

Discriminación y exclusión de las mujeres trabajadoras del sector salud en Colombia —Empleo, un tema pendiente para avanzar en la equidad de género en salud—*

Discrimination and exclusion of women working in the health sector in Colombia. Employment, an unfinished agenda to advance in gender equity in health

Discriminação e exclusão das mulheres trabalhadoras do sector saúde na Colômbia. Emprego, um tema pendente para avançar na equidade de gênero em saúde

Fecha de recepción: 31-05-12 Fecha de aceptación: 29-07-12
SICI: 1657-7027(201301)12:24<226:DEMTSS>2.0.TX;2-W

Erika Madeline García-Roa**
Liliana Tapias-Torrado***

* Artículo de investigación derivado del estudio titulado *Equidad de género en el empleo del Sector Salud, Colombia 2008 -2010*, presentado en el panel de “Salud y mujer” del Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud, noviembre 25-27 de 2010, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

** Magistra en Políticas sociales de la Pontificia Universidad Javeriana. Consultora e investigadora en género, salud y estudios sobre pobreza, UNFPA Colombia. Coordinadora regional del proyecto VIH – Fondo Mundial, CHF Internacional. Correo electrónico: emgarcia@hotmail.com o egarcia@chf.org.co

*** Magistra en Política Social Pontificia Universidad Javeriana. Docente de la Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Colombia. Correo electrónico: lilotapi@yahoo.es, liliana.tapias@curnvirtual.edu.co



Resumen

Esta investigación analiza la estructura del empleo en el sector salud colombiano, problematizada desde una perspectiva de género. Se consideran dos categorías de análisis: discriminación y exclusión, las cuales se estiman con base en información de la gran encuesta integrada de hogares, realizada por el DANE en el año 2008, e información cualitativa. Los resultados constatan que en el sector salud se discrimina a las mujeres en la remuneración y en el acceso al poder. También revelan una actividad laboral de baja calidad que obstaculiza la inclusión social, la dignidad y la libertad de las mujeres trabajadoras, a quienes afecta desproporcionalmente. Dicha situación permite inferir que el modelo de gestión de recursos humanos vigente en el sector limita la equidad en salud. Así mismo, dada la importancia de este sector para el empleo femenino del país, la situación en mención expresa el lacónico esfuerzo del Estado colombiano orientado a eliminar todas las formas de discriminación y garantizar resultados equitativos para ambos sexos.

Palabras clave: equidad, género, empleo, discriminación, recursos humanos en salud, calidad de vida

Palabras clave descriptor: equidad de género, recursos humanos en salud, calidad de vida en el trabajo, trabajo de la mujer, mujeres trabajadoras, Colombia

Abstract

This research analyzes the structure of employment in the colombian health sector, problematized from a gender perspective. We consider two categories of analysis: discrimination and exclusion, which are estimated using information from the large integrated household survey, conducted by DANE in 2008, and qualitative information. Results indicate that in the health sector there is discrimination against women in remuneration and access to power. They also reveal a low quality labor activity that hinders social inclusion, dignity and freedom of working women who are affected disproportionately. This situation allows to infer that the current model of human resource management in the area limits equity in health. Also, given the importance of this sector for women's employment in the country, the situation expresses the laconic effort of the Colombian state aimed at eliminating all forms of discriminations and to ensure equitable outcomes for both sexes.

Keywords: equity, gender, employment, discrimination, health human resources, quality of life

Keywords plus: gender equality, health human resources, quality of work life, women-employment, working class women, Colombia

Resumo

Esta pesquisa analisa a estrutura do emprego no sector saúde colombiano, problematizada desde uma perspectiva de gênero. Consideram-se duas categorias de análise: discriminação e exclusão, as quais se estimam com base em informações do grande inquérito integrado de famílias, realizado pelo DANE no ano 2008, e informação qualitativa. Os resultados constataam que no sector saúde discrimina-se às mulheres na remuneração e no acesso ao poder. Além, revela-se uma atividade laboral de baixa qualidade que obstaculiza a inclusão social, a dignidade e a liberdade das mulheres trabalhadoras, a quem afeta desproporcionalmente. Tal situação permite inferir que o modelo de gestão de recursos humanos vigente no sector limita a equidade na saúde. Mesmo assim, dada a importância deste sector para o emprego feminino do país, a situação dita expressa o lacônico esforço do Estado colombiano orientado a eliminar todas as formas de discriminação e garantir resultados equitativos para ambos os gêneros.

Palavras chave: equidade, gênero, emprego, discriminação, recursos humanos em saúde, qualidade de vida

Palavras chave descritores: igualdade de gênero, recursos humanos em saúde, qualidade de vida no trabalho, trabalho das mulheres, trabalhadoras, Colômbia

Introducción

En Colombia, la gestión de recursos humanos en el sector salud ha recuperado vigencia como tema de estudio en la última década. Sin embargo, al revisar la literatura, no se hallaron estudios sobre el empleo en salud desde una perspectiva de género. Tampoco estadísticas confiables y públicas del sector, que aporten información desagregada por sexo. Esta situación permite inferir que esta perspectiva no ha sido incorporada hasta el momento en la planeación de los recursos humanos del sector, como probablemente suceda con la planeación del conjunto de la actividad económica en Colombia.

La ausencia de estudios con perspectiva de género sorprende, dada la importancia del sector salud para el empleo de las mujeres¹ en el país (1), y también porque las mujeres están más representadas en este sector² y el recurso humano es una dimensión abordada desde la perspectiva de equidad en salud que propone establecer políticas tendientes a una distribución justa de las responsabilidades y de las compensaciones económicas asociadas al trabajo, tales como reconocimiento, bienestar y paridad en el poder de decisión entre mujeres y hombres (2).

1 Sector en el que se ubica gran parte de fuerza laboral femenina. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), “la rama de servicios comunales, sociales y personales continúa siendo la principal fuente de empleo femenino con 34,8% de mujeres ocupadas en el Total Nacional y 35,3% en las trece áreas metropolitanas”; adicionalmente el 78% del sector de servicios sociales y comunitarios está conformado por el sector salud y un 22% por otros servicios (2).

1 Esta dimensión requiere una consideración específica, porque el principal trabajo que se desarrolla en el sector (remunerado o no) lo desarrollan mujeres. En el mismo sentido, el empleo en salud tradicionalmente se ha visto como una extensión de los roles reproductivos y de cuidado, derivados de un rol materno asignado única y exclusivamente a las mujeres, lo cual puede hacer que se traslade la invisibilidad y subvaloración de la esfera reproductiva al ámbito del empleo de las mujeres del sector.

Sin embargo, ante la carencia de una propuesta para incorporar el enfoque de género al sector y dada la falta de estudios al respecto, este trabajo exploró y analizó la estructura del empleo en el sector salud, con el fin de identificar los obstáculos que le impiden al recurso humano alcanzar la equidad de género en salud.

En definitiva, este estudio aporta a la problematización de las políticas de empleo y salud desde un enfoque de género y abre un espacio de conocimiento con información consistente, que ayude a comprender los obstáculos que hay en Colombia para avanzar hacia la equidad en salud en relación con el recurso humano ocupado en el sector.

Equidad de género en el empleo en salud

El género es una construcción cultural, social e histórica (3) que, afianzada en la base biológica del sexo y en la consecuente división sexual del trabajo, naturaliza y normatiza lo socialmente femenino o masculino. A partir de allí se construye todo un sistema de creencias, identidades subjetivas y colectivas, pautas de comportamiento y roles diferenciados que, generalmente, devienen en una valoración asimétrica de varones y mujeres y justifican relaciones de dominio de “unos” sobre “otras” (4). De este modo, la equidad entre mujeres y hombres implica desnaturalizar la distribución injusta de privilegios, el acceso a los recursos y al poder que devienen de dicha valoración diferencial, así como lograr que el disfrute de derechos y las oportunidades no estén determinados ni limitados por el hecho de haber nacido mujer o varón (5).

Ahora bien, un campo sustantivo en el cual se ha abordado la equidad de género ha sido el de la salud, considerando que “las políticas de salud no son neutras en materia de género, es decir, no afectan de la misma



manera a las mujeres y a los hombres” (2). A diferencia de los hombres, las mujeres tienen mayores necesidades de atención en salud, mayores limitaciones para su aseguramiento, mayor gasto en salud, menor poder para definir sobre las condiciones que afectan su salud—incluyendo la provisión de asistencia sanitaria—y son las principales proveedoras de servicios de salud remunerados y no remunerados (2).

En consecuencia, la dimensión de género debe ser pieza clave para analizar y planificar la producción y distribución los servicios de salud. De hecho, la carencia de esta perspectiva, es decir, asignar recursos iguales a necesidades diferentes, implica errar en las intervenciones, disminuir su efectividad, al mismo tiempo que profundizar la inequidad.

En el mismo sentido, la gestión de los recursos humanos en el sector como dimensión de la equidad de género en salud³, considera que al ser las mujeres las principales proveedoras de servicios de salud, los cambios que ocurran en el sistema las afectan en forma desproporcionada. Por último, pone en consideración que a pesar de que las mujeres sean la población mayoritaria en el sector, generalmente están subrepresentadas en las más altas jerarquías y, por tanto, inciden de menor forma en la toma de decisiones en salud.

De este modo, analizar con perspectiva de género las políticas de gestión del recurso humano en salud implica interrogarse sobre aspectos que condicionan “el desarrollo de capacidades, las oportunidades y el nivel de

las compensaciones de los recursos humanos que se emplean en el sistema” (2). Al mismo tiempo, dada esta comprensión, establecer medidas políticas y económicas que desafíen la discriminación y los resultados diferenciales para las mujeres.

El estudio evidencia que para la equidad de género en el empleo en salud se requieren dos aspectos; en primer lugar, que las mujeres gocen de igualdad de oportunidades, o lo que es igual, que tengan garantía de no discriminación; y segundo, que las mujeres logren obtener, a partir de las compensaciones asociadas al empleo en el sector, resultados que garanticen su integración social. De estos conceptos emergen las categorías analizadas aquí, discriminación y exclusión, utilizadas para identificar los obstáculos que enfrenta la equidad de género en salud en la dimensión del recurso humano.

Discriminación en el empleo en el sector salud

La teoría de la segmentación y la teoría de la discriminación han intentado explicar las características permanentes en tiempo y espacio que separan el trabajo femenino del masculino, tales como mayores tasas de ocupación masculina, diferencias salariales, segmentación vertical (las mujeres ocupan posiciones jerárquicamente bajas), segmentación horizontal (instala a las mujeres en determinadas ocupaciones, consideradas de menor valor, con salarios más bajos y condiciones más precarias de empleo), mayor volumen de trabajo doméstico remunerado y no remunerado realizado por mujeres y concentración de estas en los sectores más pobres de la población trabajadora.

Desde la economía neoclásica (6)⁴, la teoría de la segmentación no niega las diferencias

3 Hacia el final del análisis de la OPS se abordan ocho campos de estudio sobre la equidad de género en salud: intersectorialidad, acceso al sistema de atención de la salud, integralidad de los beneficios, calidad de la atención, financiamiento del sistema de atención de la salud, gestión de los recursos humanos en salud, participación, rendición de cuentas y empoderamiento y cumplimiento de compromisos internacionales.

entre el empleo femenino y masculino, pero sí sostiene que se producen fuera del mercado, considerando la neutralidad con la que se comporta frente al género. Plantea, así mismo, que la producción está jerarquizada en actividades primarias y secundarias (7)⁵, denominadas segmentos. Cada uno de estos tiene reglas, canales de información, conductas laborales diferentes y se estratifica en niveles salariales, prestigio, promoción y estabilidad del empleo. El colocarse en un segmento u otro depende exclusivamente de las diferencias en productividad de cada individuo y del capital humano que tenga incorporado (formación y experiencia).

Añade esta teoría que las mujeres son menos productivas porque invierten menos en educación y tienen menos experiencia que los hombres, por lo cual el mismo mercado las coloca en segmentos de menor remuneración y posición jerárquica. De esa manera se produce segmentación horizontal —ocupaciones— y vertical —poder— (8) y,

por ende, un salario más bajo.

Las principales críticas a este enfoque se refieren a su inexactitud, porque evita explicar —más allá de condiciones naturales de los mercados— por qué las mujeres son menos “productivas”. Dicho análisis obvia que las pautas de socialización en una sociedad jerarquizada por sexo, dan mayor chance a los hombres para educarse y asignan socialmente el trabajo reproductivo a las mujeres, lo cual determina desde el ingreso al empleo condiciones desventajosas para las mujeres. Estas condiciones en sí mismas evidencian patrones de discriminación que de ninguna manera son naturales (8-10). Por otra parte, este enfoque es reducido, al basarse exclusivamente en las condiciones de la oferta para explicar las posiciones diferenciales que asumen hombres y mujeres en el empleo, negando las condiciones de discriminación internas al mercado.

La teoría de la discriminación (11)⁶, en cambio, explica que el mercado, las fuerzas económicas puras, es modificado por las fuerzas políticas e ideológicas; es decir, las instituciones económicas se articulan con otras instituciones como la familia, el sistema educativo y el Estado que sustentan las desigualdades de género (12).

La discriminación se ha analizado en dos sentidos, ambos coherentes con la división sexual del trabajo. Desde la oferta, analiza las condiciones que generan una incorporación

4 “El análisis tradicional de la oferta de trabajo —la tasa de actividad— abordado por la teoría neoclásica en las primeras décadas de este siglo presenta el fenómeno de participación laboral como el resultado entre renta y ocio [...] el individuo maximiza su utilidad en función de sus preferencias [...] cada hora de trabajo remunerado significa un sacrificio de ocio, y al revés” (6). Por esta razón, la tasa de actividad de las mujeres estará determinada por la decisión de ellas o de la familia entre renta y ocio.

5 “El sector primario se caracteriza porque en él las ocupaciones son de mejor calidad, expresada en términos de remuneraciones, estabilidad en el empleo, oportunidades y condiciones de trabajo. Por el contrario, las ocupaciones del sector secundario tienden a ser de menor calidad, con bajas remuneraciones, pocas posibilidades de promoción, precarias condiciones laborales y escasa estabilidad. En general, las cifras muestran que los hombres tienen una mayor inserción en el sector primario, debido a que presentan mayor continuidad laboral que las mujeres, y a que los empleadores tienen, vía salarios más altos, la posibilidad de obtener a los trabajadores más calificados, es decir los que cuentan con mejor educación y experiencia. Así planteado, el sector primario de trabajo muestra una composición en la cual las mujeres están subrepresentadas” (7).

6 Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se entiende por discriminación todo trato diferenciado y menos favorable de determinadas personas en razón a características como sexo, edad, etnia, entre otras, sin perjuicio de su capacidad para cumplir los requisitos correspondientes al puesto de trabajo. El Convenio núm. 111 define la discriminación como “cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional u origen social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación” (11).



diferenciada al empleo entre hombres y mujeres y, desde la demanda, considera los aspectos que al interior del empleo determinan las posiciones diferenciales.

El primero de estos sentidos analiza que la estructura del trabajo femenino solo se puede explicar a partir de la forma histórica que este adquiere, específicamente que en diferentes periodos y lugares, el trabajo de reproducción determina y proyecta el trabajo asalariado (13). Las mujeres ingresan en permanente conflicto entre producción y reproducción, situación que no sucede para los hombres y genera una posición desventajosa para insertarse al empleo. Esta división del trabajo interviene en menores posibilidades de formación, calificación (menor capital humano), deterioro de relaciones y redes necesarias para acceder al empleo (capital social) y menor motivación para integrarse al mercado laboral (costos de oportunidad), entre otras. Cabe anotar que el problema se acentúa donde no existe una socialización del trabajo reproductivo, con una débil institucionalización para el cuidado de los niños y una división sexista del trabajo al interior de la familia. En tanto que las mujeres son las únicas responsables del cuidado de los hijos, se desestimula su ingreso y permanencia en el empleo y se fortalecen los conceptos y prácticas tradicionales de la división sexual del trabajo (6).

Sin embargo, la discriminación ocurre también al interior del empleo. La división sexual del trabajo asigna roles culturalmente creados para cada sexo: un lugar público, de empleo remunerado, de poder, para los hombres, y otro privado, de trabajo doméstico no remunerado, generalmente subordinado, para las mujeres. Este sistema simbólico condiciona una ocupación específica y una posición jerárquica en el mundo del trabajo salariado, porque el trabajo de las mujeres se considera “complementario” del de los varones, los empleos que ocupan las mujeres

se reconocen de menor valor, y a la mujer se le atribuyen limitaciones innatas para desempeñar algunos tipos de ocupación.

La organización “generizada” de la producción pone límites a la participación femenina en el empleo asalariado, ofrece puestos de trabajo secundarios, restricciones en estabilidad y promoción y pago diferencial entre hombres y mujeres, a pesar de que desarrollen actividades o trabajos de igual valor. En efecto, la predisposición de los empleadores para ocupar cada sexo, surge de una concepción preestablecida sobre sus capacidades o habilidades (5, 6, 13-15) y pone de manifiesto que la división sexual del trabajo en la familia se reproduce en la organización misma de la producción (16). Desde luego, evidencia que son las condiciones internas del mercado y no solo las externas a este, las que generan prácticas abiertamente discriminatorias⁷.

La calidad del empleo, eje de la equidad en los resultados

Cuando se habla de equidad, además de la no discriminación se hace referencia a que todos, hombres y mujeres, obtengan condiciones que les posibiliten la libertad y la dignidad humana, es decir, que logren acceder a los vínculos materiales (bienestar, protección, seguridad) y simbólicos (reconocimiento, dignidad) que integran al individuo en una comunidad política determinada (11).

Como mecanismo de integración de los individuos a la sociedad, la Modernidad previó un arreglo institucional redistributivo basado en la relación salarial, entendiendo por esta relación, la remuneración y demás

⁷ La OIT define como discriminación directa “cuando las normas, prácticas y políticas excluyen o dan preferencia a ciertas personas por el mero hecho de pertenecer éstas a un colectivo específico”.

atribuciones del empleo que garantizan al trabajador seguridad y protección, así como cierta holgura económica que le permite distanciarse de la inmediatez de la necesidad. Estas condiciones, además, le significan al trabajador la esperanza de acceder a la propiedad, movilidad e igualdad social (17)⁸.

El empleo de calidad, en consecuencia, articula la ciudadanía social y la económica. La primera obedece a que en el empleo el individuo adquiere reconocimiento y un lugar en la sociedad, cuando convierte la labor privada en una actividad de utilidad común⁹. La segunda está dada por las certidumbres materiales particulares a la relación salarial que permiten inclusión económica (17). De allí que el empleo sea un punto de referencia económico, psicológico, cultural y simbólicamente dominante y, por tanto, el principal elemento de inclusión del individuo en la sociedad.

En la década de los noventa, la restructuración de los sistemas productivos y la flexibilización de las regulaciones ejercidas al mercado produjeron, de forma homogénea, cambios en la relación salarial de en Latinoamérica (18). Se institucionalizan agencias de servicios temporales, se des-laboralizan las relaciones de trabajo, se aumenta la subcontratación con microempresas, se incorpora el salario integral y se flexibilizan, en general, la contratación y el despido

(18). Esto ha ocasionado el surgimiento de empleos precarios; pago por tarea; trabajo por horas; a tiempo parcial; un movimiento constante del trabajador entre el empleo y el desempleo; inseguridad frente a los riesgos; imposibilidad de acción colectiva y todo cuanto impide al trabajador hacer una planeación a largo plazo, tener certidumbre sobre el mañana, sin dejarle más opción que vivir al día, a cuenta de la necesidad. Dicho de otra forma, hay menor equidad, con empleos que fragmentan o mantienen en constante riesgo de romper los vínculos materiales ligados con la remuneración o las protecciones asociadas al empleo y los vínculos significativos que otorga un lugar de existencia social.

En Colombia el empleo del sector salud se vio afectado por el modo de relaciones laborales precarizadas de las leyes 50 de 1990 y 789 de 2002 (19) que apuntaron a flexibilizar la relación salarial y privatizar la protección social. De igual forma, los cambios en el modelo de prestación de servicios y la restructuración del sistema de salud que introdujo la Ley 100 de 1993 modificaron eminentemente la lógica pública de la prestación del servicio y afectaron las condiciones laborales del recurso humano del sector (20)¹⁰.

Autores como Arenas (21) sostienen que “a partir de la aplicación de la Ley 100, las condiciones laborales se deterioraron, especialmente para aquellos que no poseen contratación directa con las entidades de salud; se ampliaron las brechas salariales; se dieron aumentos en la intensidad horaria y se detectó cierto grado de subempleo”. Para este estudio se analizó, entonces, la estructura del empleo en el sector salud en

8 Castel se refiere al trabajo asalariado como una producción externalizada para el mercado. Por tanto, la remuneración es un reconocimiento de la utilidad social general de las actividades privadas, las actividades potencialmente útiles para todos. En esa medida, el salario es base de la ciudadanía económica, porque la relación salarial emancipó del trabajo tutelado por la tradición de los campesinos, el trabajo entrapado en las sujeciones locales de los empleados y el trabajo encerrado en el mundo doméstico de las mujeres.

9 Al respecto Castel incorpora el concepto de “trabajo socialmente útil”, señalando que no es suficiente tener una ocupación, es necesario que esta goce de un estatuto, como acceso a valores sociales comunes, a un reconocimiento social.

10 Para el recurso humano, estas modificaciones trajeron consecuencias dramáticas, tales como la imposibilidad de los trabajadores de procurarse un lugar estable en el empleo, estancamiento y desmejoramiento progresivo del nivel de vida.



Colombia, desde la perspectiva de género, utilizando dos categorías: discriminación y exclusión.

En relación con la discriminación por sexo, se analizaron exclusivamente las condiciones que al interior del empleo en salud expresan condiciones de disparidad, las cuales obstaculizan la igualdad de oportunidades. Por otra parte, se verificó si la gestión de los recursos humanos en el sector se encamina hacia la exclusión, es decir, si el sector tiende a generar empleos de baja calidad que excluyen a sus trabajadoras y trabajadores de la pertenencia material y simbólica a la sociedad.

Este último aspecto enfatizó en la perspectiva de género, dada la composición eminentemente femenina del sector salud, porque la precariedad de la relación salarial afecta negativa y desproporcionalmente la calidad de vida de las mujeres en el país. Este resultado riñe con el mandato ético y político del Estado de enderezar la exclusión histórica a la que se han visto sometidas las mujeres a causa de la discriminación.

Materiales y métodos

Este es un estudio exploratorio analítico, debido que no existían estudios previos que analizaran desde un enfoque de género las características del empleo en el sector salud en Colombia¹¹. Se utilizaron metodologías cuantitativas y cualitativas en dos planos de análisis, macro y micro estructural, para analizar el conjunto de la actividad laboral

del sector y construir un modelo explicativo sobre el comportamiento de la dimensión de género en el empleo del sector salud, que evidencia condiciones de discriminación hacia las mujeres y explora si las condiciones vigentes del empleo en el sector salud fomentan la exclusión o la inclusión de las mujeres trabajadoras del sector.

Los aspectos macroestructurales: estudiaron el comportamiento del empleo desde el género en el sector salud en Colombia, para lo cual se utilizó como fuente de información de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2008 (22, 23).

El plano microsocil se abordó desde la perspectiva de los actores involucrados, pretendiendo validar los hallazgos cuantitativos y profundizar en las afectaciones y dinámicas en la vida de las trabajadoras. La fuente primaria para este caso fueron mujeres y hombres ocupados en el sector salud.

A partir de los conceptos claves de género y de empleo y su trama de relaciones, se configuro un significado de equidad de género en el empleo en salud, que para su medición consideró dos categorías de análisis: discriminación y exclusión. En la categoría *discriminación en el sector salud* se analizaron las diferencias en la estructura y calidad del trabajo femenino y masculino, así como las experiencias e interpretaciones que hacen de estas experiencias los trabajadores (as) y empleadores del sector salud. Para dar cuenta de ello se presentaron las

profesionales o técnicos, y no el total del recurso humano ocupado. También se percibe que la entrada al tema de recursos humanos omite la perspectiva de los actores, lo que resulta en una perspectiva netamente económica. Se suma a esto que las fuentes de información disponibles son insuficientes. No se encuentran bases de datos o registros de los ocupados en el sector salud, ni de estos desagregados por sexo.

11 Aunque se cuenta con diversos estudios a nivel nacional, en ellos se identificaron debilidades por cuanto omiten la dimensión de género. Muchos incluso no presentan la información desagregada por sexo. Los estudios más recientes sobre el recurso humano en salud se basan en un proxy de este, dado que echan mano de los graduados en las profesiones de la salud y no del recurso humano efectivamente ocupado en el sector. Otros analizan como universo de estudio una parte, generalmente

subcategorías de segmentación vertical y brecha salarial entre hombres y mujeres.

En la categoría exclusión se examinó la consistencia de las relaciones entre los sujetos y el empleo que fomentan o impiden el riesgo de encontrarse marginado o invalidado como sujeto social. En consecuencia, las subcategorías analizadas describen si el empleo en el sector salud se brinda en cantidad y remuneración suficiente, con protección y seguridad, características de trabajo “decente” con el cual el trabajador logra integrarse a la sociedad, sin riesgo de verse despedido hacia la exclusión. Para ello se observaron las subcategorías desocupados, cesantes, subempleo, calidad (seguridad, estabilidad) y calidad de vida y pobreza. Como fuente de información se tomó la GEIH 2008, incluidos los cuatros trimestres del año (22, 23).

El diseño muestral de la encuesta es probabilístico, estratificado, de conglomerados, multietápico y autoponderado, con representatividad para las trece ciudades con sus áreas metropolitanas y las capitales de departamento (22). Aunque esta fuente es utilizada para medir la fuerza laboral en el país, tiene atribuciones limitadas para tratar el empleo en un sector. No obstante, se utilizó, dada su disponibilidad y posibilidad para emplear categorías comparables universalmente en el estudio del mercado laboral.

También se aplicaron entrevistas semiestructuradas. Con esta técnica se buscó conocer la experiencia y la interpretación que de esta hacen los y las trabajadoras del sector, los empleadores o directores de talento humano y las mujeres en cargos directivos. En total se seleccionó una muestra de veintiuna personas. El instrumento utilizado fue la guía de entrevista. Las entrevistas fueron grabadas y se tomaron notas de campo. Posteriormente, la información fue transcrita y se analizó con la técnica análisis de contenidos, según el

patrón de regularidad del discurso sobre las dos grandes categorías de análisis.

Resultados

Estructura del empleo en el sector salud

El sector salud hace parte de la rama de actividad denominada servicios comunales, personales y sociales (SCPS). Esta rama representa el 20,8% del empleo total en el país, el 34,9% del empleo femenino y el 11,2% del masculino. Está conformada por actividades del sector de servicios de salud (13%), del sector educativo (23%), servicios domésticos (19%), suministro de algunos servicios domiciliarios (2%), otros servicios sociales (30,3%) y administración pública (13%).

El sector salud¹², por su parte, emplea el 4,8% de las mujeres ocupadas en el país, cerca de 360 000, y el 1,3% de los hombres 142 000. En total 506 202 personas están ocupadas en este sector, lo cual corresponde al 2,7% del empleo nacional.

Según la clasificación CIUU Rev. III, conforman el sector salud las “Actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con intermediación”, que emplean el 59% de las personas de este sector; Las “Actividades de la práctica médica”, que ocupan un 22,5%; las “Actividades de la práctica odontológica”, 7,9%; las “Actividades de apoyo terapéutico”, 5,6%; las “Actividades de apoyo diagnóstico”, 3,2% y “Otras acti-

12 Para efectos del estudio se toman como referencia del sector salud las siguientes actividades, clasificadas según el CIUU Rev. III a cuatro dígitos: 8511 = “Actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con intermediación”; 8512 = “Actividades de la práctica médica”; 8513 = “Actividades de la práctica odontológica”; 8514 = “Actividades de apoyo diagnóstico”; 8515 = “Actividades de apoyo terapéutico”; 8519 = “Otras actividades relacionadas con la salud humana”.



vidades relacionadas con la salud humana”, con el 2%.

En las actividades del sector predomina la ocupación femenina. En promedio, el 71% de las personas ocupadas son mujeres y el 29% son hombres. Todas las actividades se comportan de forma similar. La mayoría de los ocupados del sector tienen entre 20 y 34 años, siendo un 47% del total de ocupados; 26% tienen más de 45 años; 25% entre 35 y 44 años y solo el 1,5% tienen menos de 19 años. Hay una mayor proporción de mujeres en el grupo de 20 a 34 años y de hombres entre los mayores de 45 años. En los demás grupos de edad no existen diferencias significativas en la composición por sexo.

En el sector salud la mayor cantidad de ocupados se encuentran en el sector privado (61%), convirtiéndose en el mayor empleador del sector. Les siguen, en su orden los que trabajan por cuenta propia (19%) y los que son empleados de alguna empresa o institución del Estado (17%).

El empleo en el sector es principalmente profesional: el 69% de las personas ocupadas han terminado la educación superior, el 22% han terminado la educación media y el 5% tienen estudios básicos completos¹³. A diferencia de otros sectores, la de este es una mano de obra calificada, donde el 70% de la población tiene dieciséis o más años de educación. En proporción, hombres y mujeres tienen similares niveles de educación. Las diferencias no son significativas por sexo, incluso son un poco mayores en las mujeres.

La proporción de hombres y mujeres en cada grado de educación coinciden con las proporciones en las que se encuentran ocupados en el sector. Las mujeres son el 70% de las personas con educación primaria, el 72% con

educación superior y el 72% con educación media. Están en mayor proporción (84%) entre los que no tienen ningún grado de educación y en menor proporción entre los que tienen preescolar y primaria. Sin embargo, estos tres últimos grados solo constituyen el 5% de la población ocupada del sector salud; por tanto, no son muy relevantes.

Discriminación

Segmentación vertical: en este aparte nos interesa analizar la distribución de las mujeres de acuerdo con las categorías laborales, específicamente cuál es su representación en las categorías de mayores jerarquías. No es común que hoy se justifique abiertamente que las mujeres tengan alguna incapacidad para asumir tareas o que tengan limitaciones para insertarse en un tipo o posición en el mercado. Sin embargo, en el empleo se mantienen veladamente estructuras que imponen “techos de cristal” a las mujeres, que les impiden avanzar hacia jerarquías centrales (24-26)¹⁴.

Esto se puede observar en el sector salud colombiano. A pesar de que no se evidencian prácticas abiertamente discriminatorias, la subrepresentación de las mujeres en los puestos directivos sugiere disparidades en razón del género y segmentación vertical, lo cual se constata a partir de cuatro mediciones: representación de las mujeres en el

14 Según la OIT, “la discriminación es indirecta cuando ciertas normas o prácticas aparentemente neutras tienen efectos desproporcionados en uno o más colectivos determinables, y ello sin justificación alguna. Así, por ejemplo, la organización de cursos de formación fuera de las horas de trabajo, durante los fines de semana o en horas tardías puede traducirse en la exclusión de aquellos trabajadores que pudieran interesarse en asistir, pero que no podrán hacerlo por deber atender sus responsabilidades familiares, exclusión que comprometerá sus perspectivas de carrera. trato diferenciado de algunas categorías específicas de trabajadores traducida en menores prestaciones sociales o remuneraciones”.

13 Variable: ultimo nivel educativo alcanzado P15 (Primer dígito) EDU 004.

grupo 1 según la Clasificación Internacional de Ocupaciones (CIUO) el cual se compone de los miembros de los poderes ejecutivo y legislativo y directivos de la administración; representación de las mujeres en las ocupaciones que componen el grupo CIUO 1; distribución de las mujeres en la posición ocupacional “Patrón(a) o empleador(a)” y; por último, el nivel de disparidad en el sector salud en comparación con otras ramas de actividad económica.

Al observar la distribución de las mujeres de acuerdo con las categorías de mayores jerarquías, se encuentra que el 4,2% de los empleos ofertados en el sector salud corresponden al grupo (1): miembros de los poderes ejecutivo y legislativo y directivos de la administración, y equivalen a 24 237 empleos. De las mujeres ocupadas en el sector, el 3,7% se ocupan en estos cargos (13 731), mientras de los hombres el 7,3% hacen parte del personal directivo (10 506).

Se encuentra, además, que la mayoría de las mujeres se encuentran ocupadas en empleos no calificados (160 729); en segundo lugar, se ocupan como profesional universitaria (96 179), seguido por las ocupadas como empleadas de oficina (68 789).

Teniendo en cuenta que las mujeres ocupadas en el sector son el 72%, esto significa que están sobrerrepresentadas en el grupo 4: empleadas de oficina (79%); también en el grupo 5: trabajadoras de servicios (92%) y en el grupo 9: trabajadoras no calificadas (81%). Entre tanto, se encuentran subrepresentadas en el sector salud en el grupo 1: directivos (57%), en el grupo 2: profesionales (62%) y un poco menos en el grupo 3: técnicos (67%).

Al observar cómo se distribuyen las ocupaciones al interior del gran grupo 1: Directivos, encontramos que las mujeres se ocupan en cargos de dirección en las instituciones, pero como mandos medios, porque en los

cargos de directoras generales, gerentes o miembros de la administración pública no se encuentran casos de mujeres. En esta ocupación todos los cargos los ejercen hombres. Esta distribución indica que existe una distribución poco democrática e inequitativa del poder, con desiguales oportunidades para que las mujeres accedan a las categorías laborales de mayor estatus en el sector.

Al estimar la distribución de hombres y mujeres en la posición ocupacional “empleador o patrón” se encuentra la misma situación. En el sector salud hay 15 079 personas que pertenecen a dicha posición, 9631 son hombres, que equivalen al 64% de los patronos, y 5448 mujeres, que corresponden a 36%. Esto indica que en esta posición las mujeres también están subrepresentadas.

Para comparar el nivel de segmentación vertical del sector salud en relación con las otras ramas de actividad, se estimó de cada actividad económica, la composición por sexo de los ocupados total y los que pertenecen a la posición “patrón empleador”, dos datos que se espera sean similares en condiciones de equidad. De acuerdo con la diferencia entre ellos, se clasificaron las ramas por niveles de alta, media, baja o nula disparidad, teniendo en cuenta que hay alta disparidad si la proporción de mujeres empleadoras es mucho menor que la de mujeres ocupadas.

El sector de servicios sociales y de salud¹⁵ es uno de los sectores con más alta segmentación vertical, porque mientras las ocupadas son un 76%, las empleadoras tan solo llegan

15 En esta medición no fue posible desagregar el sector salud (actividades 8511 a 8519). Por tanto, se incluyen todas las actividades del sector de servicios sociales y de salud (todas las actividades 85, según clasificación a dos dígitos de la CIOU III), que además de las actividades del sector incluyen las actividades 8531 y 8532, las cuales corresponden a actividades de servicios sociales sin y con alojamiento. Por ello, solo permiten aproximar la situación del sector salud.



a ser un 45%, lo cual da una alta diferencia de 30% menos empleadoras que ocupadas en la actividad¹⁶.

Por último, a partir de las entrevistas se pudo constatar, y de alguna forma explicar, por qué se produce este tipo de segmentación. Entre los hallazgos más significativos está el que las empresas de salud no abordan el tema de equidad de género, no hay políticas afirmativas, los métodos de selección para los cargos directivos son discrecionales y no existe ningún método objetivo establecido para la selección que evite la discriminación.

En el mismo sentido, los empleadores no dudan en señalar que los criterios de selección meritorios para ocupar estos cargos son la competencia, el reconocimiento y la capacidad de decisión, los cuales corresponden tradicionalmente a referentes masculinos. Ninguno señala la posibilidad de otros tipos de liderazgo en los que se incluyan habilidades catalogadas como femeninas, tales como la comunicación, el trabajo en equipo o el manejo adecuado de las relaciones interpersonales, habilidades útiles para estructuras más democráticas de organización del trabajo¹⁷.

16 En muy pocas actividades, es nula la disparidad; solo en las “actividades complementarias al transporte”, en el “el transporte por vía terrestre”, en la “coquización, fabr, de prod de la refinación del petróleo” y en la “administración pública y defensa. Valga aclarar que excepto en la “administración pública y defensa, la diferencia, favorable a las mujeres, es producto de la escasa participación de mujeres en dicha actividad y no necesariamente de una apertura a la equidad de género. Muestra de ello, la rama transportes, en la cual las empleadoras son 9% más que las ocupadas, porque las mujeres ocupadas son un 4,7% y de los empleadores, las mujeres representan un 17%”.

17 Lo cual guarda perfecta relación con el tipo de estructura del sector salud, extremadamente vertical, con mayor concentración del poder en pocas manos (menos propietarios o empleadores que en las demás ramas), expresándose su desequilibrio en las dos categorías analizadas: trabajo y género.

Un hallazgo interesante además es que las mujeres tienen preferencia por los cargos asistenciales, de menor jerarquía, interés que dadas las condiciones está claramente relacionado con las posibilidades reales de desempeñarse en los cargos administrativos y directivos.

En resumen, lo expuesto desde la voz de las (os) actores y los datos de la encuesta nutre y permite dar cuenta de una estructura material y simbólica que en la práctica se ha convertido en un “techo de cristal” para las mujeres en el sector.

Discriminación salarial: el principal hallazgo en esta subcategoría es que el trabajo realizado por las mujeres en el sector salud no se remunera igual al realizado por los hombres. Se encuentra que la diferencia de remuneración entre hombres y mujeres en este sector es estadísticamente significativa, con lo cual se verifica que hay discriminación en la remuneración. Para comprobarlo se realizaron tres mediciones: brecha salarial para trabajos de igual valor (iguales posiciones ocupacionales, ocupaciones e iguales años de educación) y variación del salario explicada por el aporte que hace la variable sexo.

Brecha salarial: en general, el salario de las mujeres corresponde a un 57% del pagado a los hombres. En otras palabras, en el sector salud por cada peso que recibe una mujer, un hombre recibe 1,7 pesos. La diferencia del salario medio de hombres y mujeres en el sector es de 768 mil pesos-

Brecha salarial en trabajos de igual valor (no idénticos): se cotejaron los salarios por grupos de ocupaciones (figura 1), encontrándose las mayores diferencias en el grupo de profesionales. En este por cada peso que recibe una mujer profesional, el hombre igualmente profesional recibe 1,84. En los directivos la razón es de 1:1,25.

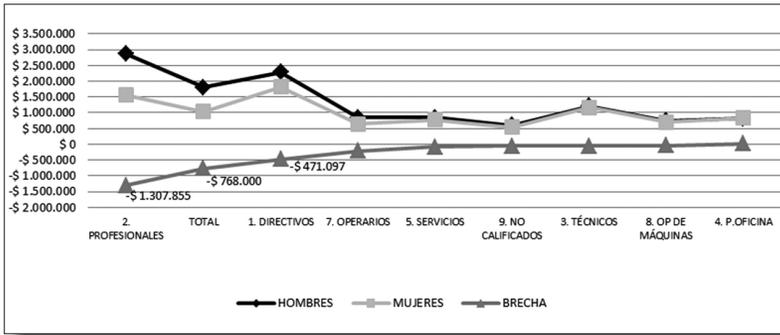


FIGURA 1. BRECHA SALARIAL SEGÚN GRUPOS DE OCUPACIÓN Y SEXO. SECTOR SALUD COLOMBIA 2008

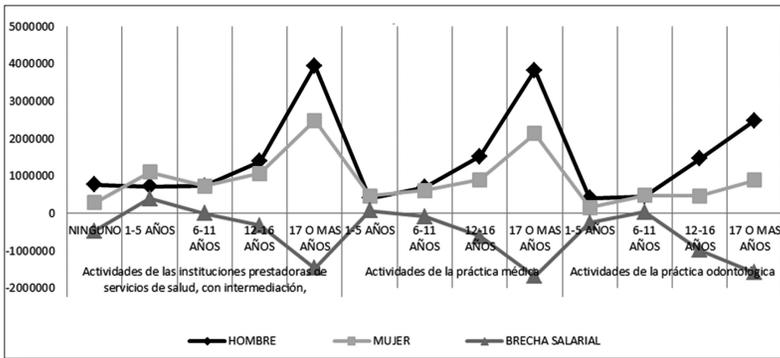


FIGURA 2. BRECHA SALARIAL POR SEXO SEGÚN RAMAS DE ACTIVIDAD DEL SECTOR SALUD Y AÑOS DE EDUCACIÓN COLOMBIA 2008

También se compararon las medias salariales de personas con iguales niveles educativos y edad. A partir de este análisis se verifica que trabajos en similares condiciones de edad y educación mantienen diferencias salariales. Una mujer con más de diecisiete años de educación recibe entre 35 y 62% del salario de un hombre con iguales años de educación.

Adicionalmente, esta disparidad aumenta a mayores niveles de educación, situación que es constante en todas las actividades. En la figura 2 podemos observar que las diferencias salariales entre mujeres y hombres ocupados con baja educación (< 12 años) son muy pequeñas; entre doce y dieciséis años de educación aumentan y para los de más de diecisiete años de educación son mucho mayores. Por ejemplo, en las “actividades

de instituciones prestadoras de servicios con intermediación” una mujer con más de diecisiete años de educación y mayor de 45 años en promedio gana 1871950 pesos menos que un hombre en igual condición, encontrándose la misma dinámica en las otras actividades que pertenecen a este sector.

En relación con las posiciones ocupacionales se encuentra la misma situación: una mayor disparidad a mayor jerarquía. En este caso el salario de las mujeres obreras es equivalente a entre 83 y 93% del salario de los hombres obreros; el de las empleadas entre 57 y 68%¹⁸ y el de las empleadoras está entre 43 y 44%

18 Excepto el de las empleadas menores de diecinueve años, cuyo salario es 1,47 veces el salario de los hombres.



el de los empleadores hombres. Lo mismo sucede con las demás actividades del sector.

La discriminación salarial se comprueba con los hallazgos obtenidos por medio de la técnica de regresión lineal, en los cuales se encontró una influencia estadísticamente significativa del sexo en el salario de los profesionales del sector. La fracción de varianza explicada por el modelo es de 35,4%; es decir 35% de la variación en el salario se explica por la combinación de cuatro variables: La variable (X_1) que mayor aporta al R^2 , es decir, que se correlaciona más alto con la variable dependiente (salario) es la de *Años de educación*. Esta explica el 27,7% de la varianza del salario. En orden consecutivo, la variable *Sexo* (X_2) se relaciona inversamente y en presencia de (X_1) aporta 3,8%; la variable *Horas trabajadas normalmente a la semana* (X_3) en presencia de (X_1 , X_2) aporta 1,9%; la variable *Edad* (X_4) en presencia de (X_1 , X_3 , X_2) aporta 0,16% y la variable duración del contrato fijo (X_5) en presencia de (X_1 , X_3 , X_2 , X_4) aporta 0,4%.

Por otra parte, las mujeres en el sector denuncian esta situación inequitativa. Es sabido que cuando ellas llegan a cargos de dirección les ofrecen menores salarios. Quiere decir esto que los empleadores utilizan comúnmente esta práctica como estrategia para reducir costos. Otro hallazgo importante es que esta discriminación es reforzada por la menor experiencia de las mujeres en estos escenarios y, por ende, su menor capacidad que los hombres para negociar el salario, además de una especie de mayor “resignación” a condiciones medianas de trabajo.

No se encuentran en las empresas de salud políticas afirmativas, ni interés en desarrollar políticas empresariales, para que las mujeres ejerzan los cargos de mayor dirección o que se remunere igual los dos sexos, lo cual, según

justifican las empresas, parte de considerar que el sistema funciona equitativamente.

Exclusión

Para este estudio un empleo de calidad (27)¹⁹, que aporta a la equidad hace referencia a un empleo en cantidad y remuneración suficiente, con garantía de estabilidad y seguridad, variables estas que fueron estimadas con las fuentes disponibles, en particular con información proveniente de la GEIH 2008.

Empleo en cantidad suficiente en el sector salud (tasas de desocupación): en el contexto del país, hay segregación ocupacional de las mujeres, es decir, sus ocupaciones son menos diversificadas que las de los hombres. El 80% de estas se concentran en las ramas de servicios comunales personales y sociales (SCPS), comercio e industria manufacturera, en las cuales además se encuentran las mayores cifras de desempleo. En estas mismas tres ramas se concentran más del 60% de los desempleados/as del país. Como consecuencia, de los trabajadores cesantes la mayoría son mujeres (54%). Específicamente, la rama de SCPS aporta el 26% de los cesantes del país y un 19% de estos son cesantes del sector salud.

En el sector de servicios sociales y de salud el 10% de su población activa está desocupada (cesante), situación que es más grave para las mujeres (11,4%) que para los hombres (6,4%). En relación con otras ramas, el sector se ubica en un nivel

19 La noción de trabajo decente, que se ha convertido en uno de los objetivos estratégicos de la OIT, define las características de las que debe gozar el empleo, a partir de las cuales las sociedades puedan efectivamente garantizar la seguridad, integración, igualdad y pleno respeto de los derechos humanos, destacando aspectos tales como la existencia de empleo en cantidad y calidad suficiente y relaciones laborales que permitan la libertad y dignidad humana (27).

medio de desocupación, aunque por encima del promedio nacional de todas las ramas (9,2%). Al momento de la encuesta (2008), a más mujeres que hombres antes ocupados en el sector salud les lleva más tiempo encontrar trabajo, siendo las ocupaciones de servicios (27%) 22912 personas y de profesionales (11%) 9266 personas las más afectadas por el desempleo. Los tiempos de desempleo más largos se presentan en las mujeres; el 17% de las mujeres cesantes llevan entre seis y doce meses buscando empleo y el 7,6% entre uno y dos años. En contraste, un 12,6% de los hombres cesantes llevan entre seis y doce meses y 4,5% entre uno y dos años.

De hecho, es importante recordar que la pérdida del empleo significa, además, la pérdida del vínculo con la sociedad, de la cual deriva su importancia. Por tanto, no solo es que los cesantes dejen de percibir una remuneración. Más que eso, son excluidos de los vínculos materiales (protección social) y de los inmateriales (reconocimiento, identidad, un lugar de existencia) que los integra a la sociedad.

Esta exclusión afecta primordialmente a las personas jóvenes de 20 a 34 años, a las mujeres y a las ocupadas en servicios, cuyas posiciones son más frágiles. No obstante, la exclusión también se evidencia en las que usualmente se consideran posiciones menos vulnerables como en los profesionales, con la particularidad de que afecta en primer lugar a las mujeres, dado que del total de cesantes mujeres, un 53% tienen nivel superior de educación, mientras que del total de cesantes hombres solo 13% tienen ese nivel de educación. En definitiva, en el sector salud las personas en mayor riesgo de desocupación-exclusión son las mujeres, los y las jóvenes de 20 a 34 años, quienes laboran en servicios y las mujeres profesionales.

hacia la exclusión es alto, porque buena parte de los ocupados gozan de vínculos débiles con el empleo. De hecho, el 20% de las mujeres y el 17% de los hombres ocupados en el sector salud²⁰ quisieran cambiar de empleo (desempleo subjetivo) porque se sienten mal remunerados, no tienen un empleo donde utilicen plenamente sus capacidades o porque es un empleo inseguro. Esta situación se reitera en el caso de los trabajadores que prestan servicios de salud, quienes consideran que la inversión realizada en educación no se compensa con la remuneración y la calidad del trabajo ofrecido en el sector.

Además, muchos de los entrevistados que reconocen la precariedad del trabajo la aceptan con resignación porque prefieren estas condiciones a verse desempleados. Podría decirse que están plenamente aleccionados por la gran desocupación vigente en el sector. Muestra de esta resignación ocasionada por la inseguridad del empleo, es que incluso las trabajadoras que tienen contrato de trabajo, que se supondría tienen una situación más estable, tienen incertidumbre, es decir, persiste en ellas una sensación de inseguridad porque en cualquier momento, según señalan, pueden ser remplazadas por un trabajador que implique menores costos para la empresa.

Seguridad del empleo en el sector salud: un empleo de calidad es el que permite al empleado contar con seguridad, es decir, con posibilidades de negociar y pactar sus condiciones laborales y acceder a la protección social ligada al empleo. Por tanto, la seguridad en relación con el empleo tiene que ver con la contratación, el tipo de contratación y el acceso a la seguridad social. En contraposición, se considera un empleo

20 Sector Salud: rama de la actividad económica en trabajo principal p. 26 CIU Rev. III a cuatro dígitos var: DES014X, RAMA 8511, 8512, 8513, 8514, 8515, 8519.



precario el de las personas ocupadas en empleos informales²¹, que para el estudio, desde un enfoque laboral incluye a los ocupados que no cuentan con contrato de trabajo, laboran por cuenta propia o cuya seguridad social no está garantizada.

Al hacer el análisis de la informalidad se distinguieron dos tipos de ramas de actividad económica en Colombia: las que aportan gran parte de la economía informal²², en las cuales los ocupados con contrato de trabajo no sobrepasan el 45%, y las que pertenecen a la economía formal²³, es decir, mayor número de ocupados tienen contratos, entre 60 y 90%. El sector salud²⁴ hace parte de las ramas donde prima la economía formal, porque el 82,4% de los ocupados tienen algún tipo de contratación. Sin embargo, en relación con los otros sectores de la economía formal, en este hay una menor proporción de ocupados con contrato²⁵.

Además, este contrato de trabajo en el sector, según señalan los trabajadores, puede ser con modalidades “flexibles”, es decir, donde parte de la remuneración no constituye salario, pagada como bonificaciones, o pagos “extras” que no cuentan para primas, vacaciones, seguro de salud o pensión, lo que además es ilegal.

A esta y a alta informalidad se suma otro 20% de trabajo informal que hace referencia al empleo por cuenta propia, o lo que es similar, contratos por prestación de servicios. Nuevamente, de los sectores formales de la economía, el sector salud es la actividad con mayores cifras de personas ocupadas por cuenta propia. Esto ocurre tanto para hombres como para las mujeres. El 22% de los hombres ocupados en el sector laboran por cuenta propia y lo mismo hacen el 19% de las mujeres, mientras que para las otras ramas los ocupados bajo esta modalidad varían entre 6 y 17,3% (figura 3).

Profundizando en estas otras modalidades de contratación que tienen que ver con la calidad del trabajo en el sector, encontramos que afectan de forma importante el empleo profesional, ya que el 52% del trabajo por cuenta propia en el sector lo realizan profesionales, lo cual es inusual en comparación con las otras ramas, en las cuales a mayor educación hay mejores condiciones de trabajo. Para ilustrar esto vale la pena recordar que los hombres con más de diecisiete años de educación ocupados por cuenta propia en el total de la actividad económica representan el 2,17%, en administración pública y defensa equivalen al 18,6%; en suministros de electricidad gas y agua 2,69%, en educación 18,6% en intermediación financiera 9,7%,

21 La informalidad desde el enfoque laboral se define como: “los asalariados tienen un empleo informal si la relación de trabajo, de derecho o de hecho, no está sujeta a la legislación laboral nacional, al impuesto sobre la renta, a la protección social o a determinadas prestaciones relacionadas con el empleo (preaviso al despido, indemnización por despido, vacaciones anuales pagadas, o licencia pagada por enfermedad, etc.)” (23).

22 En las informales se encuentran las actividades de “industrias manufactureras”, “actividades inmobiliarias empresariales y de alquiler”, “explotación de minas y canteras”, “otras actividades de servicios comunitarios sociales y personales”, “hogares privados con servicio doméstico”, “transporte almacenamiento y comunicaciones”, “hoteles y restaurantes”, “comercio al por mayor y al por menor”, “construcción”, “agricultura, ganadería, caza y silvicultura” y “pesca”

23 Entre las actividades con mayores niveles de formalidad se encuentran las actividades de “administración pública y defensa”, “suministros de electricidad, gas y agua”, “educación”, “intermediación financiera” y “servicios sociales y de salud”.

24 Rama de la actividad económica en trabajo principal p. 26 CIU Rev. III a cuatro dígitos var: DES014X, RAMA 8511, 8512, 8513, 8514, 8515, 8519.

25 Porcentaje de ocupados con contrato en las ramas formales de la economía: administración pública y defensa (92%), suministros de electricidad gas y agua (89,9%), educación (83%), intermediación financiera (82,5), servicios sociales y de salud (64,3%), actividades de salud (82,4%).

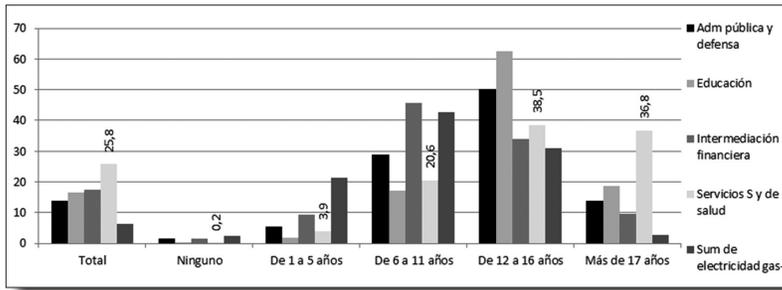


FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS HOMBRES OCUPADOS POR CUENTA PROPIA SEGÚN RAMAS DE ACTIVIDAD Y AÑOS DE EDUCACIÓN

mientras en servicios sociales y de salud son un 36,8%.

En consecuencia, la deslaboralización en el sector afectó con especial rigor el empleo técnico y profesional, que por cierto son los principales empleos que genera, 22 y 68% respectivamente. Al mirar en comparación con estudios anteriores, según el estudio de Cendex (2007) la desocupación de profesionales en salud era de treinta mil y los “independientes” veintiún mil (28). En la presente investigación, aunque los cesantes estimados son menos, 9266 profesionales de salud (85% mujeres), no se puede concluir que sea una mejora en las condiciones de empleo, porque se encontraron 52 383 ocupados por cuenta propia. Esto implica que la relación entre independientes y dependientes, en menos de siete años pasó de dos por cada diez a uno por cada dos. Quiere decir ello que no aumentaron notoriamente los puestos de trabajo, sino los empleos precarios. Así las, personas ocupadas en el sector asumen un “continuum²⁶” de posiciones entre el empleo y el desempleo, que mejora las estadísticas de empleo en el país, pero no la calidad de vida de los trabajadores del sector.

Se insiste en este aspecto porque el trabajo por cuenta propia de los profesionales suele

invisibilizarse en los análisis de informalidad en el país, debido a que se analiza como el ejercicio liberal de la profesión. A pesar de que algunas profesiones como la medicina, la odontología y otras, como profesiones liberales tienen amplios antecedentes de trabajo por cuenta propia, hoy las condiciones de este tipo de trabajo por cuenta propia son diferentes. El trabajo absorbido por las instituciones prestadoras de servicios o aseguradoras, que ocupan el 60% del recurso humano del sector, dio lugar a que los independientes pasaran a ser asalariados y de asalariados a informales, siendo esta última, una nueva categoría diferente al ejercicio liberal o independiente de la profesión que emerge posteriormente a las reformas.

Estos nuevos trabajadores son individuos que transan su mano de obra por una remuneración, subordinados a un empleador, es decir, con los deberes de un salariado pero sin sus protecciones, sin contratos laborales, relacionados por medio de contratos civiles o sin contratos, modalidades de pago integral, a destajo, pago por tarea o por hora, que prescinden de costear los riesgos de vejez, enfermedad, vacaciones, primas y demás prestaciones propias del salario. Por ello, no se pueden considerar parte del ejercicio liberal de la profesión, sino una precarización del empleo en el sector, que priva al trabajador de la seguridad asociada a la contractualización de la relación laboral.

Por último, el empleo debe garantizar, además de la remuneración, las protecciones ligadas a este como, por ejemplo, la seguridad social. Para analizar este aspecto se estima la magnitud de la afiliación al sistema pensional. Esta medición informa adicionalmente sobre el grado de informalidad, que para el caso son los que no tienen afiliación a un fondo de pensiones y los que pagan la totalidad de la afiliación. El 21,3% de las personas no tienen afiliación a pensiones —el 21% de las mujeres y el 23% de los hombres—; adicionalmente, el 15% de las personas pagan la totalidad de su afiliación: el 11,5% de las mujeres y el 14,7% de los hombres. En suma, el 36% de las personas podrían considerarse trabajadores informales²⁷.

Estabilidad en el empleo en el sector salud: también son empleos de baja calidad aquellos con reducido horizonte en el tiempo o en los cuales existe gran riesgo de su pérdida, dado que otorgan vagas posibilidades a los trabajadores de controlar sus condiciones de empleo, privándolos de organizarse y, por ende, presionándolos a la aceptación de las condiciones que ofrece el empleador. Además, los somete a la zozobra constante de la pérdida del empleo, lo cual impide hacer proyectos de vida a largo plazo.

Estas características las comparten también los empleos con contrato a término fijo, por cortos periodos de tiempo, trabajo a tiempo parcial, a domicilio y subcontratación. Al respecto encontramos que por lo menos el 44,3% de los ocupados en el sector salud tienen alta vulnerabilidad ligada al empleo, 17% porque no tienen contrato de trabajo y 26,7% porque tienen contrato a término fijo. De los que tienen contrato a término fijo, 51,5% son de siete a doce meses y un 24,4% de cuatro a seis meses.

27 Rama de la actividad económica en trabajo principal p.26 CIU Rev. III a cuatro dígitos var: DES014X, RAMA 8511, 8512, 8513, 8514, 8515, 8519.

El 24% de los trabajadores del sector están contratados por intermediarias, como empresas temporales o “falsas” cooperativas de trabajo asociado²⁸. En estos casos es la intermediaria la que contrata para un tercero (ESE, IPS, EPS), sustituyendo la relación directa del trabajador con la empresa donde presta sus servicios. Esta modalidad tiene como propósito desplazar el riesgo del flujo de la demanda a las intermediarias, es decir, mantener mano de obra disponible, que puede incorporar o despedir, de acuerdo con la fluctuación del mercado, minimizar el riesgo de acciones colectivas y organización gremial y trasladar sobre estas las cargas de la contratación, o mejor, sobre el trabajador. Según los trabajadores, a ellos les hacen descuentos de su salario para la administración de la cooperativa o temporal. Por otra parte, para el trabajador significa privarlo de toda posibilidad de negociar y pactar con el empleador las condiciones de la relación salarial y mayor inseguridad del empleo.

En relación con las otras ramas formales de la economía, las condiciones de seguridad y estabilidad en el empleo son mucho más precarias en la rama de servicios sociales y de salud²⁹ y en el sector salud³⁰

28 Se dice que son falsas cooperativas porque ninguno de los trabajadores entrevistados que está contratado por ellas conoce, ni mucho menos ejerce los derechos propios de ser cooperado como son: “participar en las actividades de la cooperativa y en su administración mediante el desempeño de cargos sociales, ser informados de la gestión de la cooperativa de acuerdo con las prescripciones estatutarias, ejercer actos de decisión y elección en las asambleas generales, recibir una compensación por el trabajo aportado, participar en la distribución equitativa de los excedentes que obtenga la cooperativa y fiscalizar la gestión de la cooperativa (Ley 79 de 1988, Art. 23, citado en la Sentencia T-063/06). En esa medida son cooperativas de papel que tienen exclusivamente la función de intermediar las relaciones entre trabajadores y empresas y evitar a estas últimas la relación directa con el trabajador.

29 Rama de la actividad económica en trabajo principal p. 26 CIUU Rev. III a dos dígitos OCU007 85= “servicios sociales y de salud”.

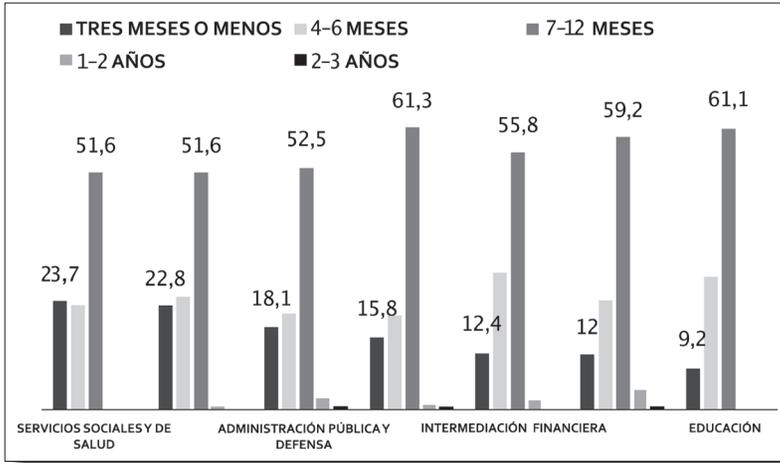


FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON CONTRATO FIJO SEGÚN DURACIÓN DEL CONTRATO Y RAMA DE ACTIVIDAD

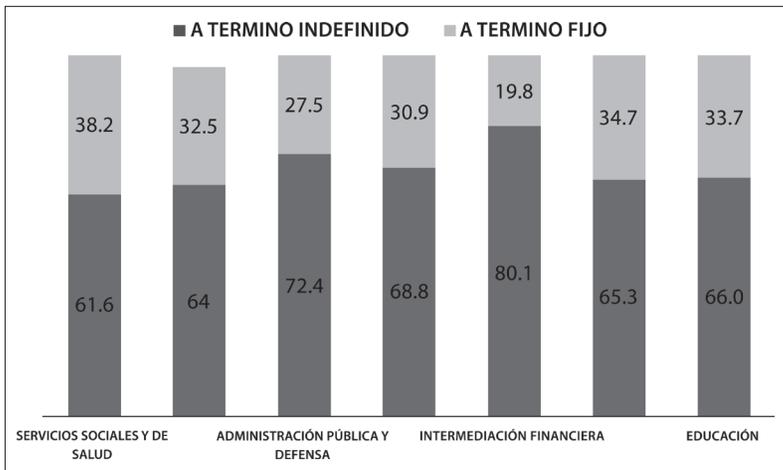


FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS OCUPADOS SEGÚN TIPO DE CONTRATO Y RAMA DE ACTIVIDAD 2008

específicamente. Son menos los contratados a término indefinido, menores los tiempos de contratación y mayor la subcontratación (figuras 4 y 5) La proporción de contratos a término indefinido se encuentran entre 61 y 64%, mientras que en el total es de 69%. Adicionalmente, los contratos fijos son de menor duración, la proporción de contratos

de tres meses es mayor en salud (23%) que en el total de las ramas formales (15,8%). Así mismo, este es uno de los sectores que más utiliza la subcontratación; 29% de los hombres y 22% de las mujeres no laboran en la misma empresa que los contrató (figura 6).

Es predecible que estas condiciones laborales impidan el cubrimiento adecuado de, por lo menos, las necesidades básicas, disminuyéndose así la calidad de vida

30 Rama de la actividad económica en trabajo principal p. 26 CIUU Rev. III a cuatro dígitos OCU007_ Rama: 8511, 8512, 8513, 8514, 8515, 8519.



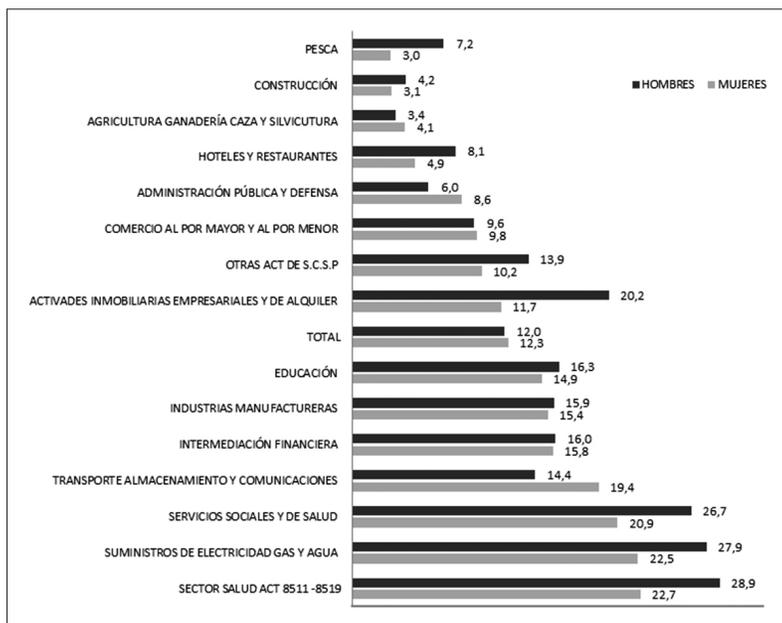


FIGURA 6. PROPORCIÓN DE OCUPADOS QUE NO LABORAN EN LA MISMA EMPRESA DONDE LO CONTRATARON SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD Y SEXO

de las personas ocupadas en este sector. De igual manera, dado que las personas ocupadas son principalmente mujeres, se ven desproporcionalmente más afectadas, lo que refleja una discriminación velada y estructural. En el mismo sentido, aunque quede por demostrar la relación entre la “feminización” del sector y la precarización del trabajo, esta precariedad hace posible inferir el bajo reconocimiento social de los trabajos que realizan las mujeres en el país y la poca protección por parte del Estado de la que gozan sus ocupaciones.

Remuneración suficiente en el empleo en el sector salud: la calidad del trabajo, y dentro de ella especialmente la remuneración, requiere una particular atención, en la medida en que la función social del trabajo es servir de mecanismo de distribución de la riqueza, ser la posibilidad de que las personas accedan al bienestar y a una vida digna. Si el empleo no genera tales resultados, pierde

su función, en cuanto si está ligado a la pobreza, sus resultados deben considerarse precarios. En este sentido, se analiza la condición socioeconómica de los ocupados en el sector y particularmente los resultados en materia de calidad de vida de las mujeres. Para aproximarnos a estos últimos, tomamos como referencia el estrato socioeconómico en el que se encuentran los ocupados del sector.

Como es previsible, las precarias condiciones de trabajo influyen en la calidad de vida de las personas y en el acceso al bienestar. Síntoma de esta pérdida de vínculo material con el empleo es que el 63% de las personas se ubiquen en los estratos socioeconómicos más bajos, así como que el 54,7% considere que el ingreso que percibe no es suficiente para cubrir los gastos del hogar. Ambas situaciones son más precarias para las mujeres que para los hombres: el 67% de las ocupadas están en los estratos más bajos y el

65% consideran su ingreso insuficiente para cubrir los gastos de su hogar, mientras que para los hombres esta distribución es de 57 y 41%, respectivamente. Esto demuestra que la estructura del trabajo, además de excluir a los trabajadores de la salud, excluye en mayor proporción a las mujeres.

Un 60% de las personas de los estratos bajo-bajo, bajo y medio-bajo ocupadas en el sector, se emplean en las “Actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con intermediación”, actividad que aporta similares cantidades de pobres ocupados que de ocupación.

Adicionalmente, la mayoría de los trabajadores acceden a jornadas laborales extensas y estresantes, en búsqueda de un mejor ingreso para cubrir sus necesidades básicas. Esta condición laboral no ofrece las suficientes garantías para asegurar una buena atención a la población y produce una sensación de subvaloración e inconformidad en el trabajador.

Análisis de resultados y conclusiones

Este estudio analiza y explica las condiciones de empleo en el sector y señala cómo estas afectan la equidad de género en el ámbito laboral y de salud, para lo cual se utilizaron como fuentes de información la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) y entrevistas realizadas a trabajadoras del sector. Combinar la medición cuantitativa con los significados de estas experiencias en la vida de las trabajadoras ayudó a dilucidar y explicar la discriminación y exclusión producida en el empleo en el sector y, por otra parte, permitió observar el fenómeno en su complejidad, ya que el género no es ni principal, ni solamente económico. En definitiva, este enfoque comprensivo, que se apoya en la sociología

y en la historia para la construcción de su marco de referencia, y que acude tanto al cálculo como a la voz de las personas, aporta a los marcos teóricos y métodos tradicionales con los cuales se aborda el estudio del recurso humano en el sector salud.

Por otra parte, a pesar de las limitantes pronosticadas para establecer generalizaciones con información de la GEIH, debido al margen de error implícito en la desagregación de la información para el estudio de un sector, se considera que se pudo hacer un acercamiento adecuado al fenómeno, debido a que esta investigación es consistente con estudios previos en recursos humanos del sector, lo cual valida la información presentada. Para ilustrar esto es oportuno tener en cuenta que en este estudio se estimaron 130.463 profesionales de salud (2008), lo cual es consistente con las estimaciones del Cendex (29), las cuales arrojaron un número de 116 824 en el año 2001.

Los resultados demuestran claramente que el género aporta a la problematización de las políticas de recursos humanos en salud, por lo cual se abre un campo del conocimiento hasta ahora descuidado en Colombia. Así mismo, los resultados que brinda este estudio revelan que existe un problema de género en el sector en forma de discriminación explícita, que se muestra claramente en la brecha salarial y en la segmentación vertical. Además, hay una fuerte exclusión del recurso humano y, en la medida en que las mujeres son el 71% de las ocupadas, el efecto es desproporcionado para ellas, por cuanto existe otro tipo de discriminación, estructural, velada.

Teniendo en cuenta que el Estado sigue siendo, por su naturaleza, el regulador de la vida de una sociedad y el único garantista de la equidad, es importante el papel que desempeña para eliminar la discriminación y promover el ejercicio pleno de derechos para las mujeres. En este sentido, en la



agenda de género del país deberían tener más énfasis los derechos laborales y sociales de las mujeres, así como el acceso real a los beneficios económicos de la sociedad. Para el caso, esto implica considerar las necesidades particulares de las mujeres a nivel de las políticas laborales y de las políticas de salud.

No obstante, es evidente que la mayor oferta de trabajo en pocas actividades aumenta el riesgo de desempleo de las mujeres. En este caso podrían promoverse acciones hacia su diversificación; pero, por otro lado, si son las ocupaciones que prefieren las mujeres, resulta muy claro dónde deberían concentrarse las acciones afirmativas destinadas a proteger el trabajo femenino, en las cuales se incluye el sector salud. Incumbe al Estado, además, reglamentar las sanciones en caso de discriminación en relación con la ocupación o la remuneración y ponerle freno a la devaluación de las profesiones femeninas.

Preocupa, adicionalmente, la falta de referencia explícita en las normas que regulan la reforma laboral y del sector, en términos de los impactos desproporcionados que traería para las mujeres esta nueva configuración del empleo. En ese sentido, el compromiso estatal, ratificado internacionalmente por Colombia, para revertir la desigualdad de oportunidades y propiciar la equidad de género en el empleo y en la salud se han convertido en buenos propósitos a los que no corresponden acciones concretas en el país.

En relación con la prestación de servicios de salud, no es equitativo que sobre el recurso humano ocupado en el sector descansen todos los sacrificios para aumentar la cobertura de los servicios. Aunque se reconoce la plausibilidad de este objetivo, tanto trabajadores como empresarios deberían colocarse en pie de igualdad para que se les repartan estas cargas y que ello no signifique, únicamente, un deterioro progresivo de las condiciones de trabajo.

Es posible inferir que el empleo profesional ha sido el principal afectado en estas reformas, porque las ganancias de las empresas del sector dependen de disminuir los costos, precisamente en este renglón de la ocupación, ya que son los principales prestatarios, lo cual es diferente para otras ramas de actividad. Por ello, es necesario establecer medidas que protejan al trabajador y que controlen el mercado, garantizando que se fomente la ocupación de calidad, la remuneración en el sector según el valor real del trabajo, y que se establezca una correcta relación entre oferta y demanda de cada una de las profesiones, mitigándose con ello su depreciación.

Tales medidas contribuirían a incluir en la equidad de género en salud la dimensión del recurso humano, garantizando así que en este sector se favorezca la integración de las mujeres, tanto a nivel material como simbólicamente. Esto tendría un impacto positivo en la valoración, en la remuneración asociada a ella y en las garantías propias de la relación salarial, que se han deteriorado progresivamente.

Por último, queda propuesta la necesidad de validar las conclusiones aquí expuestas, además de abordar cuestionamientos surgidos a partir de este estudio, especialmente desde una mirada transversal, con la cual se pueda explicar la relación existente entre la participación femenina en el empleo y la modificación de las condiciones de empleo en el sector salud, así como profundizar en la identificación de los efectos que sobre la calidad de vida, el bienestar y el ejercicio de la ciudadanía tienen para las mujeres estas nuevas condiciones de empleo (vínculo inmaterial del empleo) y en la influencia sobre los resultados, especialmente en la discriminación salarial, que ejercen aspectos como el reconocimiento diferencial de las profesiones femeninas (auxiliares) y masculinas (especialidades y subespecialidades) en el interior del sector.

Referencias bibliográficas

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Programa Nacional de Desarrollo Humano (PNUD). La perspectiva de género una aproximación desde las estadísticas del DANE. Bogotá: DANE; 2004.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud; 2007. Disponible en <http://www.unaids.org.br/biblioteca/links/OPAS-OPS/OPAS%2012.pdf>
3. Gutmann M. Las fronteras corporales de género: las mujeres en la negociación de la masculinidad. En Viveros M, Garay G, compiladoras. Cuerpo, diferencias y desigualdades. Bogotá: CES, Universidad Nacional de Colombia, (1999); pp. 105-123.
4. Rico MN. Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente. Santiago Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), Serie Mujer y Desarrollo; 1993.
5. Daeren L. Enfoque de género en la política económica laboral. El Estado de arte en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Cepal, Serie Mujer y Desarrollo, nº 29, 2001.
6. Borderías C, Carrasco C. Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales. Barcelona: Universidad de Barcelona, Serie Economía Crítica; 1994.
7. Cuadros J, Jiménez LF. Inserción laboral desventajosa y desigualdades de cobertura previsional: la situación de las mujeres. Santiago de Chile: Cepal; 2004.
8. Mincer J, Polachek S. Family investment in human capital: Earnings of women; 1974, pp. 76 - 110. Disponible en <http://www.nber.org/chapters/c3685>
9. Schultz, T. Investment in human capital. The American Economic Review. 1961; 51 (1): 1-17.
10. Piore M. Apuntes para una teoría de la estratificación del mercado laboral. En Segmentación del mercado laboral. Gordon, Lexington, Mass., Heath, 1975, pp. 125-150.
11. El desempleo y la inflación. White Plains, NY: Sharpe; 1979.
12. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Conferencia Internacional del Trabajo 96ª reunión, 2007. Informe I (B). La igualdad en el trabajo: afrontar los retos que se plantean. OIT; 2007.
13. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas M, compilador. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: UNAM -Porrúa; 1996, pp. 265-302.
14. Picchio A. Social reproduction: the political economy of the labour market. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
15. Benería L. La globalización en la economía y el trabajo de las mujeres. En El trabajo femenino en América Latina. México: Universidad de Guadalajara; 1994.
16. Molyneux M, Lazar S. Doing the right things: right based development and Latin America NGOs. Londres: ITDG Publishing; 1982.
17. Quiñones MM. Demandas de capacitación el sector financiero. Sesgos de género y evaluación por competencias. Santiago de Chile: Cepal; 2005.
18. Castel R. La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós; 1997.
19. Moreno JC, Pérez E. Balance-of-payments-constrained growth in Central America: 1950-96. Journal of Post Keynesian Economics. 1999; 22 (1): 131-147.
20. Giraldo C. Protección o desprotección social. Bogotá: Ediciones Desde Abajo; 2007.
21. Hernández A, Vega R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2001; 1 (1): 48-75.
22. Arenas AC, et ál. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Rev. Geren. Polít. Salud. 2009; 8 (16): 107-131.
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Ficha metodológica Gran Encuesta Integrada de Hogares. Colombia: DANE, Dirección de Metodología y Producción Estadística (Dimpe); 2006.
24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Metodología informalidad Gran Encuesta Integrada de Hogares. Colombia: DANE, Dirección de Metodología y Producción Estadística (Dimpe); 2009.
25. Tenjo J, Ribero R. Evolución de las diferencias salariales por sexo e seis países de América Latina. Documentos de Economía, Universidad Javeriana; 2002.
26. Rico de Alonso A. Jefatura femenina, informalidad laboral y pobreza urbana en Colombia: expresiones de desigualdad social. En La persistencia de la desigualdad. Género, trabajo y pobreza en América Latina. Quito: Flacso- Ecuador; 2006.
27. Palacio G. Sueños de género y el mercado laboral. En El trabajo femenino en América Latina. México: Universidad de Guadalajara; 1994.
28. Espinoza M. Trabajo decente y protección social. Santiago de Chile: Oficina Internacional del trabajo; 2003.
29. Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex). Los recursos humanos de la salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. Programa de Apoyo a la Reforma PARS. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2001.

