



Original

Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino

Gender gaps in the work areas of the Argentine health system

María Eugenia Elorza

Investigadora Asistente, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS) UNS-CONICET; docente, Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Marina Tortul, Profesional principal, IIIESS UNS-CONICET; docente, Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud

www.siicsalud.com/dato/experto.php/170617

Recepción: 12/7/2022 - Aprobación: 29/9/2022
 Primera edición, www.siicsalud.com: 5/10/2022

Enviar correspondencia a: Marina Tortul,
 Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS) UNS-CONICET, 8000,
 Bahía Blanca, Argentina
marina.tortul@uns.edu.ar

+ Especialidades médicas relacionadas,
 producción bibliográfica y referencias
 profesionales de las autoras.



www.dx.doi.org/10.21840/siic/170617



Abstract

Studies with a gender perspective focus on the way in which women and men relate to each other in different spheres, reflecting the distribution of power between them. This type of work division conditions the working life of women, who tend to dedicate fewer hours to paid work than men, affecting their labor income, as well as other non-monetary compensations. The objective of this study was to characterize the men and women employed in the health sector of Bahía Blanca, Argentina, from a gender perspective. For this, the Permanent Household Survey of the Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, as per its initials in Spanish) was analyzed using a quantitative methodology. The main results indicate that, although the sector is composed of a majority of women, this proportion being even greater than in the rest of the country, with more education and work experience than their male counterparts, women face conditions of horizontal and vertical labor segregation. At the same time, differences are observed in the contracting conditions. The study of work from a gender perspective will contribute to the design of policies that propose gender equity, that is, the absence of systematic and unfair differences in the working conditions and opportunities between women and men. In particular, this information can be very useful for developing strategies that tend to improve the situation of women when health care management is decentralized to lower levels of government.

Keywords: gender perspective, contracting conditions, gender equity, labor segregation, health care management

Resumen

Los estudios con perspectiva de género se centran en la forma en que se relacionan mujeres y varones en distintos ámbitos, reflejando la distribución de poder entre ambos. La división del trabajo según el género condiciona las trayectorias laborales de las mujeres, quienes suelen destinar menos horas que los varones al trabajo remunerado, lo que repercute en su ingreso laboral, así como en otras compensaciones no monetarias. El objetivo de este trabajo fue caracterizar a las personas ocupadas del sector de salud del partido de Bahía Blanca, Argentina, desde una perspectiva de género. Para ello se analizó la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), utilizando una metodología cuantitativa. Los principales resultados señalan que, aun cuando el sector este compuesto por una mayoría de mujeres, incluso mayor que en el resto del país, con mayor educación y experiencia laboral que sus compañeros varones, estas enfrentan condiciones de segregación laboral horizontal y vertical, a la vez que se observan diferencias en las condiciones de contratación. El trabajo desde una mirada de género contribuirá al diseño de políticas que se propongan la equidad de género, es decir la ausencia de diferencias sistemáticas e injustas en las condiciones y las oportunidades de trabajo entre mujeres y varones. En particular, esta información puede resultar de gran utilidad para diseñar estrategias que tiendan a mejorar la situación de las mujeres cuando la gestión de la atención de salud se encuentra descentralizada a los niveles inferiores de gobierno.

Palabras clave: perspectiva de género, segregación laboral, condiciones de contratación, equidad de género, gestión de la atención de salud

Introducción

El género es una construcción social vinculada a los comportamientos, las responsabilidades y las oportunidades consideradas apropiadas para cierto contexto cultural según las personas sean de sexo femenino o masculino.

Esta categoría abarca la forma en la que se relacionan mujeres y varones en distintos ámbitos, y refleja la distribución de poder entre ambos.

La perspectiva de género es una herramienta conceptual que sirve para comprender los condicionantes de

la construcción de identidades de género, permitiendo identificar situaciones, en general, desfavorables para las mujeres.¹ El estudio del trabajo desde una mirada de género contribuirá al diseño de políticas que se propongan la equidad de género, es decir la ausencia de diferencias sistemáticas e injustas en las condiciones y las oportunidades de trabajo entre mujeres y varones.²

La brecha salarial de género es frecuentemente el indicador utilizado para el estudio de la situación laboral con perspectiva de género. Esta medida representa la diferencia entre el ingreso laboral promedio de los varones y las mujeres y aparece cuando se paga menos a las mujeres que a los varones por el mismo trabajo o uno de igual valor, incluso cuando tienen la misma educación y experiencia. Si bien refleja la magnitud de la desigualdad laboral entre mujeres y varones, existen otras dimensiones del empleo que dan origen a la brecha salarial de género.

Este tipo de división del trabajo condiciona las trayectorias laborales de las mujeres, quienes suelen destinar menos horas que los varones al trabajo remunerado, lo que repercute en su ingreso laboral, así como en otras compensaciones no monetarias. También lo hace al interior del mercado laboral, donde mediante un proceso de segregación ocupacional, que puede ser vertical u horizontal, se produce un acceso diferencial a ingresos propios.

La segregación vertical se refiere a la relativa escasez de mujeres en los puestos de mayor categoría ocupacional. Esta puede ser explicada por la existencia de obstáculos invisibles que, por un lado, impiden que las mujeres asciendan a puestos jerárquicos ("techo de cristal"), y por el otro, tienden a mantener a estas en puestos de menor categoría dentro de las organizaciones ("piso pegajoso"), aun cuando tengan competencias y calificaciones idénticas o mayores que las de sus colegas varones.

La segregación horizontal denota la concentración de mujeres y varones en distintos sectores productivos, y se describe a través de la metáfora "paredes de cristal", que hace referencia a muros invisibles que dificultan el acceso de las mujeres a ciertos sectores laborales, en general más valorados por el mercado y, por lo tanto, mejor pagos. Esta última dinámica da lugar a la relativa feminización de las ramas de la estructura productiva con salarios más bajos, tradicionalmente consideradas de incumbencia "femenina", tales como: educación de nivel inicial, preparación de alimentos, limpieza de casas particulares y cuidado de niños, personas mayores e individuos dependientes (por enfermedad, por discapacidad, etc.).

Este proceso se refleja en el sector salud, donde las mujeres representan una alta proporción de la fuerza laboral. A su vez, las dinámicas de segregación se reproducen al interior del sector mano de obra intensiva, donde la existencia de jerarquías que contribuyen a la coordinación de las tareas en un proceso productivo también reflejan las relaciones de poder que estructuran el sistema de salud.

El género en el sector salud afecta la forma en que se realiza el trabajo, determinando la ubicación estructural de mujeres y varones en la fuerza laboral sanitaria. Las primeras se ubican principalmente en puestos de categorías ocupacionales más bajas, concentrándose en aquellas asociadas con el cuidado, tales como enfermería, y se encuentran subrepresentadas en los puestos de toma de decisiones, ya que solo ocupan el 25% en los cargos de alto nivel. A escala global, se estima una diferencia salarial promedio entre hombres y mujeres del 26% en el sector salud, superior al promedio de otros sectores, que

no se explica por factores observables, como la educación o la antigüedad.³

En la Argentina, donde las mujeres también representan un alto porcentaje de la fuerza laboral sectorial, existe evidencia sobre la desigualdad de género, que perjudica a las trabajadoras de la salud.⁴ Estas, históricamente han ocupado puestos de menor calificación, aunque en las últimas décadas la desigualdad en la distribución de varones y mujeres del sector según el nivel de calificación se ha reducido.⁵ También existen diferencias en la ocupación de puestos de toma de decisión debido a que la mayoría de los cargos de conducción de la rama asistencial (dirección de hospitales, subdirecciones y jefaturas de servicios) en el sector público están ocupados por profesionales varones.⁶ En la actualidad, otra desigualdad que persiste es la vinculada a los ingresos laborales de varones y mujeres dentro del sector.⁷

Sin embargo, en la Argentina la gestión de la atención de salud se encuentra descentralizada en los niveles provinciales de gobierno.⁸ Pese a que el Ministerio de Salud de la Nación tiene la responsabilidad general de conducir, coordinar y modular el sistema de salud en su conjunto y, en particular, definir las políticas de recursos humanos en salud, son finalmente las jurisdicciones subnacionales las que diseñarán e implementarán las estrategias que permiten formar, atraer y retener los recursos humanos en salud adaptadas a sus necesidades y posibilidades.⁹

Más aún, en algunas provincias la gestión de la salud se encuentra descentralizada a los niveles locales de gobierno, por lo cual es posible encontrar, dentro de una misma región, ciudades con sistemas de salud diferentes. En función de esta organización, adquiere relevancia evaluar las condiciones laborales de las mujeres empleadas en el sector salud de cada localidad específica. Esto permitirá diseñar intervenciones que corrijan las desigualdades de género respondiendo a las particularidades del área de estudio.

El partido de Bahía Blanca, en la provincia de Buenos Aires, Argentina, incluye tres localidades: Cabildo, General Daniel Cerri y Bahía Blanca. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de Argentina, su población en 2010 era de 301 572 habitantes.¹⁰

El sistema de salud del partido de Bahía Blanca hace una importante contribución a la economía local a partir de la prestación de servicios de salud derivada de una gran oferta de prestadores. Cuenta con instalaciones en el sector público en tres niveles de gobierno: el Hospital Militar, dependiente del Ejército Argentino, financiado por la nación; el nivel provincial es responsable del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, y el nivel municipal es responsable del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero y de 56 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se encuentran distribuidos en el territorio. A su vez, el sector privado cuenta con una amplia diversidad de actores. Estos incluyen cinco instituciones hospitalarias y una gran cantidad de profesionales independientes, así como otros servicios de diagnóstico y tratamiento.

La información sectorial sobre el recurso humano en salud es, en general, escasa, y más aún en términos desagregados según sexo. La generación de información sobre género y fuerza laboral de salud puede resultar de gran utilidad para diseñar estrategias que se propongan mejorar la situación de las mujeres que trabajan en el área. En consecuencia, este trabajo avanza, en la medida que la información disponible lo permite, en la caracte-

rización de las personas ocupadas en un sector de salud local de Argentina, desde una perspectiva de género.

El objetivo general de este trabajo es identificar diferencias entre varones y mujeres en la fuerza laboral del sector salud del partido de Bahía Blanca en el año 2019. Los objetivos específicos son: estimar la participación de las mujeres en el sector salud en relación con el resto de la población ocupada del partido de Bahía Blanca y del resto del país; comparar las características sociodemográficas de mujeres y varones empleados en el sector salud del partido en cuestión, y contrastar las condiciones laborales de mujeres y varones que trabajan en el sector salud del mismo partido.

Métodos

Se realizó un estudio cuantitativo de la fuerza laboral del sector salud en la región de interés. La fuerza de trabajo sectorial incluye a todas las personas ocupadas, desocupadas y subocupadas que participan laboralmente en el sector, tanto en forma directa como indirecta. Su análisis permite cuantificar y caracterizar fenómenos que operan tanto por el lado de la oferta como de la demanda laboral, tales como las condiciones de acceso y permanencia en el mercado de trabajo, así como los niveles de calificación y de ingresos.

Se utilizó como fuente de información la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Este es un relevamiento trimestral del INDEC sobre las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población argentina, que cubre 32 aglomerados urbanos que representan más del 70% de la población urbana total del país. De acuerdo con dicho relevamiento, el aglomerado urbano Bahía Blanca-General Daniel Cerri (BBC) se considera una aproximación al partido de Bahía Blanca y el resto de los aglomerados urbanos (RAU), como representación del resto del país. Las bases de microdatos de los individuos y de los hogares para los cuatro trimestres de 2019 se obtuvieron del INDEC.¹¹

Sobre la base de la definición de fuerza de trabajo en salud pública del Ministerio de Salud de la Nación, se consideró como trabajadores de la salud a las personas responsables de contribuir, de manera directa o indirecta, a la provisión de servicios de salud, independientemente de su formación y de la institución en la que se desempeñen. Para su identificación en la base de datos se utilizó el Clasificador de Actividades Económicas para Encuestas Sociodemográficas del Mercosur 1.0 Versión Argentina. Se incluyeron como parte del sector salud las divisiones Atención, Atención a la Salud Humana, y Asistencia Social Relacionada con la Atención a la Salud, de la sección Salud Humana y Servicios Sociales. No se consideró la división Servicios Sociales Sin Alojamiento.

Se confeccionó una base de datos que combina los registros correspondientes a los trimestres de 2019. Durante dicho año, se relevaron 1242, 1298, 1300 y 1260 observaciones pertenecientes a los trimestres I, II, III y IV, respectivamente. Luego de unificar las bases de datos trimestrales se eliminaron las observaciones repetidas, debido a que, según el muestreo por rotación utilizado por la EPH, un mismo individuo es entrevistado en más de un trimestre. Se identificaron esos casos (806, 601, 588 y 0 observaciones duplicadas en los trimestres I, II, III y IV, respectivamente) y se eliminó la información correspondiente al trimestre más antiguo para mantener el dato más actualizado. Después de realizar este procedimiento, la base de datos anual quedó integrada por 3105 obser-

vaciones, de las cuales 85 correspondían a personas ocupadas en el sector salud. Se utilizó la técnica de *bootstrap* considerando 1000 repeticiones para estimar los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) de los parámetros poblacionales, asumiendo una distribución normal.

A continuación, se detallan los procedimientos realizados para alcanzar cada uno de los objetivos específicos.

Para el primero se estimó la proporción de mujeres y varones con ocupación principal en el sector salud y en el resto de las ramas de ocupación en el aglomerado BBC y en el RAU. La EPH considera principal a la ocupación que insume la mayor cantidad de horas semanales. En todos los casos, se calcularon los estimadores puntuales y los IC 95%. Se compararon dichas proporciones usando los límites de los IC 95%. Los resultados se presentan mediante gráficos de mínimos y máximos.

Para el segundo se calculó, para el aglomerado BBC, la distribución porcentual entre mujeres y varones empleados en el sector salud de las siguientes variables:

- I) máximo nivel de educación completo o incompleto alcanzado (categorías: sin instrucción o nivel primario o educación especial, nivel secundario y nivel terciario, universitario o superior);
- II) edad (categorías: menores de 34 años, entre 35 y 49 años y 50 años o más);
- III) conyugal (categorías: individuos en pareja, que incluye casados o unidos de hecho, e individuos solos, que incluye solteros, separados/divorciados o viudos), y
- IV) tenencia de hijos (categorías: individuos con hijos y sin hijos).

En todos los casos se calcularon los estimadores puntuales y se construyeron gráficos de barra para su presentación.

Finalmente, para el tercer objetivo específico:

a) Mediante el procedimiento utilizado en el objetivo anterior se compararon las condiciones laborales entre mujeres y varones ocupados en el sector salud de BBC en relación con:

- la cantidad de empleos, contemplando si el individuo tiene un trabajo o más de uno;
- el acceso a puestos calificados, con base en el Clasificador Nacional de Ocupaciones del Censo de 2001 recogido por la EPH, que clasifica los empleos en las categorías: profesional, técnico, operario y empleo no calificado;
- el acceso a puestos de decisión, en términos del Clasificador Nacional de Ocupaciones del Censo de 2001, que distingue puestos de dirección, cuenta propia, jefes y trabajadores asalariados, considerando los individuos en las categorías de jefatura o dirección;
- la estabilidad laboral, considerando para los asalariados (se excluye de este análisis a las categorías cuenta propia y patrón, debido a que estas preguntas se realizan a los asalariados en la EPH) la existencia de descuentos jubilatorios por la ocupación principal y una antigüedad de 5 o más años en ella. Además, se distinguió entre empleo en el sector privado y público. Se asume que aquellos trabajadores a los que se les retienen aportes jubilatorios, que tienen más antigüedad en su trabajo y que se desempeñan en el sector público gozan de más estabilidad laboral.

b) Se compararon los ingresos laborales entre varones y mujeres sobre la base del cálculo de las brechas de ingresos salariales declarados para la ocupación principal de acuerdo con la ecuación, donde: yM es el valor promedio de los ingresos de las mujeres e yV , es el de los varones:

$$BrechaY = 1 - (yM / yV)$$

Esta ecuación expresa la definición de brecha salarial comúnmente utilizada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), según la cual existe igualdad de ingresos entre mujeres y varones cuando *BrechaY* es 0. Cuando *BrechaY* es positiva, hay desigualdad, entendida como un déficit de ingresos promedio de las mujeres respecto de los varones. Cuando *BrechaY* es negativa, también existe una situación de desigualdad en la que, en promedio, las mujeres obtienen mayores ingresos que los varones.

Se estimaron dos tipos de brechas:

- de ingresos laborales, que considera el salario mensual de la ocupación principal en el mes de referencia, para lo cual se descartan los valores negativos y nulos de la variable;

- de ingresos laborales horarios, entendidos como los ingresos de la ocupación principal en relación con las horas mensuales trabajadas en esta ocupación. Estas últimas se calculan a partir de las horas semanales trabajadas (corregidas por un máximo de hasta 140 horas) mensualizadas (multiplicadas por 4.3). En caso de no haber trabajado algún día de la semana (por licencia, suspensión, falta de trabajo, huelga, etcétera), se anula la observación para este cálculo.

En ambos casos, los resultados se presentan mediante gráficos de dispersión, donde el eje de las ordenadas indica la escala de salarios o salarios horarios de las mujeres, según corresponda, y el de abscisas señala la de los varones. La línea de 45° representa brechas salariales iguales a 0. De esta forma, los puntos sobre la línea indican que, en general (color negro) o para cada categoría laboral (color celeste), varones y mujeres ganan lo mismo; los puntos por debajo dan cuenta de una brecha salarial positiva, mientras que los puntos por encima, de una brecha negativa. También se calculan y presentan los IC 95% de estas diferencias salariales por categoría ocupacional.

Resultados

En BBC, el 82% de la fuerza laboral del sector salud son mujeres. Esta característica se encuentra significativamente más acrecentada que en el RAU, donde representan el 68% del total de personas ocupadas del sector. Además, se verifica que esta es una cualidad propia del sector salud: en el resto de las ramas de ocupación, la proporción de mujeres (en torno del 41%) es significativamente menor e igual entre BBC y el RAU.

En la Figura 1 se observan características diferenciadas entre varones y mujeres en cuanto a las condiciones sociodemográficas. Las mujeres tienen mayor nivel educativo: la proporción de mujeres con estudios superiores es 32% mayor que la de los varones. Esta diferencia en el nivel educativo entre géneros es menor que la registrada en el resto de la economía local (56%). Existe también una discrepancia en la composición etaria de las mujeres y los varones del sector: se observa una alta proporción de mujeres mayores de 50 años (40%) y menores de 34 años (27%), mientras que el 53% de los varones tiene entre 35 y 50 años. En relación con la situación familiar, la proporción de mujeres sin pareja es más del doble que la de varones. Finalmente, también la proporción de mujeres con hijos o hijas es mayor que la de varones.

En cuanto a las condiciones laborales, el 20% de la fuerza laboral del sector salud en la región de estudio tiene más de un empleo. Si bien esta proporción es apro-

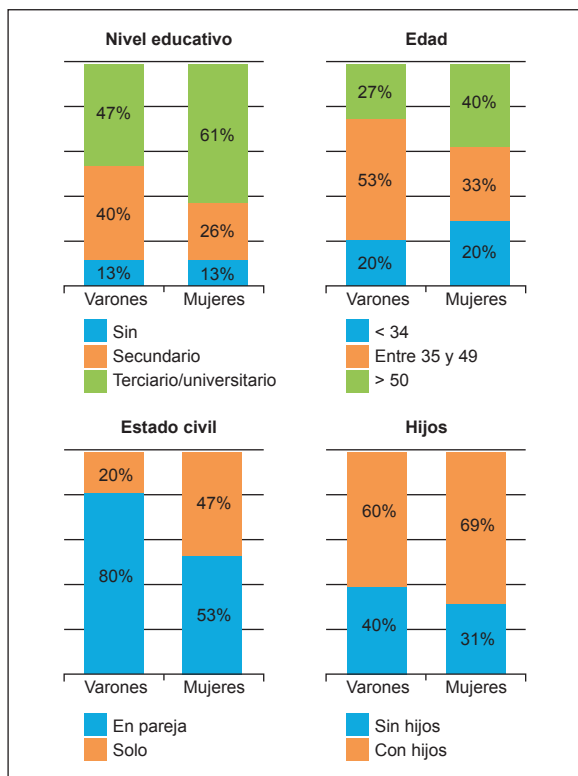


Figura 1. Características sociodemográficas de la fuerza de trabajo del sector salud. Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019).

ximadamente el doble que en el resto de la economía, no existen diferencias entre mujeres y varones del sector. Por el contrario, se aprecia una diferencia en relación con el acceso a puestos de trabajo calificados. En la Figura 2 se observa que cuando no se distingue según nivel educativo (a la izquierda), un 40% menos de mujeres se desempeñan como profesionales, mientras que la proporción de estas que trabajan de técnicas es casi 3 veces mayor que la de los varones. Esta diferencia es aún mayor cuando se discrimina por nivel educativo (a la derecha), ya que el 71% de los varones, frente al 33% de las mujeres, con estudios terciarios o superiores acceden a puestos profesionales. Incluso existe una pequeña proporción de mujeres con estudios terciarios o superiores que trabaja en posiciones no calificadas.

En la Figura 3 también se aprecian diferencias en relación con el acceso a puestos de decisión y con la estabilidad laboral. Por un lado, mientras el 7% de los varones

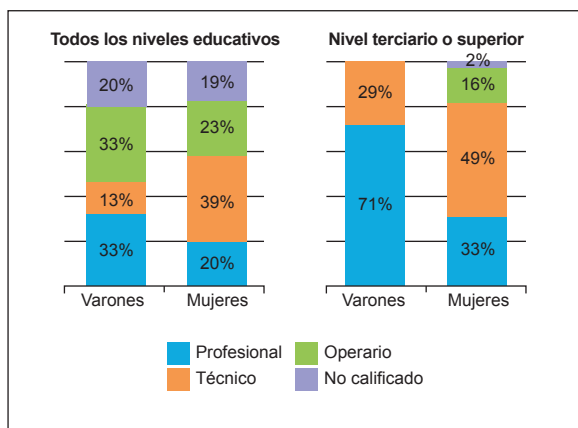


Figura 2. Calificación ocupacional de la fuerza de trabajo del sector salud. Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019).

accede a cargos directivos, ninguna de las mujeres lo hace y solo un 3% tiene alguna jefatura. Además, se registra que la proporción de mujeres asalariadas, es decir que trabajan en relación de dependencia, es menor que la de los varones y, de manera complementaria, la de las mujeres cuentapropistas es mayor. Por otro lado, la proporción de mujeres asalariadas que gozan de descuento jubilatorio es un 24% menor que la de los hombres. También es menor la proporción de mujeres con una antigüedad mayor de 5 años en sus empleos, así como las trabajadoras en el sector público, aun cuando la absorción pública del sector sea sustancialmente mayor que en el resto de la economía. Estas últimas parecen ser características propias del sector, pues en el resto de la economía local la proporción de mujeres que recibe descuentos jubilatorios (54%) y que trabaja en el sector público (19%) es mayor que la de los varones (50% y 11%, respectivamente).

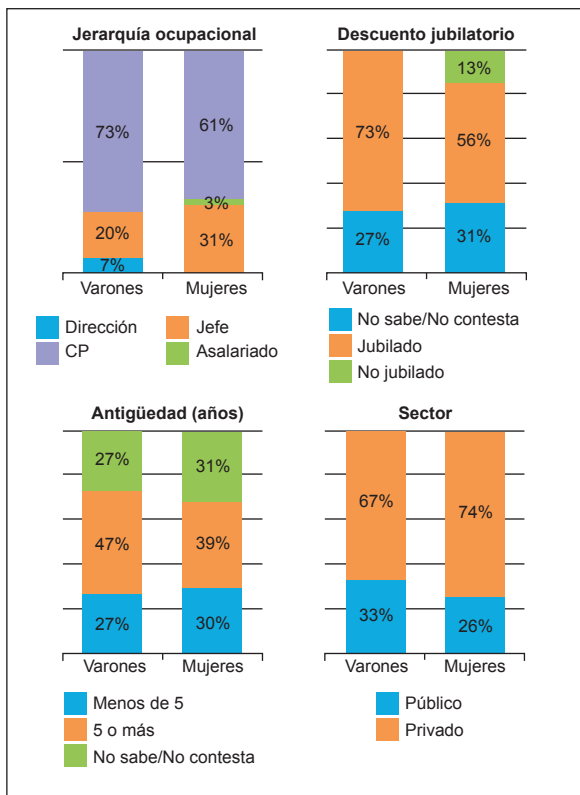


Figura 3. Estabilidad laboral de la fuerza de trabajo del sector salud. Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019).

Finalmente, en relación con los ingresos laborales, en la Figura 4 se observa que, en promedio, los salarios por hora de estas mujeres son menores que los de los varones. Este es, en particular, el caso de los profesionales que, además, se diferencian del resto de aquellos de la economía local donde el salario por hora de las mujeres es incluso mayor que el de los varones. Para el resto de las categorías laborales del sector salud, al igual que en el resto de la economía, si bien los salarios nominales de las mujeres son menores, los salarios horarios se parecen, e incluso los de las mujeres superan a los de los varones en el caso de los operarios de la salud. Esto indica que, salvo para el caso de las mujeres que ocupan categorías profesionales, estas ganan menos porque trabajan menos horas.

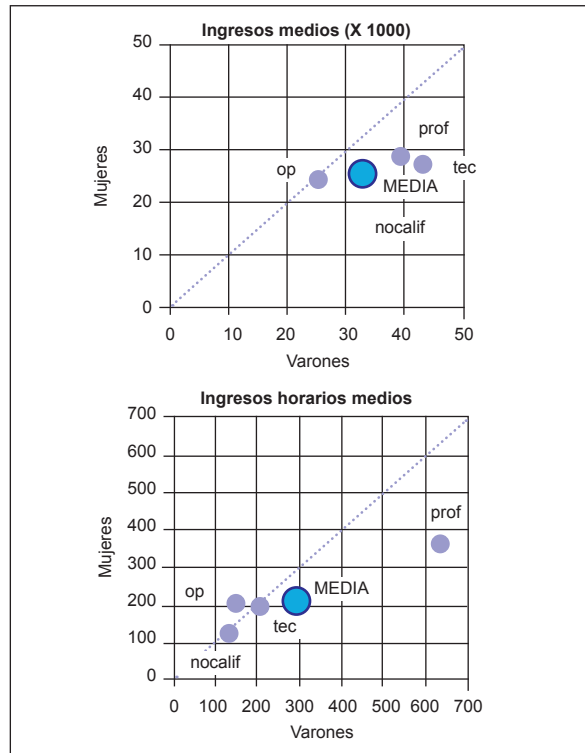


Figura 4. Ingresos laborales y horarios en la fuerza de trabajo del sector salud (pesos corrientes). Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019). Nocalif, no calificado; Op, operario; Prof, profesional; Tec, técnico.

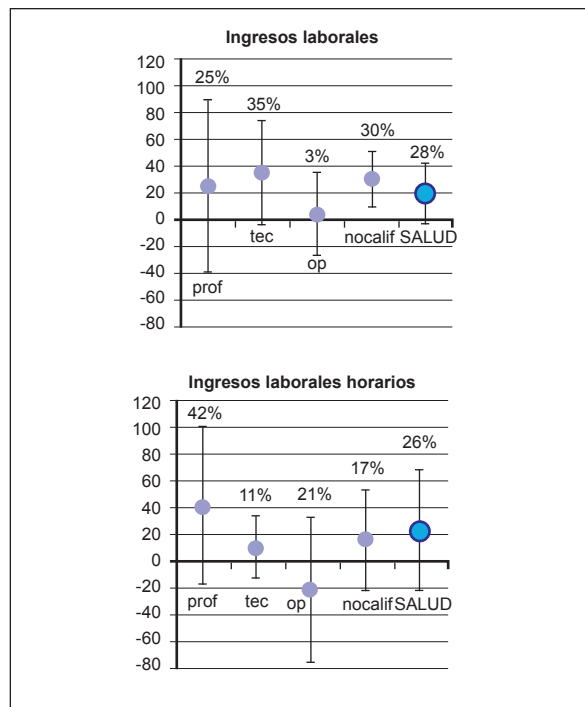


Figura 5. Brechas de Ingresos laborales y horarios de la fuerza de trabajo en salud según categoría. Intervalos de confianza del 95%. Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019). Nocalif, no calificado; Op, operario; Prof, profesional; Tec, técnico.

La disparidad de los salarios promedio se refleja en diferencias positivas del ingreso laboral mensual entre mujeres y varones del sector salud de BBC. En la Figura 5 se observa que, en promedio, la brecha de ingresos nominales es del 20%, mientras que la de ingresos horarios es aun mayor (26%). Mientras que en la mayoría de las

categorías laborales la primera es mayor que la segunda, en el caso de los profesionales de la salud sucede lo contrario, con valores del 25% y 42%, respectivamente. Esta particularidad es propia del sector, en tanto que en el resto de la economía local la brecha de ingresos nominales promedio es 35%, mientras que la horaria es cercana al 0%; incluso entre los profesionales, la diferencia nominal es del 7% y la horaria del -21%, lo que indica que las mujeres con este nivel de formación ganan más por hora que los varones en el resto de los sectores productivos.

Discusión y conclusiones

El sector salud se destaca por tener una fuerza de trabajo altamente feminizada. Este trabajo muestra que esta característica es aun más aguda en el aglomerado BBC bajo estudio, incluso que en el RAU de la Argentina, e indaga sobre la presencia de brechas laborales de género.

En el área urbana analizada, donde la fuerza de trabajo utilizada en el sector salud es superior a la del RAU del país (6.5% vs. 5.7% del total de los ocupados), se encuentra que, además de haber mayor cantidad de mujeres empleadas que varones en el sector salud, el nivel de educación de estas es más alto. A su vez, la mayoría de las mujeres tienen más de 50 años, mientras que la mayoría de los varones tienen entre 35 y 50, lo cual podría ser un indicio de su mayor experiencia.

De este modo, cabría esperar que las mujeres gocen de una posición laboral privilegiada frente a los varones, ya que cuentan con mayor educación y experiencia. No obstante, este trabajo pone de manifiesto que lo dicho no sucede. Por el contrario, las mujeres enfrentan las consecuencias de la segregación laboral en el sector salud local.

Se observa una segregación ocupacional, tanto horizontal como vertical, ya que la proporción de mujeres que ejercen como profesionales así como la de aquellas que alcanzan puestos jerárquicos, como directoras o jefas de áreas, es menor que la de los hombres. También se registran diferencias en las condiciones de contratación, pues la proporción de mujeres que trabajan de modo independiente es mayor. Incluso entre las personas que se desempeñan en relación de dependencia, la proporción de mujeres que gozan de los beneficios de la seguridad social es también menor.

Finalmente, la segregación laboral se refleja en la distribución monetaria. En el sector salud del área urbana bajo estudio, las mujeres perciben por su trabajo un 20% menos que los varones y, como en general estas trabajan menos horas que los hombres, cuando se corrige por la

cantidad de horas trabajadas, la brecha de ingresos laborales general asciende al 25%. Estos valores son similares a los registrados para el sector salud de todo el país en el año 2016.¹⁰ Sin embargo, la brecha salarial es más amplia cuando se discrimina por tipo de trabajo. Así, por ejemplo, una mujer profesional de la salud recibe 35% menos que un varón y un 42% menos por hora trabajada. Estos últimos valores son superiores a los estimados para el total del país en 2016.¹⁰

La existencia de diferencias de género en la fuerza de trabajo del sector salud en el área urbana bajo estudio, incluso mayores que las verificadas para el conjunto del país, muestra la relevancia de generar información sobre las condiciones laborales en el ámbito de la salud con perspectiva de género en las áreas urbanas de forma desagregada. El método estadístico utilizado en esta investigación permitió avanzar en la generación de información a partir de fuentes secundarias de datos, al resolver parcialmente la escasa representatividad de los datos a nivel local.

El trabajo presenta una serie de limitaciones vinculadas con la fuente de información utilizada, aunque resulta la más representativa del empleo en el sector salud, además de proveer datos desagregados por sexo. En primer lugar, el análisis se remite a una visión binaria de los géneros (varones/mujeres), quedando pendiente la inclusión de otras identidades de género. Sin embargo, este fue el único abordaje posible con el sistema de recolección de datos sobre empleo en la Argentina. En segundo lugar, solo se incluye a las personas ocupadas y subocupadas en el sector salud, cuando la fuerza de trabajo sectorial también debería considerar a todas aquellas que participan laboralmente en él, incluidas las desocupadas. En tercer lugar, se describe a los trabajadores en salud de forma genérica como fuerza laboral sectorial, quedando fuera del análisis algunas categorías vinculadas con el concepto de recurso humano en salud.

Se requieren mayores esfuerzos para generar información de calidad sobre las brechas de género de la fuerza laboral de salud en las áreas urbanas de diferentes países, en particular de aquellos cuyos sistemas de salud se encuentran descentralizados a los niveles inferiores de gobierno, que son los que finalmente implementan las políticas vinculadas a los recursos humanos en salud diseñadas por los niveles centrales. La relevancia de este tipo de análisis radica en que los propios sistemas de salud pueden reflejar o incluso exacerbar muchas de las desigualdades sociales que deberían abordar, como las vinculadas al género.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022
www.siic.com

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Rodríguez Sotomayor Y, Pardo Fernández A, Díaz Chieng LY, Iznaga Brooks HL, Tamayo Fonseca M. Glosario de términos relacionados con la perspectiva de género en Ciencias de la Salud. *MEDISAN* 24(6):1289-1307, 2020.
2. Montalvo Romero J. El trabajo desde la perspectiva de género. *Rev Fac Der* 49, 2020. doi.org/10.22187/rfd2020n49a6
3. Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Working paper 1. Geneva: World Health Organization 2019 (WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1).
4. Aspiazu EL. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales* [Internet]. 19(1):55-66, 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347544730004>.
5. Rico MN, Marco F. *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. 1a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno, CEPAL, 2006.
6. Duré MI, Cosacov N, Dursi C. La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: una aproximación cuantitativa. *Rev Maest Salud Pública* 7(13):1-30, 2009.
7. Catterberg G, Duré I, Bustos JM, Langsam M, Salzman M, Marchioni C, et al. *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. 1ª ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018.
8. Belló M, Becerril-Montekio VM. *Sistema de salud de Argentina*. *Salud Pública Mex* 53:96-109, 2011.
9. Duré MI, Cadile MC. *La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos, 2007-2015*. 1a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina, 2015.
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Argentina. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*.
11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Argentina. *Encuesta Permanente de Hogares 2019*. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos>.

Información relevante

Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino

Respecto a la autora

María Eugenia Elorza. Investigadora Asistente, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS) UNS-CONICET, y Asistente de Docencia de Economía de la Salud, Carrera de Medicina y Licenciatura en Economía, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina. Miembro de Grupo de Economía e Ingeniería de Sistemas de Salud, UNS-CONICET. Sus principales temas de investigación y áreas de interés son la evaluación de tecnologías sanitarias, localización óptima en salud y el acceso a los servicios de salud.



Respecto al artículo

El objetivo de este trabajo fue caracterizar a las personas ocupadas del sector de salud del partido de Bahía Blanca, Argentina, desde una perspectiva de género. Los principales resultados señalan que, aun cuando el sector esté compuesto por una mayoría de mujeres, estas enfrentan situación de segregación laboral horizontal y vertical, a la vez que se observan diferencias en las condiciones de contratación.

La autora pregunta

Los estudios con perspectiva de género se centran en la forma en que se relacionan mujeres y varones en distintos ámbitos, reflejando la distribución de poder entre ambos, y adquieren relevancia en tanto, en general, estos estudios permiten identificar situaciones desfavorables para las mujeres. La brecha salarial de género es el indicador frecuentemente utilizado para el estudio de la situación laboral con perspectiva de género.

De acuerdo con la situación laboral en el sector salud analizada, indique el enunciado correcto:

- A** No existe segregación laboral en el sector salud.
- B** Los varones perciben mayores ingresos porque trabajan más.
- C** Las mujeres perciben mayores ingresos porque tienen más educación.
- D** Los varones perciben mayores ingresos laborales y horarios.
- E** Ninguno de los enunciados es correcto.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/170617

Palabras clave

perspectiva de género, segregación laboral, condiciones de contratación, equidad de género, gestión de la atención de salud

Keywords

gender perspective, contracting conditions, gender equity, labor segregation, health care management

Lista de abreviaturas y siglas

INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos; CAPS, Centros de Atención Primaria de la Salud; BBC, aglomerado urbano Bahía Blanca-General Daniel Cerri; RAU, resto de los aglomerados urbanos; EPH, Encuesta Permanente de Hogares; IC 95%, intervalo de confianza del 95%; OIT, Organización Internacional del Trabajo.

Cómo citar

Elorza ME, Tortul M. Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino. *Salud i Ciencia* 25(3):137-44, Ago-Sep 2022.

How to cite

Elorza ME, Tortul M. Gender gaps in the work areas of the Argentine health system. Salud i Ciencia 25(3):137-44, Ago-Sep 2022.

Orientación

Epidemiología

Conexiones temáticas

