfermería” mientras en los sin internación, un 70% se encuentra a cargo de “auxiliares de enfermería”.

Poco más de la tercera parte de total de los servicios de *Enfermería* relevados en la establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra bajo responsabilidad de “Licenciados en Enfermería” tanto en el sector público como en el privado mientras un 42% de los servicios está a cargo de “Enfermeras profesionales”. En el sector público esta participación es mayor. Asimismo, en el sector privado tienen una mayor participación los “enfermeros profesionales” a cargo del servicios y aumenta significativamente la de los auxiliares y “otro” perfil sean responsables de un 9% y un 13% de ellos respectivamente.

En el caso de los servicios de *Medicina Nuclear y Terapia Radiante*, el perfil técnico de los recursos humanos a cargo responde **en todas las jurisdicciones** consideradas a la característica establecida legalmente por la Comisión Nacional de Energía Atómica.

La responsabilidad de los servicios de “*Hemoterapia/ Banco de sangre*” se reparte entre médicos hemoterapeutas o hematólogos y bioquímicos, que son los profesionales capacitados para atender estos servicios, aún cuando en nueve provincias⁴³ existen algunos servicios en establecimientos públicos y privados bajo responsabilidad de médicos sin formación especializada.

⁴³ Corrientes, Chaco, La Rioja, Neuquen, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis y Santa Cruz

Por su parte, los servicios de *Hemodiálisis* se encuentran mayoritariamente a cargo de médicos nefrólogos **en todas las jurisdicciones**. Sin embargo, se registran algunos casos en establecimientos privados en Chaco, Río Negro y Salta y en un establecimiento público en la capital de Misiones bajo responsabilidad de médicos con adiestramiento en servicio.

Los servicios denominados en el relevamiento como *Centro Quirúrgico* se encuentran casi en su totalidad a cargo de “médicos cirujanos/ anestésistas”.⁴⁴

El perfil técnico predominante de los profesionales a cargo de los Centros Obstétricos es el de “médicos obstetras o ginecólogos”. Sin embargo, en la mayor parte de los establecimientos públicos de la provincia de Chaco y en algunos Centros de la Ciudad de Buenos Aires estos servicios está bajo responsabilidad de “médicos cirujanos y/o anestésistas”. A su vez, en algunas capitales como las de Entre Ríos, Santa Fe y Tucumán, como en algunas provincias estos servicios están a cargo de enfermeros y de “otro” perfil tanto en los establecimientos públicos como privados⁴⁵. La interpretación acertada de esta situación, en términos de la calidad de la práctica, estaría planteando la necesidad de realizar una indagación que incluya otras variables como la disponibilidad o carencia de profesionales con formación especializada y el tipo de práctica predominante. (Cuadro 49).

En las **13 provincias** los servicios de Esterilización se encuentran en su gran mayoría a cargo de “personal de enfermería” tanto en los establecimientos del sector público como en los del privado. En algunas jurisdicciones, y con cierta importancia, existen servicios bajo responsabilidad de “técnicos en esterilización”⁴⁶.

A su vez, en algunas de las **9 capitales** estos servicios presentan la particularidad de que en el sector privado muchos de ellos, se encuentran a cargo de “Médicos”⁴⁷ mientras en el sector público, la mayoría está a cargo de “personal de enfermería” o de “técnicos en esterilización”.

En los **establecimientos públicos de Mendoza** el 86% de estos servicios son responsabilidad de “personal de enfermería” aunque los “farmacéuticos” están a cargo del 38% de ellos en el sector privado.

44 No obstante resulta llamativa que en algunas provincias como Corrientes y Chaco entre otras, existen servicios bajo la responsabilidad de “enfermeros” y en otras como La Pampa, La Rioja y Río Negro a cargo de “otro” (Cuadro 48). Tanto en un centro público de Entre Ríos y como en algunos centros privados de las restantes capitales y en el 10% de los establecimientos privados de la Ciudad de Buenos Aires son responsabilidad de “enfermeros o de “otro” perfil (Cuadro 40).

45 Catamarca, Corrientes y Chaco, entre otras.

46 Sería conveniente poder identificar cuál es el “otro” perfil que en establecimientos privados sin internación de las provincias de Río Negro, Salta y San Juan se encuentra a cargo de un importante número de estos servicios.

47 Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe, entre otras.

El 48% de los servicios de Esterilización relevados en los **establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires**, es responsabilidad de profesionales “Médicos” o “Farmacéuticos”. Los restantes se reparten entre “técnicos en esterilización”, “personal de enfermería” y “otro” perfil. En el sector público la participación de los profesionales se eleva al 74% y en el privado se reduce al 36%. Esta situación requeriría ser analizada para establecer las razones técnicas, económicas o de otro tipo que determinan tal diferencia y qué consecuencias implica en términos de la calidad del servicio.

En líneas generales, los servicios de *Anatomía Patológica* relevados en todas las jurisdicciones se encuentran bajo responsabilidad de “médicos anatomopatólogos” tanto en el sector público como en el privado. En algunas provincias y capitales se registran “médicos” o “bioquímicos” a cargo, pero en Santa Cruz el 60% de los servicios es responsabilidad de ellos, lo que podría estar indicando una marcada falta de profesionales con formación especializada en esas jurisdicciones.

La mayor parte de los servicios de *Farmacia* de las **13 provincias** analizadas se encuentra a cargo de “auxiliares sin capacitación específica” tanto en los establecimientos del sector público como privado, situación que compromete severamente de la calidad del servicio. En algunas jurisdicciones se verifica la presencia de “farmacéuticos” o “técnicos en enfermería” al frente del servicio pero en niveles muy bajos. También sería conveniente analizar con más elementos, la significativa presencia de la categoría “otro” como perfil responsable en muchas provincias, por ejemplo Salta, donde es la predominante.

Esta situación se observa también en las **9 capitales** donde existen además servicios a cargo de “auxiliares de enfermería sin capacitación específica”.

Todos estos servicios en los **establecimientos públicos de Mendoza** con internación están a cargo de “Farmacéuticos”. Llama la atención el hecho de que el 85% de los servicios de Farmacia de la provincia correspondan a establecimientos sin internación y de ellos, el 75% de ellos sean responsabilidad de “otro” perfil y un 14% de “auxiliares sin capacitación específica”. Esta situación debería ser analizada para establecer si se debe a una distorsión en la captación del dato que produce la definición de establecimiento o resulta indicativa de un modo de funcionamiento del servicio.

Los servicios de *Farmacia* en los **establecimientos con internación de la Ciudad de Buenos Aires** son responsabilidad en un 61% de “farmacéuticos” y en un 32% de “auxiliares sin capacitación específica” u “otro” perfil. Esa situación, que es más marcada en el sector privado, abre un interrogante respecto de la calidad de este tipo de servicio.

Los servicios de *Alimentación* en los establecimientos públicos y privados relevados en las **13 provincias** están mayoritariamente a cargo de “otros” perfiles que los específicamente capacitados para ello que son los “licenciados

en nutrición” o “dietistas”. Esto se verifica en ambos sectores si bien en el sector privado los perfiles profesionales aparecen con mayor frecuencia que en el público.

Contrariamente, casi todos estos servicios relevados en las **9 capitales** se encuentran bajo responsabilidad de “Licenciados en Nutrición” o “Nutricionistas”. El registro de numerosos servicios, tanto en el sector público como en el privado, a cargo de “otros” indica la necesidad indagar si se debe a dificultades con la denominación de la categoría, se trata efectivamente de algún perfil no identificado o indica falta de personal especializado en esas jurisdicciones.

En los **establecimientos públicos de Mendoza** los servicios se encuentran en su totalidad a cargo de “Licenciados a Nutrición” o “Dietistas” y **en los con inter-nación de la Ciudad de Buenos Aires**, si bien en ambos subsectores el 83% está a cargo de “Licenciados en Nutrición” o de “Dietistas”, en el sector privado se verifica la presencia de un 23% de cargos con “otro” perfil.

La escasa presencia de perfiles profesionales a cargo de los servicios de Estadística en todas las jurisdicciones relevadas constituye un tema relevante. La mayor parte de los servicios realiza estas tareas a cargo de “otro” perfil o de “técnicos o auxiliares en salud”, lo que podría estar indicando que se desarrollan procesos poco complejos, talvez vinculados sólo con aspectos administrativos o financieros de la gestión de los servicios.

El perfil de los recursos humanos a cargo del Servicio Social es claramente profesional en todas las jurisdicciones relevadas y es sostenido fundamentalmente por “Licenciados en Trabajo Social” y “Asistentes Sociales”. Esta característica se verifica tanto en el sector público como en los pocos establecimientos privados en los que se presta ese servicio.

También en **todas las jurisdicciones relevadas** los servicios de *Mantenimiento* en la mayoría de los establecimientos se encuentran a cargo de recursos humanos con perfil “técnicos” y “otros”. En algunas jurisdicciones, y fundamentalmente en el sector privado, se verifica la presencia de “ingenieros”, “arquitectos” y “bioingenieros” como responsables de esos servicios, lo que podría constituir un indicador de niveles de complejidad diferentes en esos establecimientos o talvez mayor flexibilidad de las estructuras para incorporar los nuevos perfiles técnicos que demanda la incorporación de tecnología.

Finalmente, la Base de Datos del Catastro relevado por la DEIS proporciona alguna información respecto del perfil técnico de la conducción de los establecimientos, diferenciando los casos de conducción unipersonal y colegiada. Si bien esta pregunta tuvo un alto nivel de no respuesta en la casi totalidad de los casos, sean de conducción unipersonal o colegiada, la dirección recae en “Médicos/Odontólogos/Bioquímicos”. Un análisis específico de estas cuestiones proporcionaría mayores elementos para caracterizar cuál es el soporte técnico-profesional con que cuentan los establecimientos de salud en el nivel de conducción en el

marco de las complejas condiciones de gestión determinadas por la crítica situación del sector.

En el sector privado existen algunos establecimientos conducidos por otros perfiles sin discriminar que podría suponerse que estarían vinculados con la administración y gestión.

8. Algunas reflexiones finales

La carencia de datos completos y homogéneos respecto de los recursos humanos en salud, disponibles en bases accesibles, no debe ser considerada una limitación para la formulación de líneas de trabajo preliminares que puedan sustentar algunas intervenciones en ese campo. Por el contrario, constituye un desafío que debe ser asumido por todos los actores con capacidad de decisión. Los datos analizados en el presente documento constituyen un valioso conjunto de información que puede ser utilizado como base para la formulación de algunas de las políticas de recursos humanos en salud y fundamentar la toma de decisiones en esa materia.

Esta revisión ha permitido la identificación de algunos aspectos que dan cuenta de la inserción laboral de los recursos humanos en los diversos servicios de salud que merecen ser destacados. Entre ellos:

- La organización de los servicios se estructura en torno de una fuerte participación de los médicos en los equipos de salud ya que en todas las jurisdicciones estos profesionales representan alrededor de la cuarta parte del total de recursos humanos empleados en el sector. En la Ciudad de Buenos Aires, esa proporción se eleva a la tercera parte, proporción que se incrementaría significativamente si se consideraran los establecimientos sin internación no incluidos en el relevamiento.
- En el campo de la Enfermería la situación es bastante heterogénea ya que se verifica una escasa presencia de las categorías de mayor nivel de calificación (licenciados en enfermería y enfermeros universitarios), una participación irregular de la enfermería profesional y una muy amplia de los auxiliares.
- Algunos datos permitirían suponer que habría una falta de correspondencia entre la capacitación adquirida y las funciones que se desempeñan en algunos servicios. En particular, esta situación se observa al analizar el perfil técnico de los profesionales a cargo de algunos servicios, ya que se registran numerosas situaciones de servicios a cargo de profesionales sin capacitación específica e incluso bajo responsabilidad de técnicos en salud.
- Asimismo, en relación con el agrupamiento de los técnicos hay tres categorías que requerirían una indagación más exhaustiva. Ellos son los técnicos radiólogos y de laboratorio y los técnicos en diálisis que en algunas ju-

risdicciones registran un nivel de participación tan alto que podría estar indicando el desempeño de otras funciones en esos servicios.

- En relación con el tema de la correspondencia entre los cargos y las funciones efectivamente desempeñadas, llamó la atención el peso relativo de categorías que aparecen sobredimensionadas (chóferes, por ejemplo), que podrían estar indicando alguna distorsión en el sistema de contratación.
- Del análisis de los datos por sector y forma de contratación, se desprende la importancia del sector público como empleador estable en el mercado de trabajo, ya que concentra los cargos en relación de dependencia para las categorías profesionales incluidas en el relevamiento, siendo probable que esto se verifique también para las categorías no relevadas.
- A modo de hipótesis, podría señalarse que las lógicas que orientan la configuración de los equipos de salud parecieran estar más determinadas por los marcos normativos, la tradición y la cultura de los servicios, los establecimientos y las especificidades de los sistemas de salud de las jurisdicciones que por las necesidades que determinan los perfiles epidemiológicos, el grado de desarrollo y complejidad de esos servicios y los problemas específicos de los grupos sociales que deben ser atendidos. De otro modo, si las configuraciones de los equipos de salud respondiesen a estos últimos factores, entonces debería registrarse una diferente organización de los servicios, en términos del empleo de recursos humanos tanto en el sector público como en el privado y dentro de cada una de los subconjuntos analizados.

g. Posibles líneas de indagación para el futuro

A fin de superar las complejas condiciones que experimentan actualmente los países de América Latina se ha sugerido la necesidad de reforzar la función de rectoría de los ministerios de salud a fin de propiciar una mayor equidad, calidad y eficiencia de la gestión. Sin embargo, en líneas generales, en el campo de los recursos humanos parecen ser pocos los avances que en este sentido se registran.

Es por ello que, a fin de contribuir a la construcción de un marco de política de recursos humanos en salud que articule los intereses de los diversos actores involucrados y posibilite una atención de calidad de las necesidades de salud de la población, resultaría oportuno considerar algunos de los aspectos más desequilibrados en la composición de los recursos humanos del sector, tales como la relación médico- enfermeros.

Siendo así, sería conveniente además revisar en profundidad en qué medida las políticas globales extrasectoriales y los marcos administrativos que rigen el funcionamiento y las relaciones laborales en los establecimientos del sector público, condicionan fuertemente la incorporación de nuevos perfiles profesionales

o técnicos acordes con las innovaciones y nuevos requerimientos que se producen en esos campos, así como la posibilidad de producir cambios en las formas de gestión de los servicios con nuevos incentivos.

En ese marco por ejemplo, resultaría oportuno evaluar el impacto efectivo de los numerosos programas de profesionalización de enfermería aplicados en todo el país en cuanto a la inserción ocupacional posterior de las personas que transitaron esos programas y a los incentivos que recibieron después de la profesionalización ya que si bien se encuentran diferencias entre jurisdicciones, puede suponerse que existen limitaciones estructurales para absorber adecuadamente el resultado de los esfuerzos.

Por su parte, sería conveniente tratar de establecer la relación efectiva entre cargos y personas en el sector público y privado a fin de poder construir un índice actualizado de cargos por persona⁴⁸ que permitiría una mejor aproximación a la dimensión real de la fuerza de trabajo en el sector y daría apoyatura sólida a las medidas que pudieran adoptarse.

Sería importante analizar hasta qué punto las diferencias en las formas de contratación entre categorías y entre establecimientos del sector público o privado representan relaciones reales o resultan indicativas de distorsiones en las formas de contratación. Así por ejemplo, sería oportuno indagar las diversas formas de relación laboral que puede incluir la denominación “becarios”, que si bien en algunas jurisdicciones designa a los residentes, en otras por su volumen, podría estar evidenciando alguna forma encubierta de flexibilización laboral.

Por otra parte, algunas de las situaciones registradas, sobretodo las que se vinculan con la falta de correspondencia entre la capacitación adquirida y la función que se realiza, podrían estar evidenciando fallas en los sistemas o mecanismos de regulación y control del ejercicio profesional que sería importante identificar.

En síntesis, puede señalarse que el análisis de los datos parece confirmar el supuesto de que la estructura de cargos, las formas de contratación y el perfil técnico de los recursos se sostienen en una plantilla cuya configuración es independiente del tipo de organización o complejidad de los servicios y del sistema de salud en que se insertan.

Los elementos que surgen del análisis realizado, constituyen una oportunidad para encarar la revisión en particular de las diferentes situaciones detectadas, de modo de posibilitar la discusión de una política novedosa de recursos humanos en salud que acompañe los cambios requeridos del modelo de atención y se fortalezca la estructura de los equipos de salud en beneficio de una atención de calidad, esto es, de excelencia científica y relevancia social.

⁴⁸ Para las provincias analizadas el porcentaje de cargos médicos (25,4%) respecto del total de

| ANEXOS

ANEXO I

- **Profesionales:** personal graduado en carreras cursadas en Universidades nacionales, Provinciales, Privadas o Extranjeras con título revalidado según normativa vigente:

- Abogado
- Arquitecto
- Asistente social
- Bioingeniero
- Bioquímico
- Biólogo
- Contador Público
- Dietista/Nutricionista
- Enfermera universitaria
- Farmacéutico
- Físico
- Fonoaudiólogo
- Ingeniero
- Kinesiólogo
- Licenciado en Administración de em-
presas
- Licenciado en Enfermería
- Licenciado Estadística/Matemática
- Licenciado en Química
- Licenciado en Sistemas
- Médico
- Médico Residente
- Musicoterapeuta
- Obstétrico
- Odontólogo
- Psicólogo
- Psicopedagogo
- Terapeuta ocupacional
- Otros Profesionales Residentes
- Otros profesionales

- **Técnicos:** Personal con título habilitante de escuelas oficiales o privadas:

- Asistente dental
- Enfermero profesional
- Instrumentador
- Programador (informático)
- Técnico Anatomía Patológica
- Técnico Anestesiista
- Técnico Diálisis
- Técnico Electroencefalografía
- Técnico Electromedicina
- Técnico Estadísticas Salud
- Técnico Esterilización
- Técnico Farmacia
- Técnico Hemoterapia
- Técnico Laboratorio
- Técnico Radiólogo
- Otros técnicos

- **Auxiliares:** Personal que cumple funciones técnicas con capacitación específica acreditada:
 - Agente sanitario
 - Auxiliar enfermería
 - Auxiliar estadísticas de Salud
 - Auxiliar Hemoterapia
 - Auxiliar Laboratorio
 - Auxiliar Radiología
 - Eviscerador
 - Otros Auxiliares

- **Otros:** personal que desempeña tareas administrativas, de servicios generales, de mantenimiento y otras no incluidas en las ya descriptas:
 - Administrativo
 - Ayudante enfermería
 - Camillero
 - Chofer
 - Cocinero
 - Personal Limpieza/Mucama
 - Personal de mantenimiento
 - Telefonista/Recepcionista
 - Otros Recursos Humanos

ANEXO II

CUADRO 1 | Provincias seleccionadas: algunos indicadores demográficos

Jurisdicción	1	2	3	4	5	6	7
TOTAL PAIS	37.032	27.7	9.7	2.4	87.2	11.9	71.9
Catamarca	319	32.5	7.3	3.0	69.8	18.0	70.6
Corrientes	922	33.8	6.7	3.0	74.1	13.1	70.1
Chaco	952	34.3	6.1	3.2	68.6	10.7	69.0
Chubut	448	30.9	6.0	2.7	87.8	20.6	70.6
Formosa	504	29.2	5.5	3.3	67.8	22.6	69.3
La Pampa	306	28.7	9.5	2.7	74.2	14.1	71.6
La Rioja	280	32.7	6.7	2.9	75.7	23.6	70.4
Neuquén	560	32.8	4.7	2.9	86.3	35.1	71.4
Rio Negro	618	31.1	6.3	2.8	79.9	18.8	70.9
Salta	1.067	34.0	6.0	3.0	79.0	20.6	68.9
San Juan	579	29.4	8.3	2.6	80.3	7.2	71.1
Santa Cruz	207	32.1	4.7	2.8	91.4	24.6	70.4
T. del Fuego	116	36.7	1.9	3.0	97.0	49.1	70.2

Referencias:

1: Población total INDEC (en miles) 2001; 2: Porcentaje de población menores 15 años; 3: Porcentaje población 65 años y más; 4: Tasa global de fecundidad (2000-2005) INDEC-CELADE; 5: Porcentaje de población urbana INDEC; 6: Tasa crecimiento anual medio de la población/1000 (2000-2005) INDEC-CELADE ; 7: Esperanza de vida al nacer, en años, ambos sexos, 1990-1992.

FUENTE: Tomado de: Ministerio de Salud de la Nación- OMS/OPS: Indicadores Básicos, Argentina, 2001

CUADRO 2 | Algunos indicadores socioeconómicos. 13 provincias

Jurisdicción	1	2	3	4	5
TOTAL PAIS	0.826	19.9	3.7	66.2	34.3
Catamarca	0.799	28.2	4.5	80.5	21.8
Corrientes	0.772	31.4	9.3	59.9	28.7
Chaco	0.755	39.5	11.3	49.5	12.7
Chubut	0.819	21.9	4.5	89.5	48.6
Formosa	0.764	39.1	8.2	50.9	18.8
La Pampa	0.821	13.5	4.0	65.5	31.4
La Rioja	0.804	27.0	4.0	83.1	21.8
Neuquén	0.817	21.4	5.3	86.8	33.3
Rio Negro	0.810	23.2	5.6	80.0	33.8
Salta	0.792	37.1	6.7	70.4	42.7
San Juan	0.798	19.8	4.3	80.4	12.2
Santa Cruz	0.843	14.7	2.2	92.3	47.6
T.del Fuego	0.854	22.4	1.1	90.4	76.7

Referencias: 1: Índice de Desarrollo Humano (IDH)1996 Programa Argentino de Desarrollo Humano 1999; 2: Porcentaje de población NBI (1991)INDEC 2000; 3: Porcentaje de población de 10 y más años analfabetos, ambos sexos 1991; 4: Porcentaje de población total con agua corriente (1991) INDEC 2000; 5: Porcentaje de población total con desagües cloacales (1991) INDEC 2000

FUENTE: Tomado de: Ministerio de Salud de la Nación- OMS/OPS: Indicadores Básicos, Argentina, 2001

CUADRO 3 | Algunos indicadores de recursos, acceso y cobertura. 13 provincias

Jurisdicción	1	2	3	4	5	6	7
TOTAL PAIS	153.065	17.845	3.311	14.534	1.271	6.456	36.4
Catamarca	1.470	380	58	322	38	303	36.3
Corrientes	3.525	387	98	289	58	195	47.5
Chaco	3.537	519	115	404	54	320	51.2
Chubut	2.148	248	61	187	30	97	32.3
Formosa	1.680	271	68	203	33	158	56.4
La Pampa	1.179	206	58	148	35	71	34.9
La Rioja	1.260	281	38	243	24	206	33.5
Neuquén	1.660	248	44	204	30	147	39.9
Rio Negro	1.930	315	57	258	29	136	38.5
Salta	3.805	598	95	503	55	312	47.8
San Juan	1.742	301	36	265	14	147	40.6
Santa Cruz	1.041	105	26	79	15	33	22.9
T. del Fuego	286	37	7	30	3	11	30.6

Referencias: 1: N° de camas disponibles en establecimientos asistenciales (2000) OPS - MS; 2: N° total de establecimientos asistenciales (2000) OPS - MS; 3: N° de establecimientos con internación (2000) OPS - MS; 4: N° de establecimientos sin internación (2000) OPS - MS; 5: Total de establecimientos de salud del subsector oficial con internación (2000) OPS- MS; 6: Total de establecimientos de salud del subsector oficial sin internación (2000) OPS- MS; /: Porcentaje de población no cubierta con Obra Social o Plan Médico(1991). MS - IN-DEC 1991

FUENTE: Tomado de: Ministerio de Salud de la Nación- OMS/OPS: Indicadores Básicos, Argentina, 2001.

CUADRO 4 | Provincia de Mendoza: principales indicadores. 1998

Provincia de Mendoza	
Población total INDEC 2001	1.607.618
Población menor de 15 años (en %)	29,0
Población mayor de 65 años (en %)	9,0
Población con NBI 1991 (en %)	17,6
Población total c/agua corriente 1991 (en %)	77,1
Población total c/desagües cloacales 1991 (en %)	37,3
Población s/cobertura. 1991 (en %)	42,0
Establ. públicos c/ internación	28
Establ. públicos s/internación	253

FUENTE: Tomado de: Ministerio de Salud de la Nación- OMS/OPS: Indicadores Básicos, Argentina, 2001.

CUADRO 5 | Cargos Profesionales según función real desempeñada. 13 provincias completas 1998.

PROFESIONALES	PROVINCIA													TOTAL p. PROV.
	CATAMARCA	CORRIENTES	CHACO	CHUBUT	FORMOSA	LA PAMPA	LA RIOJA	NEUQUEN	RÍO NEGRO	SALTA	SAN JUAN	SANTA CRUZ	T. DEL FUEGO	
Abogado	17	21	29	17	4	8	17	17	22	47	49	2	6	256
Arquitecto	7	10	7	10	2	2	4	8	9	8	12	1	1	81
Asistente Social	27	58	35	30	18	15	11	55	47	38	26	13	5	378
Bioingeniero		2	6					2	2	1	3	1		17
Bioquímico	143	263	228	167	114	144	128	115	250	511	225	71	34	2393
Biólogo	1	1	6		1			1						10
Contador Público	30	59	69	30	14	26	24	36	44	81	101	7	6	527
Dietista/ Nutricionista	22	34	30	45	5	15	14	31	31	119	24	9	6	385
Enferm. Universitaria	53	116	159	121	160	9	45	129	46	213	157	20	4	1232
Farmacéutico	8	11	5	12	5	7	13	12	14	14	7	3	6	117
Físico	1	1	2			1		2	1	3	1			12
Fonoaudiólogo	22	23	14	42	11	24	12	31	49	68	27	28	14	365
Ingeniero	3	12	13		4	4	3	8	2	5	14	2	1	71
Kinesiólogo	74	275	119	72	62	60	76	66	88	90	50	62	25	1119
Lic. Adm. de Empresas	4	3	4		1		1	4	5	12	6	2	1	43
Lic. Enfermería	16	57	57	5	17	13	2	14	30	78	49	5	2	345
Lic. Estad./ Matemática	1	1	1			1			1				5	
Lic. Química						3			5	1			2	11
Lic. Sistemas	3	10	4	4	3	1	6	6	12	8	3			60
Médico	970	2302	2001	1655	906	1002	1200	2088	1884	3309	2334	661	380	20692
Médico Residente	5	274	192	90	52	37	37	115	22	143	138	27		1132
Musicoterapeuta	2	1	2	1	1		2	4	1		3		17	
Obstétrico	30	61	91	55	46	38	7	42	116	77	46	27	3	639
Odontólogo	111	367	253	149	179	110	131	233	168	340	160	59	75	2335
Psicólogo	27	54	38	70	17	56	19	91	101	128	47	24	20	692
Psicopedagogo	11	20	4	8	6	7	7	10	12	13	4	1	1	104
Terapista Ocupacional	3	15	9	13	1	8	20	4	27	9	11	5		125
Otros Prof. Residentes		5	4		11		1		6	4		2		33
Otros Profesionales	6	30	11	20	8	9	12	7	20	76	9	2	8	218
TOTAL PROFESIONALES	1594	4087	3392	2618	1648	1600	1791	3129	3017	5398	3503	1037	600	33414

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 6 | Cargos Profesionales según función real desempeñada. 9 jurisdicciones distrito Capital 1998.

CARGOS PROFESIONALES	PROVINCIA									Total 9 jurisdicciones distrito capital
	Buenos Aires	Córdoba	Entre Ríos	Jujuy	Misiones	San Luis	Santa Fe	Sgo del Estero	Tucumán	
Abogado	69	122	26	18	12	15	33	31	51	377
Arquitecto	19	45	3	2	3	5	13	3	7	100
Asistente Social	117	107	45	35	14	20	25	31	47	441
Bioingeniero	3	2	12	2	0	2	7	4	6	38
Bioquímico	430	752	253	123	128	68	266	135	341	2496
Biólogo	10	16	1	0	0	2	0	0	1	30
Contador Público	194	292	56	26	45	20	51	55	135	874
Dietista/Nutricionista	66	186	27	21	17	12	24	19	29	401
Enf. Universitaria	117	505	66	7	70	24	25	80	311	1205
Farmacéutico	45	71	22	16	10	14	10	3	33	224
Físico	3	3	0	1	2	0	0	0	2	11
Fonoaudiólogo	112	200	22	30	14	20	22	22	95	537
Ingeniero	18	32	13	3	5	1	2	4	23	101
Kinesiólogo	116	458	71	48	71	20	58	56	56	954
Lic Adm. de Empresas	19	19	2	1	3	1	4	6	12	67
Lic. Enfermería	63	350	40	25	20	8	73	18	91	688
Lic. Estad./Matemática	4	2	1	0	0	0	0	0	0	7
Lic. Química	4	2	0	1	0	0	0	1	0	8
Lic. Sistemas	10	33	3	2	0	4	4	4	10	70
Médico	5907	7857	1571	1072	1258	597	2142	1021	2990	24415
Médico Residente	870	826	88	99	75	11	148	72	232	2421
Musicoterapeuta	22	2	3	2	3	1	2	4	2	41
Obstétrico	123	91	39	31	31	23	43	24	54	459
Odontólogo	857	927	148	74	140	63	96	75	311	2691
Psicólogo	225	329	65	26	37	33	38	50	154	957
Psicopedagogo	19	69	58	7	17	12	19	13	14	228
Terapeuta Ocupacional	77	34	25	3	6	3	18	8	10	184
Otros Prof. Residentes	83	122	2	0	1	12	3	0	21	244
Otros Profesionales	213	66	19	45	21	3	33	26	31	457
TOTAL PROFESIONALES	9815	13520	2681	1720	2003	994	3159	1765	5069	40726

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

CUADRO 7 | Cargos profesionales por dependencia y tipo de establecimiento. Establecimientos públicos Provincia de Mendoza.1998.

PROFESIONALES	Oficial		TOTAL
	Sin Int.	Con Int.	
Abogado		13	13
Arquitecto		1	1
Asistente Social	58	50	108
Bioingeniero			
Bioquímico	37	161	198
Biólogo			
Contador Publico	2	33	35
Dietista/ Nutricionista	30	57	87
Enfermería Universitaria	29	181	210
Farmacéutico	11	50	61
Físico			
Fonoaudiólogo	20	32	52
Ingeniero	1	13	14
Kinesiólogo	1	30	31
Lic. Administr. Empresas		2	2
Lic. Enfermería	9	21	30
Lic. Estadística			
Lic. Química			
Lic. Sistemas			
Medico	950	1598	2548
Medico residente	13	313	326
Musicoterapeuta			
Obstétrico	31	95	126
Odontólogo	178	73	251
Psicólogo	62	51	113
Psicopedagogo	4	2	6
Terapista Ocupacional		6	6
Otros Prof. Residentes	1	6	7
Otros Profesionales	3	8	11
TOTAL	1440	2796	4236

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

**CUADRO 8 | Cargos Profesionales por dependencia y tipo de establecimiento.
Ciudad de Buenos Aires. 1998.**

PROFESIONALES	OFICIAL		TOTAL OFI- CIAL	PRIVADA		TOTAL PRI- VADA	OBRA SOC		TOTAL OB. SOC	TOTAL GRAL.
	SIN INT.	CON INT.		SIN INT.	CON INT.		SIN INT.	CON INT.		
Abogado	2	44	46	18	45	63		6	6	115
Arquitecto		11	11	5	33	38		7	7	56
Asistente Social	60	389	449	10	31	41		22	22	512
Bioingeniero		1	1	5	4	9		2	2	12
Bioquímico	6	791	797	168	252	420		70	70	1287
Biólogo		14	14	1	10	11				25
Contador Publico	1	26	27	39	149	188	1	8	9	224
Dietista/ Nutricionista	15	210	225	7	170	177		33	33	435
Enfermería Universitaria	4	59	63	12	351	363		1	1	427
Farmacéutico	1	269	270	2	90	92		22	22	384
Físico		4	4	5	4	9				13
Fonoaudiólogo	27	211	238	6	129	135	2	23	25	398
Ingeniero		23	23	6	39	45		6	6	74
Kinesiólogo	5	351	356	39	387	426		67	67	849
Lic. Administr. Empresas		6	6	11	44	55		3	3	64
Lic. Enfermería	12	268	280	8	334	342		38	38	660
Lic. Estadística		8	8		6	6		5	5	19
Lic. Química		19	19	1	4	5				24
Lic. Sistemas	1	20	21	13	52	65		10	10	96
Medico	307	10843	11150	1773	7913	9686	11	1463	1474	22310
Medico residente	45	2868	2913	177	931	1108		199	199	4220
Musicoterapeuta	1	15	16	3	30	33		1	1	50
Obstétrico	38	268	306		252	252		60	60	618
Odontólogo	29	272	301	102	112	214		99	99	614
Psicólogo	265	908	1173	25	320	345		48	48	1566
Psicopedagogo	47	108	155	4	34	38		10	10	203
Terapista Ocupacional	4	122	126	3	93	96		3	3	225
Otros Prof. Residentes	59	402	461		160	160				621
Otros Profesionales	1	102	103	22	28	50		29	29	182
TOTAL	930	18632	19562	2465	12007	14472	14	2235	2249	36283

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 9 | Cargos Técnicos según función real desempeñada. 13 provincias completas 1998.

TÉCNICOS	PROVINCIA													TOTAL
	Catamarca	Corrientes	Chaco	Chubut	Formosa	La Pampa	La Rioja	Neuquen	Río Negro	Salta	San Juan	Santa Cruz	T. del Fuego	
Asistente Dental	9	44	41	20	62	16	34	19	9	159	9	30	38	490
Enfermero profesional	46	232	26	118	58	33	11	165	148	979	86	74	117	2093
Instrumentador	58	41	29	51	26	33	36	41	46	114	55	48	18	596
Program. informático	9	15	14	5	3	9	7	6	11	16	9	4	4	112
Tec. Anatomía patol.	9	16	7	6	2	8		8	8	6	10	1	3	84
Técnico Anestesiista	7	38	14	7	22	8			9	18	37	3	6	169
Técnico Diálisis	18	42	15	2	5	6	7	27	10	30	9			171
Téc. Electroencefalog	1	7	4	3	2	1	1	7	3	15	2		2	48
Técnico Electromedicina	1	7	4	3	1	2	1	11	1	1	8		2	42
Téc. Estadísticas Salud	3	14	15	25	13	3	26	13	3	45	5		2	167
Técnico Esterilización	13	13	58	7	4	9	7	8	20	48	32	2	5	226
Técnico Farmacia	7	19	36	15	26	13	9	15	22	22	34	18	10	246
Técnico Hemoterapia	19	24	12	32	8	2	10	18	20	23	14	13	4	199
Técnico Laboratorio	29	72	96	69	13	46	24	85	55	253	125	25	29	921
Técnico Radiólogo	62	102	118	129	45	78	64	102	110	180	122	79	41	1232
Otros Técnicos	20	76	20	26	11	16	10	27	16	27	32	5	3	289
TOTAL TÉCNICOS	311	762	509	518	301	283	247	552	491	1936	589	302	284	7085

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

CUADRO 10 | Cargos técnicos según función real desempeñada. 9 jurisdicciones distrito capital 1998.

TÉCNICOS	JURISDICCIÓN									9 jurisdicciones distrito capital
	Buenos Aires	Córdoba	Entre Ríos	Jujuy	Misiones	San Luis	Santa Fe	Sgo. del Estero	Tucumán	
Asistente Dental	78	96	12	46	18	14	37	4	81	386
Enfermero profesional	975	863	224	318	30	29	796	138	314	3687
Instrumentador	167	233	51	50	27	17	72	61	105	783
Pdor. informático	20	56	13	1	5	4	10	7	18	134
Técnico Anatomía. Patológica	51	28	6	5	7	1	10	5	10	123
Técnico Anestesiata	50	22	4	8	5	5	9	21	57	181
Técnico Diálisis	44	39	19	16	25	3	16	18	28	208
Técnico Electroencefalograma	20	18	5	3	3	2	5	1	11	68
Técnico Electromedicina	8	4	5	4	1	0	5	1	3	31
Técnico Estadísticas Salud	168	18	10	6	7	2	29	3	6	249
Técnico Esterilización	63	41	3	22	4	6	15	18	40	212
Técnico Farmacia	55	57	25	21	11	3	14	5	31	222
Técnico Hemoterapia	142	87	25	25	13	3	35	21	70	421
Técnico Laboratorio	375	227	66	67	33	9	87	89	104	1057
Técnico Radiólogo	298	416	74	51	32	23	119	68	136	1217
Otros Técnicos	318	70	37	28	11	5	25	9	78	581
TOTAL	2832	2275	579	671	232	126	1284	469	1092	9560

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

CUADRO 11 | Cargos técnicos según función real desempeñada. Establecimientos públicos Provincia de Mendoza. 1998.

TÉCNICOS	CARGOS
Asistente Dental	11
Enfermero profesional	229
Instrumentador	109
Programador Informático	12
Técnico Anatomíapatólogica	14
Técnico Anestesiista	48
Técnico Diálisis	9
Técnico Electroencefalog	5
Técnico Electromedicina	2
Técnico Estadísticas Salud	33
Técnico Esterilización	40
Técnico Farmacia	102
Técnico Hemoterapia	66
Técnico Laboratorio	167
Técnico Radiólogo	112
Otros Técnicos	25
TOTAL	984

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

CUADRO 12 | Cargos Técnicos según función real desempeñada. Establecimientos con internación Ciudad de Buenos Aires. 1998.

TÉCNICOS	CARGOS
Asistente Dental	182
Enfermero profesional	7242
Instrumentador	1706
Programador Informático	115
Técnico Anatomíapatológica	169
Técnico Anestesiista	182
Técnico Diálisis	156
Técnico Electroencefalogram	94
Técnico Electromedicina	58
Técnico Estadísticas Salud	88
Técnico Esterilización	391
Técnico Farmacia	207
Técnico Hemoterapia	709
Técnico Laboratorio	1155
Técnico Radiólogo	1399
Otros Técnicos	963
TOTAL	14816

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

CUADRO 13 | Cargos Auxiliares según función real desempeñada. 13 provincias completas 1998.

AUXILIARES	PROVINCIA													Total 13 provincias
	Catamarca	Corrientes	Chaco	Chubut	Formosa	La Pampa	La Rioja	Neuquen	Río Negro	Salta	San Juan	Santa Cruz	T. del Fuego	
Agente Sanit.	399	189	218	155	192	8	192	178	344	914	337	62	108	3296
Aux. Enferm.	1289	2176	1976	1155	1000	854	1188	1441	1479	2195	1255	591	222	16821
Aux. Est. de Salud	41	53	147	38	63	22	48	10	57	24	57	19	13	592
Aux. Hemot.	8	19	22	2	14	4	13	6	8	14	5	3		118
Aux. Laboratorio	25	83	148	32	72	15	50	25	62	121	53	25	3	714
Aux. Radiología	9	32	86	11	32	10	22	29	26	42	5	7		311
Eviscerador		6		1			2	2					1	12
Otros Auxiliares	3	39	64	33	19	8	35	19	58	30	76	13	25	422
TOTAL AUX.	1774	2597	2661	1427	1392	921	1550	1710	2034	3340	1788	720	372	22286

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud

CUADRO 14 | Cargos Auxiliares según función real desempeñada. 9 jurisdicciones distrito Capital 1998.

AUXILIARES	JURISDICCIÓN									Total 9 jurisdicciones distrito capital
	Buenos Aires	Córdoba	Entre Ríos	Jujuy	Misiones	San Luis	Santa Fe	Sgo. del Estero	Tucumán	
Agente Sanitario	2	23	35	72	20	21	59	72	89	393
Aux. Enfermería	2646	2677	843	576	700	277	757	734	1219	10429
Aux. Estad. de Salud	248	25	21	40	17	17	78	36	10	492
Aux. Hemoterapia	31	23	2	4	7	4	12	4	8	95
Aux. Laboratorio	77	66	13	43	35	12	41	17	29	333
Aux. Radiología	41	30	24	24	18	3	4	8	6	158
Eviscerador	11	4		1						16
Otros Auxiliares	130	22	46	19	29	5	42	14	11	318
TOTAL	3186	2870	984	779	826	339	993	885	1372	12234

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 15 | Cargos Auxiliares según función real desempeñada. Establecimientos públicos Provincia de Mendoza. 1998.

AUXILIARES	CARGOS
Agente Sanitario	188
Aux. Enfermería	1944
Aux. Est de Salud	15
Aux. Hemoterapia	2
Aux. Laboratorio	10
Aux. Radiología	2
Eviscerador	2
Otros Auxiliares	23
TOTAL	2186

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 16 | Cargos Auxiliares según función real desempeñada. Establecimientos con internación Ciudad de Buenos Aires. 1998.

AUXILIARES	CARGOS
Agente Sanitario	5
Aux. Enfermería	9675
Aux. Estadísticas de Salud	152
Aux. Hemoterapia	35
Aux. Laboratorio	162
Aux. Radiología	56
Eviscerador	50
Otros Auxiliares	412
TOTAL	10547

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

**CUADRO 17 | Cargos Otros Recursos Humanos según función real desempeñada.
13 provincias completas. 1998.**

OTROS RECURSOS HUMANOS	PROVINCIA													TOTAL 13 PROVINCIAS
	CATAMARCA	CORRIENTES	CHACO	CHUBUT	FORMOSA	LA PAMPA	LA RIOJA	NEUQUEN	RÍO NEGRO	SALTA	SAN JUAN	SANTA CRUZ	TIERRA DEL FUEGO	
Administrativo	310	1120	646	497	322	420	453	564	637	1138	519	519	253	7398
Ayte. Enfermería	44	93	137	63	82	47	11	5	19	39	246	9		795
Camillero	12	32	6	4		7	24	82	14	30	19	8	10	248
Chofer	152	215	192	144	85	124	167	152	227	255	153	118	32	2016
Cocinero	72	132	228	151	56	103	74	106	137	163	50	70	21	1363
Pnal. Limpieza/ Mucama	370	765	809	547	294	416	444	665	687	841	320	310	115	6583
Personal de Mantenimiento	135	306	313	158	169	169	209	232	161	264	99	105	51	2371
Telefonista/ Recepcionista	30	75	94	62	42	42	32	125	108	152	112	47	14	935
Otros Recursos Humanos	28	77	182	134	119	197	52	316	150	37	131	20	12	1455
TOTAL OTROS REC. HUMANOS	1153	2815	2607	1760	1169	1525	1466	2247	2140	2919	1649	1206	508	23164

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 18 | Cargos Otros Recursos Humanos según función real desempeñada. 9 jurisdicciones distrito Capital 1998.

OTROS RECURSOS HUMANOS	JURISDICCIONES									Total 9 jurisdicciones distrito capital
	Buenos Aires	Córdoba	Entre Ríos	Jujuy	Misiones	San Luis	Santa Fe	Sgo. del Estero	Tucumán	
Administrativo	1841	2510	605	409	399	200	692	342	1287	8285
Ayudante Enfermería	2	160	33	9	12	4	11	4	165	400
Camillero	126	103	34	8	13	9	31	21	80	425
Chofer	193	194	99	79	24	52	96	64	99	900
Cocinero	165	160	132	70	22	26	34	36	62	707
Pnal. Limpieza/ Mucama	1137	1063	497	375	211	133	716	411	626	5169
Personal de Mantenimiento	777	712	172	212	100	44	221	112	326	2676
Telefonista/ Recepcionista	258	384	61	35	63	17	70	39	291	1218
Otros Recursos Humanos	744	307	88	32	45	23	88	26	160	1513
TOTAL	5243	5593	1721	1229	889	508	1959	1055	3096	21293

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 19 | Cargos Otros Recursos Humanos según función real desempeñada. Establecimientos públicos Provincia de Mendoza. 1998.

OTROS RECURSOS HUMANOS	CARGOS
Administrativo	805
Ayudante Enfermería	21
Camillero	68
Chofer	232
Cocinero	85
Personal Limpieza / Mucama	470
Personal de Mantenimiento	534
Telefonista / recepcionista	69
Otros Recursos Humanos	66
TOTAL	2350

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 20 | Cargos Otros Recursos Humanos según función real desempeñada. Establecimientos con internación Ciudad de Buenos Aires. 1998.

OTROS RECURSOS HUMANOS	CARGOS
Administrativo	9885
Ayudante Enfermería	350
Camillero	939
Chofer	645
Cocinero	405
Personal Limpieza/ Mucama	4282
Personal de Mantenimiento	3327
Telefonista/ Recepcionista	1028
Otros Recursos Humanos	1312
TOTAL	22173

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 21 | Profesionales y auxiliares por dependencia, tipo de establecimiento y forma de contratación. 13 provincias completas 1998.

CATEGORÍA Y FORMA DE CONTRATACIÓN	Oficial		Total	Privado		Total	Obra Social		Total	Mixta		Total	Total
	Sin Inter-nación	Con Inter-nación	Oficial	Sin Inter-nación	Con Inter-nación	Pri-vado	Sin Inter-nación	Con Inter-nación	Obra Social	Sin Inter-nación	Con Inter-nación	Mixta	general
TOTAL MÉDICOS	3680	7278	10958	2594	7401	9995	308	419	727	79	30	109	21789
Relación dependencia	3196	5306	8502	468	1178	1646	12	72	84	48		48	10280
Por contratos	241	779	1020	229	123	352	84	79	163	17		17	1552
Becarios	136	906	1042	23	72	95				1		1	1138
Concurrentes	30	175	205	23	17	40				6		6	251
Por prest./honorarios	38	90	128	1774	5780	7554	178	268	446	6	30	36	8164
Otros	39	22	61	77	231	308	34		34	1		1	404
TOTAL ODONTÓLOGOS	942	863	1805	312	100	412	99	16	115	7	4	11	2343
Relac. dependencia	819	725	1544	62	20	82	29	1	30	3		3	1659
Por contratos	76	114	190	16	1	17	34	6	40	2		2	249
Becarios	5	1	6										6
Concurrentes	29	11	40	5		5							45
Por prest./honorarios		8	8	205	77	282	30	9	39	2	4	6	335
Otros	13	2	15	24	2	26	6		6				47
TOTAL BIOQUÍMICOS	117	988	1105	908	346	1254	14	10	24	5	2	7	2390
Relac. dependencia	102	839	941	182	60	242	2	1	3	4		4	1190
Por contratos	13	118	131	24	36	60	3		3				194
Becarios													
Concurrentes		18	18	1	2	3							21
Por prest./honorarios	2	7	9	652	242	894	8	9	17	1	2	3	923
Otros		6	6	52	6	58	1		1				65
TOTAL LIC. ENFERMERÍA	15	225	240	39	63	102	1	2	3				345
Relac. dependencia	15	208	223	33	54	87		2	2				312
Por contratos		16	16		6	6							22
Becarios		1	1										1
Concurrentes													
Por prest./honorarios				6	3	9	1		1				10
Otros													

continúa en pag. siguiente

viene de pag. anterior

CATEGORÍA Y FORMA DE CONTRATACIÓN	Oficial		Total Oficial	Privado		Total Privado	Obra Social		Total Obra Social	Mixta		Total Mixta	Total general
	Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		
TOTAL ENF. UNIVERSITARIO	71	673	744	114	343	457	5	19	24	4	4	1229	
Relac. dependencia	65	532	597	64	283	347	3	19	22	4	4	970	
Por contratos	6	125	131	27	45	72	2		2			205	
Becarios		6	6									6	
Concurrentes		10	10									10	
Por prest./honorarios				23	15	38						38	
Otros													
TOTAL ENF. PROFESIONAL	224	1010	1234	140	669	809	13	12	25	5	19	24	2092
Relac dependencia	203	939	1142	89	555	644	10	12	22	3	19	22	1830
Por contratos	19	68	87	33	70	103	1		1	2		2	193
Becarios													
Concurrentes													
Por prest./honorarios		3	3	14	44	58	1		1				62
Otros	2		2	4		4	1		1				7
TOTAL AUX ENFERMERÍA	3185	9764	12949	530	2939	3469	11	365	376	27	27	16821	
Relac dependencia	2959	8809	11768	381	2748	3129	9	365	374	23	23	15294	
Por contratos	158	878	1036	105	135	240	2		2	4	4	1282	
Becarios	3	32	35									35	
Concurrentes	9	11	20	3		3						23	
Por prest./honorarios	1		1	37	55	92						93	
Otros	55	34	89	4	1	5						94	

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 22 | Profesionales y auxiliares por dependencia, tipo de establecimiento y forma de contratación. 9 distritos capital 1998.

CATEGORÍA Y FORMA DE CONTRATACIÓN	Oficial		Total Oficial	Privado		Total Privado	Obra Social		Total Obra Social	Mixta		Total Mixta	Total general
	Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		
TOTAL MÉDICOS	1613	8427	10040	5169	10575	15744	800	194	994	3	3	26781	
Relación dependencia	1178	5104	6282	849	1370	2219	170	51	221	1	1	8723	
Por contratos	294	458	752	401	468	869	156	131	287			1908	
Becarios	101	2016	2117	71	441	512						2629	
Concurrentes	20	766	786	48	50	98				2	2	886	
Por prest/honorarios	7	30	37	3647	8061	11708	472	12	484			12229	
Otros	13	53	66	154	185	339	2		2			407	
TOTAL ODONTÓLOGOS	1344	372	1716	804	96	900	158	6	164	2	2	2782	
Relac dependencia	1025	283	1308	97	5	102	24	6	30			1440	
Por contratos	87	21	108	42	9	51	35		35			194	
Becarios	122	23	145									145	
Concurrentes	108	35	143	37		37				2	2	182	
Por prest/honorarios				616	79	695	99		99			794	
Otros	2	10	12	12	3	15						27	
TOTAL BIOQUÍMICOS	151	899	1050	991	362	1353	82	10	92	1	1	2496	
Relac dependencia	139	680	819	127	73	200	37	3	40			1059	
Por contratos	10	70	80	64	51	115	7		7			202	
Becarios	1	42	43	2	1	3						46	
Concurrentes	1	94	95	10	1	11	2		2	1	1	109	
Por prest/honorarios		8	8	756	234	990	36	7	43			1041	
Otros		5	5	32	2	34						39	
TOTAL LIC. ENFERMERÍA	36	440	476	41	161	202	4	6	10			688	
Relac dependencia	33	430	463	28	140	168	1	6	7			638	
Por contratos	3	8	11	5	15	20	3		3			34	
Becarios		2	2									2	
Concurrentes					2	2						2	
Por prest/honorarios				8	3	11						11	
Otros					1	1						1	

continúa en pag. siguiente

viene de pag. anterior

CATEGORÍA Y FORMA DE CONTRATACIÓN	Oficial		Total Oficial	Privado		Total Privado	Obra Social		Total Obra Social	Mixta		Total Mixta	Total general
	Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		Sin Inter-nación	Con Inter-nación		
TOTAL ENF. UNIVERSITARIO	43	447	490	116	569	685	24	8	32				1207
Relac dependencia	37	394	431	80	510	590	16	8	24				1045
Por contratos	5	41	46	28	55	83	8		8				137
Becarios	1	12	13										13
Concurrentes													
Por prest/honorarios				5	4	9							9
Otros				3		3							3
TOTAL ENF. PROFESIONAL	202	1929	2131	320	1179	1499	26	28	54				3684
Relac dependencia	184	1823	2007	266	1045	1311	23	19	42				3360
Por contratos	15	51	66	44	127	171	3	9	12				249
Becarios	2	51	53										53
Concurrentes													
Por prest/honorarios	1		1	8	7	15							16
Otros		4	4	2		2							6
TOTAL AUX ENFERMERÍA	855	5781	6636	450	3220	3670	55	68	123				10429
Relac dependencia	725	5008	5733	393	2976	3369	46	68	114				9216
Por contratos	118	331	449	39	236	275	8		8				732
Becarios	5	343	348	1		1							349
Concurrentes		7	7	2	8	10							17
Por prest/honorarios				7		7							7
Otros	7	92	99	8		8	1		1				108

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 23 | Profesionales, auxiliares por dependencia, tipo de establecimiento y forma de contratación. Establecimientos públicos Provincia de Mendoza 1998.

CATEGORÍA Y FORMA DE CONTRATACIÓN	Oficial		Total
	Sin Internación	Con Internación	
TOTAL MÉDICOS	963	1911	2874
Relación dependencia	459	1231	1690
Por contratos	436	335	771
Becarios	13	270	283
Concurrentes	1	69	70
Por prest/honorarios	48	1	49
Otros	6	5	11
TOTAL ODONTÓLOGOS	178	72	250
Relac dependencia	105	56	161
Por contratos	63	10	73
Becarios	1	4	5
Concurrentes	0	2	2
Por prest/honorarios	9	0	9
Otros	0	0	0
TOTAL BIOQUÍMICOS	37	161	198
Relac dependencia	25	130	155
Por contratos	12	23	35
Becarios	0	0	0
Concurrentes	0	8	8
Por prest./honorarios	0	0	0
Otros	0	0	0
TOTAL LIC. EN ENFERMERÍA	9	21	30
Relac dependencia	6	19	25
Por contratos	3	2	5
Becarios	0	0	0
Concurrentes	0	0	0
Por prest/honorarios	0	0	0
Otros	0	0	0

continúa en pag. siguiente

viene de pag. anterior

CATEGORÍA Y FORMA DE CONTRATACIÓN	Oficial		Total
	Sin Internación	Con Internación	
TOTAL ENFERMEROS UNIVERSITARIOS	29	181	210
Relac dependencia	20	82	102
Por contratos	9	94	103
Becarios	0	5	5
Concurrentes	0	0	0
Por prest/honorarios	0	0	0
Otros	0	0	0
TOTAL ENFERMEROS PROFESIONALES	61	168	229
Relac dependencia	37	140	177
Por contratos	19	28	47
Becarios	0	0	0
Concurrentes	0	0	0
Por prest/honorarios	5	0	5
Otros	0	0	0
TOTAL AUXILIARES DE ENFERMERÍA	472	1472	1944
Relac dependencia	298	1305	1603
Por contratos	151	164	315
Becarios	1	1	2
Concurrentes	0	0	0
Por prest/honorarios	20	1	21
Otros	2	1	3

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

CUADRO 24 | Profesionales, auxiliares por dependencia, tipo de establecimiento y forma de contratación. Establecimientos con internación Ciudad de Buenos Aires. 1998.

DE CONTRATACIÓN CATEGORÍA Y FORMA	OFICIAL		TOTAL	PRIVADA		TOTAL	OBRA SOC		TOTAL	TOTAL
	SIN INT.	CON INT.	OFI- CIAL	SIN INT.	CON INT.	PRI- VADA	SIN INT.	CON INT.	OB. SOC.	GRAL.
TOTAL MÉDICOS	352	13711	14063	1950	8844	10794	11	1662	1673	26530
Relación dependencia	282	8864	9146	510	2485	2995	0	945	945	13086
Por contratos	13	167	180	241	573	814	0	88	88	1082
Becarios	45	2868	2913	288	1049	1337	0	199	199	4449
Concurrentes	0	1660	1660	8	57	65	0	0	0	1725
Por prest/honorarios	5	144	149	622	4373	4995	8	422	430	5574
Otros	7	8	15	281	307	588	3	8	11	614
TOTAL ODONTÓLOGOS	29	279	308	102	112	214	0	99	99	621
Relac dependencia	26	250	276	10	32	42	0	42	42	360
Por contratos	2	8	10	0	21	21	0	1	1	32
Becarios	1	7	8	0	0	0	0	0	0	8
Concurrentes	0	11	11	0	0	0	0	0	0	11
Por prest/honorarios	0	3	3	92	59	151	0	56	56	210
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL BIOQUÍMICOS	6	828	834	168	252	420	0	70	70	1324
Relac dependencia	6	759	765	89	174	263	0	53	53	1081
Por contratos	0	6	6	8	43	51	0	2	2	59
Becarios	0	51	51	0	0	0	0	0	0	51
Concurrentes	0	8	8	0	0	0	0	0	0	8
Por prest/honorarios	0	4	4	70	33	103	0	15	15	122
Otros	0	0	0	1	2	3	0	0	0	3
TOTAL LIC. ENFERMERÍA	12	266	278	8	334	342	0	38	38	658
Relac dependencia	4	266	270	7	284	291	0	36	36	597
Por contratos	0	0	0	1	45	46	0	0	0	46
Becarios	8	0	8	0	0	0	0	0	0	8
Concurrentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Por prest/honorarios	0	0	0	0	5	5	0	0	0	5
Otros	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2

continúa en pag. siguiente

viene de pag. anterior

DE CONTRATACIÓN CATEGORÍA Y FORMA	OFICIAL		TOTAL OFI- CIAL	PRIVADA		TOTAL PRI- VADA	OBRA SOC		TOTAL OB. SOC.	TOTAL GRAL.
	SIN INT.	CON INT.		SIN INT.	CON INT.		SIN INT.	CON INT.		
TOTAL ENFERM. UNIV.	3	61	64	12	351	363	0	1	1	428
Relac dependencia	3	61	64	11	329	340	0	1	1	405
Por contratos	0	0	0	1	7	8	0	0	0	8
Becarios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Concurrentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Por prest/honorarios	0	0	0	0	3	3	0	0	0	3
Otros	0	0	0	0	12	12	0	0	0	12
TOTAL ENFERM. PROF.	41	3042	3083	101	3391	3492	3	696	699	7274
Relac dependencia	32	2950	2982	101	3006	3107	2	661	663	6752
Por contratos	0	11	11	0	369	369	0	16	16	396
Becarios	9	79	88	0	0	0	0	0	0	88
Concurrentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Por prest/honorarios	0	2	2	0	10	10	1	0	1	13
Otros	0	0	0	0	6	6	0	19	19	25
TOTAL AUX. ENFERMERÍA	46	5465	5511	175	3442	3617	0	547	547	9675
Relac dependencia	46	5460	5506	172	3241	3413	0	524	524	9443
Por contratos	0	5	5	1	182	183	0	15	15	203
Becarios	0	0	0	0	10	10	0	0	0	10
Concurrentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Por prest/honorarios	0	0	0	2	3	5	0	0	0	5
Otros	0	0	0	0	6	6	0	8	8	14

* Corresponde a servicios que, de acuerdo con la definición de establecimiento, constituyen unidades independientes.

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud 1998, DEIS, Ministerio de Salud.

Este libro se terminó de imprimir en
el mes de noviembre de 2003 en
"Marcelo Kohan / diseño + broker de
impresión", Olleros 3951, Ciudad de
Buenos Aires.